

**UNIT OF UNESCO CHAIR IN BIOETHICS
PRAVNI FAKULTET SVEUČILIŠTA U ZAGREBU**

**PREDAVANJA ETIKE
U PSIHIJATRIJI:
SKICE SLUČAJEVA**

Urednici:

A. Carmi

D. Moussaoui

J. Arboleda-Florez

Urednici hrvatskog izdanja:

Ksenija Turković

Sunčana Roksandić Vidlička

Aleksandar Maršavelski

Unit of UNESCO Chair in Bioethics

Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

**PREDAVANJA ETIKE
U PSIHIJATRIJI:
SKICE SLUČAJEVA**

Urednici:

Prof. Amnon Carmi, Izrael
Prof. Driss Moussaoui, Maroko
Prof. Julio Arboleda-Florez, Kanada

Urednici hrvatskog izdanja:

Prof. dr. sc. Ksenija Turković
Mr. sc. Sunčana Roksandić Vidlička
Aleksandar Maršavelski, LL.M.

U suradnji s:

Odjelom za psihijatriju pravo i etiku SPU
Odjelom za forenzičku psihijatriju SPU
Međunarodnim centrom za zdravstvo, pravo i etiku
Pravnim fakultetom Sveučilišta u Haifi

Autori slučajeva:

- J. Arboleda- Florez, Kanada
S. Bloch, Australija
T.Cavic, Srbija i Crna Gora
G.Christodoulou, Grčka
M.El Yazaji, Maroko
R. Finzi- Dottan, Izrael
C. Hoschl, Češka
M.Kastrup, Danska
D. Lecic – Tosevski, Drbija i Crna Gora
M.Maj, Italija
R. Mester, Izrael
D. Moussaoui, Maroko
G. Naneishvili, Gruzija
N. Nedopil, Njemačka
G. Niveau, Švicarska
K.Orzechowska Juzwenko, Poljska
A.Tasman, SAD
J. Vinas, Španjolska
Y.B., Urugvaj
T.Zabow, Južnoafrička Republika
M.Zaki, Izrael

**Priručnik na engleskom jeziku izdan uz potporu
donacije za obrazovanje Janssen-Cilag**

Naslov izvornika:

**Teaching Ethics in Psychiatry:
Case-Vignettes**

COPYRIGHT © 2005 UNESCO Chair in Bioethics
© za Hrvatsku: Pravni fakultet, Sveučilište u Zagrebu
Unit of UNESCO Chair in bioethics, Zagreb, 2012.

UNESCO Chair Office:
UNESCO Chair in Bioethics
P.O. Box 6451, Haifa 31063, Israel
e-mail: acarmi@research.haifa.ac.il
Tel.: +972 4 8375219; +972 4 8240002
Fax: +972 4 8288195

Unit of UNESCO Chair Office in Croatia:
UNESCO Chair in Bioethics and Law
Trg m. Tita 14, 10000 Zagreb
Tel: +385-1-4564-317
Fax: +385-1-4564-168
e-mail: [ksenija.turkovic@pravo.hr](mailto:kсенija.turkovic@pravo.hr)

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne
i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 817705

ISBN 978-953-270-065-7

Sva prava pridržana. Nijedan dio ove knjige ne smije se
reproducirati ni prenositi u bilo kojem obliku: elektronički,
mehanički, fotografski ili na drugi način bez prethodne
suglasnosti izdavača.

Sadržaj

Uvod u hrvatsko izdanje	vii
Uvod.....	ix
Predgovor	xi
Studija slučaja 1.: INFORMIRANI PRISTANAK	1
Studija slučaja 2.: INFORMIRANI PRISTANAK	3
Studija slučaja 3.: PRAVA PACIJENATA	5
Studija slučaja 4.: PRAVNI POLOŽAJ OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA.....	7
Studija slučaja 5.: DVOSTRUKA LOJALNOST PSIHIJATRA.....	10
Studija slučaja 6.: SUKOB INTERESA.....	12
Studija slučaja 7.: SUKOB INTERESA.....	14
Studija slučaja 8.: EUTANAZIJA	16
Studija slučaja 9.: EUTANAZIJA	18
Studija slučaja 10.: POVJERLJIVOST.....	21
Studija slučaja 11.: POVJERLJIVOST.....	24
Studija slučaja 12.: POVJERLJIVOST.....	27
Studija slučaja 13.: POVJERLJIVOST.....	30
Studija slučaja 14.: POVJERLJIVOST.....	33
Studija slučaja 15.: POVJERLJIVOST.....	35
Studija slučaja 16.: POVJERLJIVOST.....	37
Studija slučaja 17.: POVJERLJIVOST.....	39
Studija slučaja 18.: POVJERLJIVOST.....	41

Studija slučaja 19.: ZNANSTVENA PUBLIKACIJA	43
Studija slučaja 20.: INFORMIRANJE PACIJENTA.....	45
Studija slučaja 21.: PRISILNO LIJEČENJE	48
Studija slučaja 22.: PRISILNO LIJEČENJE	50
Studija slučaja 23.: PRISILNO LIJEČENJE	52
Studija slučaja 24.: PRISILNO LIJEČENJE	55
Studija slučaja 25.: PRISILNO LIJEČENJE	58
Studija slučaja 26.: PRISILNO LIJEČENJE	61
Studija slučaja 27.: PRISILNO LIJEČENJE	63
Studija slučaja 28.: PRISILNO LIJEČENJE	65
Studija slučaja 29.: NEPOTREBNO LIJEČENJE	67
Studija slučaja 30.: PRISILNA HOSPITALIZACIJA	69
Studija slučaja 31.: NEPOTREBNA HOSPITALIZACIJA	72
Studija slučaja 32.: NEPOTREBNA HOSPITALIZACIJA	74
Studija slučaja 33.: HOSPITALIZACIJA	75
Studija slučaja 34.: HOSPITALIZACIJA ZATVORENIKA	77
Studija slučaja 35.: HOSPITALIZACIJA ZATVORENIKA	79
Studija slučaja 36.: IZVJEŠĆE VJEŠTAKA.....	82
Studija slučaja 37.: LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA	85
Studija slučaja 38.: ISKAZ VJEŠTAKA.....	87
Prilozi	89
MADRIDSKA DEKLARACIJA O ETIČKIM STANDARDIMA ZA PSIHIJATRIJSKU PRAKSU	89
ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA.....	101

PREDAVANJA ETIKE U PSIHIJATRIJI: SKICE SLUČAJEVA

Uvod u hrvatsko izdanje

Poznato je da je psihijatrija područje koje često otvara najdublje etičke probleme u medicini. Od svih punoljetnih pacijenata, jedino se osobe s duševnim smetnjama mogu pod određenim uvjetima prisilno hospitalizirati. Glavna prepreka njihovom liječenju najčešće se sastoji u tome da oni ne vjeruju da im je potrebna liječnička pomoć – baš kao u Esquirolovom primjeru inteligentnog pacijenta koji odgovara: „U pravu ste [doktor], ali me ne možete uvjeriti da jeste.“¹ S obzirom na to da okosnicu ovog priručnika čine slučajevi koji se odnose upravo na prisilno liječenje i hospitalizaciju, odlučili smo prirediti njegov prijevod kako bismo tu problematiku približili studentima i praktičarima iz područja medicine, prava i etike.

Posebno nas veseli to što je ovo već treća knjiga u nizu prijevoda UNESCO-vih bioetičkih priručnika koji su izdani na hrvatskom jeziku u okviru djelovanja „Unit of UNESCO Chair in Bioethics“ na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Prvi je bio „Informirani pristanak“ (2010), a drugi „Reproduktivno zdravlje: Analiza slučajeva s etičkim komentarom“ (2011). Nastojat ćemo i u narednim godinama nastaviti s prevodenjem ovih vrijednih priručnika koji su afirmirani na svjetskoj razini. Proteklih godina u našem radu imali smo punu podršku profesora Amnona Carmija, UNESCO Chair in Bioethics, International Center for Health, Law and Ethics sa Sveučilišta u Haifi (Izrael), kome dugujemo posebnu zahvalnost.

Ova knjiga je nastala kao rezultat suradnje sa studentima Pravnog fakulteta u Zagrebu koji su pohađali predmete „Medicina i pravo“ te „Bioetika i ljudska prava“ u akademskoj godini 2011/2012. Stoga se zahvaljujemo studentima koji su nam pomogli u prijevodu slučajeva za ovaj priručnik, a to su: Dina Džanić, Lea Golomeić,

¹ Esquirol E., *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Vol. II., Bruxelles, 1838., str. 335.

Jelena Kaurin, Sanja Kljajić, Katarina Leovac, Domagoj Malnar, Vedrana Moguljak, Štefica Nestić, Marko Paradžik, Davor Posavec, Maja Požman, Renata Salihodžić, Denis Sambol, Pavla Štkić, Petra Vataavuk, Marko Zekanović, Marija Žaja, Katarina Balikić i Josip Kelava. Zahvaljujemo se i Krešimiri Krušlin, Juraju Brozoviću, Maji Vukota, Silvestri Risek, Andrijani Tučkorić i Jasni Radoš – studentima-kliničarima, članovima Grupe za zaštitu prava pacijenta pri Pravnoj Klinici Pravnog fakulteta u Zagrebu. Zahvaljujemo se posebno i demonstratorima Katedre za kazneno pravo u akademskoj godini 2011/2012 koju su sudjelovali u prevodenju i usklađivanju medicinskih pojmova korištenih u priručniku i to Sandri Kozić, Anamariji Jakovčić i, posebno, Vinku Galiotu.

U odnosu na izvorno izdanje na engleskom jeziku, ovaj priručnik ima dvije značajne dopune. Prva su bilješke ispod teksta u kojima se objašnjavaju određeni stručni pojmovi ili navode relevantna rješenja u hrvatskom zakonodavstvu. Pritom su citirane odredbe slijedećih zakona: *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama* (Narodne novine 11/97, 27/98, 128/99, 79/02), *Kazneni zakon* (Narodne novine 125/2011),² *Zakon o kaznenom postupku* (Narodne novine 152/08, 76/09, 80/11, 121/11), *Zakon o izvršavanju kazne zatvora* (Narodne novine 128/99, 55/00, 59/00, 129/00, 59/01, 67/01, 11/02, 190/03, 76/07, 27/08, 83/09, 18/11, 48/11). Druga su prilozi u kojima se nalazi prijevod važećeg teksta *Madridske deklaracije o etičkim standardima za psihijatrijsku praksu* Svjetskog psihijatrijskog udruženja (SPU) te pročišćeni tekst *Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*.

U nadi da će ova Predavanja služiti zainteresiranima,

Urednici hrvatskog izdanja
Ksenija Turković
Sunčana Roksandić Vidlička
Aleksandar Maršavelski

² Citirane su odredbe novog Kaznenog zakona koji stupa na snagu 1. siječnja 2013. godine.

Uvod

Zadovoljstvo mi je što sam pozvan da pišem uvod ovom pionirskom djelu o etičkim dilemama u psihijatriji. Devet godina sam vodio Stalni odbor za etiku Svjetskog psihijatrijskog udruženja (SPU) i za to vrijeme smo izradili Madridsku deklaraciju iz 1996.³ Sretan sam što su urednici ove knjige bili članovi Etičkog odbora SPU te da su također 2000. godine dali doprinos mojoj knjizi Kultura etike i psihijatrija.

Uz Madridsku deklaraciju priložene su posebne smjernice koje se bave novim pitanjima koja su se pojavila uslijed naglih promjena i razvoja medicinske prakse, zbog čega bi se psihijatri mogli susresti s brojnim etičkim dilemama. Svaki etički kodeks može biti paradigma za zdravstvene djelatnike, ali se čini da bi psihijatri ponekad trebali primijeniti etičko znanje u konkretnim slučajevima pomoću vlastitih sudova, iskustva te smisla za odgovornost. Iako su etički aspekti istraživanja postali standardni dio plana agencija za financiranje istraživanja te relevantnih vladinih i nevladinih organizacija, ispitivanje etičkih aspekata pojedinih prijedloga u svrhu reforme medicinskog obrazovanja ili u svrhu preoblikovanja programa školovanja zdravstvenih djelatnika još uvijek je rijedak, premda promjene u medicinskom obrazovanju imaju dubok utjecaj na etičko ponašanje cijele generacije studenata i liječnika! Općenito postoji malo ili uopće ne postoji pritisak da se vladama i društvu prezentiraju dokazi da pojedina reforma neće samo proizvesti korist u smislu postizavanja većeg znanja i vještina, nego će i doprinijeti razvoju sklonosti ponašanju u skladu s etičkim načelima.

Etičko utemeljenje je nužno u psihijatrijskoj praksi kako pacijenti ne bi bili prepušteni na milost dobre namjere praktičara. Ipak, etički kodeksi se moraju primjenjivati umjesno i uz poznavanje mjestimičnih ograničenja kako došlo do daljnjeg ugrožavanja psihijatara i psihijatrijske struke.

³ Cjeloviti tekst Madridske deklaracije prevedene na hrvatski jezik nalazi se na kraju ove knjige.

Trenutačno, prema SPU-ovim propisima, nijedan član društva ne može biti primljen u SPU ako se ne pridržava našeg etičkog kodeksa, Madridske deklaracije.

Želio bih čestitati autorima ove knjige na tome što ona popunjava prazninu u našim proučavanjima etike, omogućava temeljite mentalne vježbe te daje uvid u različite dileme u primjeni etike u psihijatriji.

Prof. Ahmed Okasha
Predsjednik SPU

Predgovor

Knjiga namijenjena studentima medicina i općim psihijatrima o etičkim pitanjima mora sadržavati posebnu heuristiku i pedagoško svojstvo zavisno o temi (koja može biti nova ili se mnogima može činiti neshvatljivom), problemima u prevodenju koncepata na jednostavniji jezik te tehničkim pomagalicama koja će se koristiti za prenošenje poruke.

Urednici su izabrali skice kao alat za podučavanje etičkih koncepata u ovoj knjizi. Premda upotreba skica kao alat za podučavanje može imati određene nedostatke, one se često koriste za sažeto prenošenje centralnih elemenata slučaja te da pokaže primjenu pojedinih koncepata u praksi. Dvadeset suradnika iz cijelog svijeta su poslali svoje skice kako bi dali doprinos ovoj knjizi. Kao takve, one imaju univerzalni osjećaj, ali je isto tako očito da problemi koje opisuju su svugdje veoma slični te da se psihijatri uhvatiti u koštac s njima bez obzira na to gdje rade. Skice također pokrivaju velike segmente pitanja koja stvaraju probleme u psihijatrijskoj praksi te se povremeno pojavljuju u javnim debatama o prikladnosti psihijatrijskih intervencija. Stoga, skice se nalaze u rasponu od prava na tretman i prava na odbijanje tretmana, preko psihoterapeutskih situacija forenzičke psihijatrije pa sve do informiranog pristanka te pitanja povjerljivosti i privatnosti. Upravo zbog zaštite povjerljivosti i privatnosti kao glavnih etičkih načela koja se moraju štititi u opisivanju pojedinih slučajeva, od suradnika se tražilo da u svojim skicama prikriju sve elemente koji bi mogli identificirati određeni slučaj.

Neke skice opisuju ponašanja koja su napadno neetična te čak graniče s protupravnim radnjama. Ona su se čuvala kao pokazatelj da je crta koja dijeli neetična ponašanja i kaznena djela ponekad maglovita i da neetična ponašanja mogu imati pravne posljedice kada je ta crta prekoračena.

Nakon svake iznesene skice, koristio se dualistički pristup kako bi se pokazala najmanje dva moguća rješenja problema. Premda se takav pristup može činiti previše pojednostavljenim, njegova ideja se sastoji u tome da se studentima omoguće alternative u etičkom

razmišljanju, bez opterećenosti dubokoumnim etičkim teorijama o kojima su već pisani posebni članci i knjige.

Podučavanje etike pomoću skica je u osnovnim crtama srodno podučavanju pomoću analize slučajeva. Opasnost ovog pristupa je da može postati previše specifičan te da se previše koncentrira na pitanja slučaja, dok se zanemaruju glavne socio-političke implikacije koje stoje iza pojedinog slučaja kao što su pitanja distributivne pravde i alokacije sredstava za potrebe duševnog zdravlja, kriminalizacija postupaka duševnih bolesnika te mnoštvo drugih pravnih problema. Koliko god je moguće i u skladu s načelom da knjiga treba dati ono osnovno te biti jednostavna za korištenje, navedena pitanja su spomenuta kako bi potakla čitateljev interes za nešto drugo. Kao takva, ova knjiga može predstavljati tek uvod u etiku bez pretenzija da bude znanstveno djelo.

A. Carmi

D. Moussaoui

J. Arboleda-Florez

PREDAVANJA ETIKE U PSIHIJATRIJI: SKICE SLUČAJEVA

Studija slučaja 1.:

INFORMIRANI PRISTANAK

Dvadesetpetogodišnjak odlazi psihijatru po prvi put. U pratnji je oca koji tvrdi kako se njegov sin ponaša čudno zadnja tri tjedna. Tijekom pregleda nasamo, mladić opisuje auditivne halucinacije koje ima zadnja tri tjedna. Njegova analiza ukazuje na intenzivne, invazivne mistične deluzije, bez znakova opasnosti. Psihijatar postavlja dijagnozu akutnog psihotičnog napadaja za koji strahuje da označava početak shizofrenije. Želi započeti s neuroleptičkim liječenjem¹ što je prije moguće o čemu obavještava pacijenta. Objašnjava prednosti brzog tretmana i moguće nuspojave lijekova. Pacijent odbija tretman bojeći se da će njegovi intelektualni kapaciteti biti oštećeni.

Psihijatar ponovo viđa pacijenta u prisustvu oca kako bi objasnio situaciju. U tom trenutku pacijent pristaje na liječnički postupak misleći da je njegov otac „Božji poslanik“ kojem se mora pokoravati.

G. Niveau,
Švicarska

Pitanje: Smije li psihijatar liječiti pacijenta pod ovim okolnostima?

1. DA, jer je pacijent dao pristanak.
2. DA, jer pacijent ima dobre šanse za oporavak.
3. DA, jer ne uzme li pacijent antipsihotike, njegovo kliničko stanje moglo bi se pogoršati, uslijed čega bi čak mogao postati opasnim po sebe ili druge.
4. NE, jer pristanak nije dat slobodno. Mladić je rekao da je bio obvezan pokoriti se očevim željama.

¹ Liječenjem antipsihoticima.

Komentar:

Informirani pristanak je definiran kao svojevoljan i neprisilan pristanak na medicinski postupak, dat od strane pacijenta nakon odgovarajućeg objašnjenja liječnika o dijagnostičkim nalazima, prognozama, naravi zahvata, rizicima i koristima, kao i o alternativama te njihovim rizicima i koristima. Na doktrinu informiranog pristanka može se gledati kao na poseban oblik komunikacije između liječnika i pacijenta. Odnos terapeut-pacijent mora biti temeljen na uzajamnom povjerenju i poštovanju, kako bi pacijent bio omogućen donijeti slobodnu i utemeljenu odluku. Da bi se pacijentov pristanak smatrao informiranim, mora sadržavati tri osnovna elementa: dobrovoljnost, informiranost te sposobnost pacijenta dati pristanak.

Jedno od pitanja koja se opetovano postavljaju u svakodnevnoj praksi psihijatra jest: "Je li etično koristiti izjavu danu u stanju deluzije u najboljem interesu pacijenta?" U ovoj studiji slučaja psihijatar nije uzeo u obzir promjenu odluke od strane pacijenta zbog prisutnosti njegova oca; prihvatio je promjenu bez uplitanja, budući da to po mišljenju psihijatra predstavlja najbolju moguću odluku po pacijenta.

Psihijatar je izabrao konzekvencijalistički² pristup u svom češćem utilitarističkom obliku, umjesto primjene strogo shvaćenog koncepta informiranog pristanka poštujući sve aspekte autonomije, što bi bio slučaj da je pacijent nakon kompletnog sagledavanja situacije došao do ovog zaključka, neovisno o prisustvu njegova oca. U svojoj paternalističkoj kliničkoj procjeni, psihijatar je ocijenio kako je odluka o liječenju, iako nevaljana zbog deluzija pod utjecajem kojih je donesena, u danom trenutku bila najbolja za pacijenta, donesena s ciljem sprječavanja daljnjeg pogoršanja funkcija, te moguće potrebe za hospitalizacijom.

Jedna od funkcija psihijatra je upoznati pacijenta s deluzijama kada se pojave, slijedeći načelo kako bi trebao, što je više moguće, biti poslanikom stvarnosti za duševne bolesnike općenito, a za psihotične posebno.

² Konzekvencijalistički pristup – ispravnost djelovanja se prosuđuje prema nastupjelim ili očekivanim posljedicama radnje.

Studija slučaja 2.:**INFORMIRANI PRISTANAK**

Četrdesetdvođodišnja Aboridžinka s dijagnozom rezidualne shizofrenije, dobro funkcionira te je bez simptoma dugi niz godina. Primljena je uslijed suicidalnih poriva u kontekstu neplanirane i neželjene trudnoće. Majka je dvoje odrasle djece, u odnosu na koju je lišena rođiteljske skrbi u njihovoj ranoj dobi. Razmišljanja o prekidu trudnoće popraćena su silnim osjećajem krivnje: misli na novo dijete za nju su osuđujuće. Trudnoća je rezultat neobveznog odnosa s njezinim rođakom, u aboridžinskoj zajednici smatranim starješinom, koji nije svjestan njezine trudnoće. I dalje razmišlja o prekidu trudnoće sve dok vrijeme ne postaje kritično. Duševno zdravlje pacijentice se pogoršava, početna depresija zamijenjena je psihozom. S pogoršanjem njezinog duševnog zdravlja, smanjuje se i sposobnost davanja informiranog pristanka. Farmakoterapija je nužna, no prevladava pitanje sigurnosti u trudnoći. Pod pritiskom starješina da dade dijete shizofrenoj mlađoj sestri bez djece (32), te budući da je došlo do idealiziranog transfera prema njezinom liječniku specijalistu (psihijatru), odbija o tome razgovarati s bolničkim osobljem ili drugim liječnikom. Izražava želju da liječnik specijalist donese odluku za nju: "Učinit ću što god kažete".

S. Bloch,
Australija

Pitanje: Što bi liječnik specijalist trebao učiniti?

1. Liječnik bi se trebao suzdržati od toga da joj kaže što treba učiniti. On će joj naznačiti prednosti i nedostatke alternativnih opcija, provjeriti je li u potpunosti razumjela njegovo objašnjenje, te zatražiti od nje da donese relevantnu odluku.
2. Liječnik bi njezin iskaz trebao smatrati nekom vrstom punomoći (ovlaštenja) i reći joj što učiniti, uzimajući u obzir sve relevantne elemente koji jamče ostvarenje najboljeg interesa pacijenta.

Komentar:

Pacijentica je u teškoj situaciji jer je u rascjepu između želje da zadrži trudnoću, strahujući od osjećaja krivnje koji bi bio izazvan prekidom trudnoće, te želje da njezin spolni odnos ostane tajna za zajednicu (to nije sasvim jasno iz priče, no ipak), a isti bi postao očit odluči li se za porod.

S druge strane, situacija za liječnika je također teška. Liječnici uživaju visok ugled u tradicionalnim zajednicama, što je ovdje slučaj. Zato je pacijentica, nezadovoljna prijedlogom obitelji da novorođenče dade na posvajanje svojoj shizofrenoj sestri, ne želeći istodobno preuzeti odgovornost za odluku o prekidu trudnoće, nezadovoljna mogućnošću da zajednica dozna identitet oca i, više nego bilo što drugo, nesposobna donijeti jasnu odluku zbog svog duševnog poremećaja, odlučila ne donijeti odluku, već svoju odgovornost prepustiti liječniku.

U ovoj složenoj situaciji, jasno je da liječnik neće biti u mogućnosti sam donijeti tako tešku odluku. To će učiniti kolektivno, uključujući članove liječničkog tima i neke članove zajednice koji su pacijentici prihvatljiviji, kako bi joj pomogli doprinosom u procesu donošenja odluke. Kakva god odluka bila donijeta, svakako je važno uzeti u obzir kulturnu sredinu ove specifične skupine. Zapadni koncept nesputane autonomije i individualizma ne mogu se jednostavno prenijeti na druge kulturne kontekste u kojima obitelj i najbliži srodnici, ako ne i cijela zajednica, imaju riječ u pogledu odluka o zdravlju, djelujući kao kolektivni ego, neka vrsta grupne svijesti u donošenju odluka. U ovim okolnostima, liječniku, unatoč jednostavnom rješenju problema prihvati li želju pacijentice da odluku donese sam, ne bi bilo mudro postupiti na taj način. Uz pretpostavku da bolesnica pristane na obiteljsko savjetovanje, pri čemu će shvatiti da će vrlo teško zamenariti svoju kulturnu tradiciju, hitnost ne bi trebala biti razlogom zaobilaženja utvrđenog postupka, pogotovo ako je moguće da se obitelj brzo mobilizira i okupi kako bi raspravila o tome.

Studija slučaja 3.:**PRAVA PACIJENATA**

Tridesetdvođišnja gospođa Y. ima poduđu povijest psihijatrijskih problema. U nekoliko navrata biva hospitalizirana zbog paranoidne shizofrenije. Za posljednje hospitalizacije, dijagnosticirane su joj aktivna deluzionalnost te halucinacije.

S obzirom na strah od trovanja, gospođa odbija liječenje te njezini psihijatrijski problemi ostaju nepromijenjeni.

Upravo za vrijeme posljednje hospitalizacije upoznaje tridesetogodišnjeg gospodina A., koji pati od akutne depresije te mu je dijagnosticirana blaga mentalna retardacija (IQ 69). Razvijaju blisku vezu koja rezultira trudnoćom gospođe Y. i rođenjem dječaka H.

Poslije samog poroda, od roditelja je odvojeno zatraženo da potpišu obrasce kojima potvrđuju kako se odriču roditeljske skrbi nad svojim djetetom te prihvaćaju da se ono daje na posvojenje bez sudskoga postupka.

M. Zaki,
Izrael

Pitanje: Jesu li liječnici trebali od roditelja tražiti potpis obrasca za davanje djeteta na posvojenje?

1. DA, jer u svom stanju nemaju pravo podizati dijete.
2. NE, jer dani pristanak nije valjan s obzirom na njihovo duševno stanje.
3. NE, zato što bi, s obzirom na njihovo duševno stanje, trebao biti imenovan skrbnik da ih zastupa.
4. NE, zato što bi problemi ove naravi trebali biti predmetom sudskoga postupka.

Komentar:

Postupak liječničkoga tima teško je shvatiti, osim ukoliko postoje dodatni neizrečeni aspekti konkretnoga slučaja koji su ostali neotkriveni. Ništa nije rečeno o željama samih roditelja. Ne zna se niti kakvo je stajalište njihovih obitelji. Veliki broj pacijenata s duševnim smetnjama, ponekad i teško bolesnih, uz pomoć obitelji podiže svoju djecu na način koji ni po čemu nije lošiji od onoga ostalih roditelja u zajednici. Ovakvo (liječničko) postupanje u određenoj mjeri podsjeća na krajnje neetične postupke liječnika, koji su u brojnim europskim državama, duševno oboljele pacijente, a osobito mentalno retardirane i psihotične, desetljećima sterilizirali bez njihova pristanka, sve do 70-ih godina.

U krajnje kontroverznim slučajevima, pravosudni bi sustav uz pomoć stručnjaka doista morao preuzeti vodstvo u pronalaženju najboljeg rješenja ili barem onoga koje bi bilo najmanje zlo.

Paternalizam i pripisivanje duševno oboljelim pacijentima ili osobama zaostalima u duševnom razvoju atributa neadekvatnosti i nesposobnosti, bez izvršene procjene sposobnosti za odgajanje i podizanje djeteta, kako je to učinjeno pacijentima iz navedenog slučaja, uobičajeno je za neke visokorazvijene liječničke timove. Utilitaristička načela, u smislu sposobnosti za podizanje djeteta, proklamiraju se kako bi se autonomija pacijenta podčinila u korist društvenih ili političkih stajališta.

Studija slučaja 4.:**PRAVNI POLOŽAJ OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA**

Tridesetpetogodišnjak, samac, srednjoškolski obrazovan, radi kao prodavač nekretnina. U dobi od dvadeset godina imao je akutnu psihotičnu epizodu, nakon čega mu je postavljena dijagnoza shizofrenije. Nakon dvomjesečne hospitalizacije, otpušten je iz bolnice te podvrgnut izvanbolničkom liječenju. Optužen je za utaju poreza [na dohodak]. Sudsko-psihijatrijskim vještačenjem utvrđena je sposobnost okrivljenika, pošto njegovo ponašanje nije bilo u skladu sa simptomima bolesti prethodno navedene u medicinskoj dokumentaciji.

Naneishvili,
Gruzija

Pitanje: Isključuje li duševna bolest kaznenu odgovornost okrivljenika?

1. DA, duševna bolest lišava pacijenta njegove slobodne volje, sposobnosti vladanja voljom, razumijevanja, te namjere, što su nužne pretpostavke odgovornosti osobe za vlastita djela.
2. NE, duševna bolest može narušiti određene aspekte duševne sposobnosti, ne umanjujući pritom ostale. Svaki bi slučaj trebao biti ispitan posebno, vodeći računa o njegovim specifičnim karakteristikama. U ovoj studiji slučaja, optuženik je proglašen krivim za kazneno djelo koje nije bilo niti u kakvoj korelaciji s njegovom bolesti.

Komentar:

Sudac Cardoso (1914) je utvrdio³: „Svaki punoljetni čovjek zdrava razuma ima pravo odlučivati što će činiti sa svojim tijelom.“

³ Schloendorff v. The Society of the New York Hospital (105 N.E. 92) 1914; Court of Appeals of New York.

Evaluacija pacijentova „zdrava razuma“ zahtijeva razmatranje različitih faktora:

Može li pacijent razumjeti vrstu liječničkog postupka? Može li procijeniti prirodu i posljedice postupka? Može li izraziti želju da se podvrgne liječničkom postupku? Općenito, netko može biti sposoban donositi odluke u pogledu nekih segmenata života ili zdravlja, no ne i u pogledu drugih. Na primjer, neki su pacijenti nesposobni donijeti razumnu odluku glede različitih mogućnosti liječenja, ali su još uvijek sposobni odbiti podvrgnuti se određenom zahvatu. S kliničkog aspekta, dijagnoza shizofrenije kod dvadesetogodišnjaka često je privremena. Također, može se razviti u druge dijagnoze poput bipolarnog poremećaja ili čak one nepsihotične. Može se raditi i o akutnoj psihotičnoj epizodi koja nastaje kao posljedica trovanja te nestaje bez ikakvih posljedica po duševno zdravlje.

S druge strane, klasična taktika prijestupnika ili počinitelja kaznenih djela je iznošenje psihijatrijske dijagnoze u sudskom postupku s ciljem smanjenja ili isključenja svoje odgovornosti te izbjegavanja sankcija.

Vještak procjenjuje duševno stanje počinitelja u vrijeme počinjenja kaznenog djela ili prekršaja. Osoba koja je imala jednu psihotičnu epizodu prije mnogo godina, a poslije vodila normalan život, bit će za kazneno djelo sankcionirana kao i svaka druga osoba.

Kada optuženik navede svoje duševno stanje kao obranu u kaznenom postupku, dužnost je suda naložiti procjenu raspravne sposobnosti (duševnog stanja u vrijeme postupka) i kaznene ubrojivosti (duševnog stanja u vrijeme počinjenja kaznenog djela). Samo se kroz psihijatrijsku evaluaciju ova dva stupnja sposobnosti može odgovoriti na pitanje je li optuženik djelovao u stanju neubrojivosti ili smanjene ubrojivosti u vrijeme ostvarenja zakonskih obilježja kaznenog djela (zbog povrata stanja ili postojanja kroničnih simptoma njegove prijašnje duševne bolesti). Ako je odgovor potvrđan, sud će utvrditi kako je optuženik u vrijeme ostvarenja

zakonskih obilježja kaznenog djela bio neubrojiv⁴ ili da je djelo počinio u stanju smanjene ubrojivosti.⁵ S druge strane, postojanje bilo kakvog prijašnjeg duševnog oboljenja bit će irelevantno ukoliko je procijenjeno da je počinitelj u vrijeme počinjenja kaznenog djela postupao s punom sposobnosti za rasuđivanje. Presumira se postojanje autonomije i slobodne volje u činjenju ili nečinjenju, osim ako se ne dokaže suprotno.

⁴ U Republici Hrvatskoj, prema čl. 554. Zakona o kaznenom postupku (Narodne novine 152/08, 76/09, 80/11, 121/11), sud će donijeti presudu kojom se utvrđuje da je optuženik u stanju neubrojivosti počinio protupravno djelo te će provjeriti postoje li uvjeti za određivanje prisilnog smještaja optuženika u psihijatrijsku ustanovu prema odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (vidi čl. 44.-53. na kraju ove knjige).

⁵ Ako je počinitelj bio bitno smanjeno ubrojiv *tempore criminis*, sukladno čl. 26. Kaznenog zakona (Narodne novine 125/2011), sud ga može blaže kazniti, pod uvjetom da do bitno smanjene ubrojivosti nije došlo samoskrivljeno. Prema čl. 68. navedenog zakona, sud može izreći i mjeru obveznog psihijatrijskog liječenja bitno smanjeno ubrojivom *tempore criminis* počinitelju kaznenog djela za koje je propisana kazna zatvora od jedne godine ili više, ukoliko postoji opasnost od počinjenja težeg kaznenog djela zbog duševnih smetnji koje su dovele do stanja bitno smanjene ubrojivosti.

Studija slučaja 5.:**DVOSTRUKA LOJALNOST PSIHIJATRA**

Dječji psihijatar pristaje pružiti stručno mišljenje u vezi optužbe za seksualno zlostavljanje šestogodišnjeg djeteta. Nakon tri mjeseca predaje svoje izvješće sucu. Tijekom rada opaža kako je dijete žrtva teških psihičkih patnji, stoga na majčin zahtjev nastavlja primati dijete na psihoterapiju. Šest mjeseci kasnije, pozvan je na sud kako bi dao iskaz u slučaju za koji je prethodno predao stručno mišljenje. Tada shvaća da je u isto vrijeme i vještak i liječnik.

G.Niveau,
Švicarska

Pitanje: Treba li doktoru biti dopušteno da u isto vrijeme djeluje u svojstvu imenovanog vještaka i liječnika?

1. DA, tehnički može biti dobar i kao vještak i kao liječnik.
2. NE, dijete je povjerilo povjerljive informacije liječniku. Liječnik ne smije otkriti te informacije sucu.

Komentar:

Osnova odnosa liječnik-pacijent je povjerenje.

Dvostruka lojalnost postoji kada liječnik ima odgovornost kako prema svojim pacijentima tako i prema trećoj strani, a te su odgovornosti inkompatibilne. U pravilu, psihijatar duguje potpuno povjerenje svome pacijentu, te samo u posebnim slučajevima smije interese drugih pretpostaviti interesima pacijenta.

Održavanje objektivnosti etička je dužnost forenzičkog vještaka, neovisno o tome pomaže li njegovo mišljenje pravnim interesima osobe čije se stanje procjenjuje ili odmaže istima. Ta objektivnost je praktički nemoguća ako je vještak u isto vrijeme psihijatar čija bi uloga bila predstavljanje najboljih interesa pacijenta te zastupanje istog. U slučaju da

su okolnosti nepovoljne za pacijenta, doktor će ili dati lažni iskaz ili barem prikazati pravno mišljenje u povoljnom svijetlu po pacijenta, ili će biti iskren i davanjem negativnog mišljenja riskirati narušavanje odnosa liječnik-pacijent. Osim toga, postoji rizik otkrivanja sudu informacija povjerenih mu u terapiji pod pretpostavkom pouzdanosti i privatnosti. Stoga bi se vještaci trebali suzdržati od davanja iskaza u slučajevima u kojima sudjeluju kao liječnici.

Ipak, iako ovo nije slučaj u Švicarskoj, moguće je da u nekim zemljama u razvoju postoji iznimno malen broj psihijatara na razini države. U tom slučaju bilo bi teško u potpunosti razdvojiti liječničku i vještačku funkciju istog doktora.

Studija slučaja 6.:

SUKOB INTERESA

Sedamdesetgodišnja iznimno imućna žena pati od blage demencije. Njezina djeca obraćaju se njezinom liječniku žaleći se na potrošačke navike svoje majke koje se manifestiraju u vidu obilnog darivanja članova jednog crkvenog kulta za koji smatraju da je splotkama pokušava lišiti njezina bogatstva. Zabrinuti za svoje pravo na nasljedstvo, zahtijevaju od liječnika da utvrdi da nije sposobna brinuti se o svojim pravima i interesima.⁶ Liječnik iz osjećaja dužnosti obavještava svoju pacijenticu o posjeti njezine djece te joj govori kako ne smatra da je potrebno psihijatrijsko mišljenje. I sam liječnik je pripadnik istog crkvenog kulta.

J. Arboleda- Flórez,
Kanada

Pitanje: Kako bi liječnik trebao postupiti u slučaju sukoba interesa?

1. Trebao bi uputiti pacijenticu drugome liječniku.
2. Trebao bi nastaviti liječiti pacijenticu i zanemariti zahtjev djece.

Komentar:

U ovome slučaju postoji sukob interesa. Liječnik pacijentice, u slučaju neslaganja s procjenom djece, trebao bi zatražiti drugo mišljenje kolege koji nije pripadnik iste crkvene zajednice kako bi se procijenilo duševno zdravlje pacijentice i ocijeni-

⁶ U Republici Hrvatskoj, sukladno čl. 160. Obiteljskog zakona (Narodne novine 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11, 61/11), liječnik (odnosno zdravstvena ustanova) ima dužnost obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb o duševnim smetnjama i drugim uzrocima radi kojih osoba nije sposobna brinuti se o svojim pravima i interesima, a odluku o djelomičnom ili potpunom lišenju poslovne sposobnosti donosi sud u izvanparničnom postupku.

lo je li njezino ponašanje posljedica bolesti ili pretjeranoga pritiska članova njezine crkve. Liječnik riskira dobrobit svoje pacijentice ako se njezina demencija pogorša.

Dugoročno, najbolje etičko rješenje za liječnika jest uputiti pacijenticu drugom liječniku koji nije ni na koji način povezanosti s njezinom crkvenom zajednicom.

Studija slučaja 7.:**SUKOB INTERESA**

Pedesetogodišnji psihijatar zapošljava svoju pacijenticu kao čistačicu radi čišćenja njegova stana. Navečer, nakon povratka s posla, liječi njezine fobije hipnozom. Radni angažman je zamjena za plaćanje terapije koju si inače ne bi mogla priuštiti.

J. Arboleda-Flórez,
Kanada

Pitanje: Je li psihijatar postupio ispravno stupivši u ovakav radni odnos s pacijenticom?

1. DA, jer je pacijentici omogućeno potrebno liječenje.
2. NE, jer psihijatar ne bi smio dovesti u koliziju ulogu terapeuta i poslodavca na račun budućeg sukoba interesa.

Komentar:

Načelo koje se mora poštovati nalaže da niti jedan liječnik, osim u hitnom slučaju, ne bi smio liječiti člana obitelji, prijatelja ili osobu koja je zaposlena kod njega.

Rizik sukoba interesa u ovim situacijama (uključujući emocionalna pitanja) vrlo je visok. Glavni gubitnik u ovakvim slučajevima je gotovo uvijek pacijent, kojemu je potrebna određena distanca i neutralnost radi ostvarenja optimalnog odnosa između liječnika i pacijenta.

Osim lošeg dojma i mogućnosti utjecaja različitih pobuda na terapijski odnos, liječnik stvara sukob interesa obnašajući nespojive uloge poslodavca i terapeuta. Optimalan odnos liječnika i pacijenta zahtijeva određenu distancu između njih. Ovo osobito vrijedi u psihijatriji gdje pitanja prijenosa i protuprijenosa ispunjavaju sve aspekte interakcije. Optimalan odnos između psihijatra i pacijenta trebao bi biti utemeljen na ravnopravnosti gdje je psihijatar taj koji pomaže pacijentu

pronaći bolju ravnotežu u životu te se nositi s njegovim ili njezinim simptomima, no pacijent je taj koji organizira i donosi odluke u vezi terapije. Cilj je pomoći pacijentu razviti bolju sposobnost donošenja neovisnih odluka te smanjiti svoju ovisnost. Suprotno tome, odnos poslodavca i zaposlenika je odnos nadređenog i podređenog u kojem ugovorne obveze nalažu podređenom poduzimanje radnji predviđenih ugovorom i naloženih od strane nadređenog. Utilitarni aranžman ove prirode dovodi do kolizije uloga, te će obje strane biti na gubitku. Bolja opcija bila bi za liječnika da se pozove na svoj altruizam i pristupi poslu „*pro bono*“.

Studija slučaja 8.:

EUTANAZIJA

Dvadesetpetogodišnjem liječniku dijagnosticirana je leukemija. Živi s djevojkom s kojom ima izvrstan odnos. Unatoč liječenju u priznatom onkološkom centru, njegovo zdravlje se pogoršalo. Nakon nekoliko mjeseci, u nemogućnosti je gutati ikakvu tekućinu, a na životu biva održavan pomoću perfuzije.⁷ Nakon višetjedne borbe, zatražio je od liječnika, u početku s rezervom, no kasnije inzistirajući, da mu skрати muke puštajući ga da umre. Nakon što je njegov zahtjev odbijen, rečeno mu je od strane liječnika, budući da on osobno ima pristup morfiju, da jednostavno može intravenozno unijeti veliku dozu istoga s ciljem okončanja svog života. Tako je i postupio u prisutnosti svoje djevojke. Međutim, umjesto smrti, probudio se odlično raspoložen, mogavši uživati u hrani i piću. Odustao je od takvih daljnjih radnji s ciljem oduzimanja života. Leukemija je bila prirodni uzrok njegove smrti nekoliko mjeseci kasnije.

Driss Moussaoui,
Maroko

Pitanje: Smije li liječnik savjetovati pacijenta kako okončati vlastiti život?

1. NE, usmrćenje iz milosrđa liječnicima je zabranjeno u mnogim zemljama svijeta.⁸
2. NE, posljedice djela nastaju na njegovu inicijativu.
3. DA, studija slučaja se bavi odraslim, duševno zdravim, obrazovanim i terminalno bolesnim pacijentom, koji je i sam liječnik. Svjestan je svoje bolesti i njezina neizbježna ishoda, te ima dovoljno razloga i pravo odrediti vlastitu sudbinu zbog nepodnošljive patnje.

⁷ Postupak umjetnog prostrujavanja organa krvlju putem uređaja za izvantjelesni krvotok.

⁸ O pravnoj regulativi u Republici Hrvatskoj vidi K. Turković, S. Roksandić Vidlička, A. Maršavelski, Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo – etičke dileme kriminalne politike, Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, 17 (2010), str. 223-245.

Komentar:

Eutanazija, čin namjernog okončanja života pacijenta, neetična je, čak i na zahtjev pacijenta. Dužnost je liječnika, prije svega, promicanje zdravlja, smanjenje patnje i zaštita života.

Psihijatri bi trebali biti oprezni kada je riječ o djelovanjima koje može dovesti do smrti onih koji nisu sposobni brinuti se sami za sebe. Psihijatar treba biti svjestan činjenice da stajališta pacijenta mogu biti izobličena zbog duševne smetnje kao što je depresija. U takvim je slučajevima uloga psihijatra liječenje te smetnje.

Ovaj slučaj ukazuje na iznimnu složenost problematike eutanazija, koju se ne bi smjelo olako shvaćati. Čak i u beznadnim situacijama, poput izložene s pacijentom u terminalnom stadiju bolesti, odluka o okončanju života, donesena i izvršena od strane samog pacijenta, proizvela je upravo suprotan rezultat budući da se pacijent probudio s jakom željom za životom.

Upravo zbog toga liječnik treba krajnje oprezno pristupiti željama za smrću izraženih od strane pacijenata zbog nepodnošljive patnje. Nameće se pitanje pati li pacijent od depresivne epizode istodobno s fizičkom bolesti. Liječenje antidepresivima može promijeniti želju za okončanjem života kod takvih pacijenata.

Eutanazija nije dopuštena u mnogim zemljama te je kao oblik potpomognutog samoubojstva osuđena u mnogim religijama. Pretpostavljajući, međutim, kako u ovom slučaju nema pravnih ni vjerskih zabrana, problem ne bi bila eutanazija kao takva ili njezina pravna dopuštenost, nego činjenica da je liječnik odabrao lakši put zaobilazeći svoje moralne dužnosti i obveze. Očigledno je iznudio odluku pacijenta za činom aktivne eutanaziju.

Studija slučaja 9.:

EUTANAZIJA

Četrdesetštogodišnji gospodin A. P. mentalno je retardiran zbog čega živi u potpomognutom smještaju.⁹ Dovoljno je samostalan za odlazak u ured i obavljanje mehaničkih poslova. Sudac ga je lišio poslovne sposobnosti prije dvadeset godina i imenovao njegovog ujaka za skrbnika. U ustanovi ima prijateljicu. Oboljenje od crijevne nekroze, zbog čega mu je bila potrebna hitna operacija i kolostomija, nastupilo je kao posljedica nove terapije za epilepsiju. Tijekom postoperativnog razdoblja došlo je do niza komplikacija, počevši od pneumonije liječene intravenoznim antibioticima. Postao je pesimističan, odbijao je hranu te je tražio od liječnika i bolničarki da ga puste umrijeti, kako bi otišao “vidjeti svoju majku”. Psihijatar mu je zatim odredio terapiju antidepresivima te mu je ugrađena nazogastrična sonda za hranjenje, koju je nekoliko puta tijekom tjedna sam vadio van. Također se fizički sukobljavao s bolničarkama koje su bile primorane vezati ga za krevet kako bi zamijenile sondu. Tri mjeseca nakon njegova prijema u bolnicu razvila se nova infekcija te se stvorila nakupina gnoja oko njegovih kukova, zbog čega je bila potrebna još jedna operacija. Pacijent postaje agresivan prema liječnicima i bolničarkama, cijelo vrijeme plače i preklinje ih da ga puste umrijeti. Njegov skrbnik, starac mentalno ograničenih sposobnosti i nesposoban donositi bilo kakve odluke, potpisuje pristanak za operaciju.

Juan Vinas,
Španjolska

Pitanje: Trebaju li liječnici izvesti operativni zahvat?

1. DA, postoji informirani pristanak njegovog skrbnika.
2. DA, neliječenje pacijenta uzrokovalo bi njegovu smrt.

⁹ Eng. *assisted living* – oblik stanovanja za osobe s posebnim potrebama. Razlikuje se od domova za nemoćne po tome što osobama koje žive u takvoj ustanovi nije potreban 24-satni nadzor i njega pa stanari uživaju relativnu samostalnost u življenju.

3. NE, skrbnik je mentalno ograničenih sposobnosti te nije sposoban sam donositi bilo kakve odluke. Trebalo bi se obratiti sudu s ciljem da se imenuje novog skrbnika.

Komentar:

Očito, liječenje antidepresivima nije pomoglo pacijentu riješiti se snažne želje da umre. Liječnički tim je rastrgan između potrebe liječenja bolesti i sprječavanja njezina pogoršanja s jedne strane, te očuvanja kvalitete njegova života, s druge strane.

Liječnici u ovom slučaju ne smiju prekinuti liječenje, unatoč činjenici da je pacijent sam to zatražio, već trebaju provoditi vrijeme s pacijentom, smiriti njegov gnjev, propisati mu anksiolitike i antidepresive s ciljem da se stanje pacijenta poboljša.

Eutanazija je pitanje koje izaziva brojne kontroverzije i koje vrlo lako može postati emotivno, budući da se ovdje isprepliću elementi osobnog morala, religije i prava. Eutanazija može biti pasivna ili aktivna. Na osobnoj razini, dužnost očuvanja života suprotstavlja se pravu na dostojanstvenu smrt. U nekim je zemljama liječnicima zabranjeno pomoći pacijentu da umre (aktivna eutanazija), ali zakonska rješenja nisu tako jasna u slučajevima kada je pacijent jednostavno pušten da umre prirodnom smrću nakon što je utvrđeno kako daljnje liječenje neće promijeniti prirodni, konačni ishod bolesti.¹⁰ Pasivna se eutanazija čini prihvatljivijom, pod pretpostavkom da pacijent ima pravo odbiti radikalne zahvate, kada je očito da su šanse za preživljavanje ograničene čak i uz liječenje, prepuštajući bolesti da ide svojim prirodnim tokom. Ako pacijent tako odluči, liječnici ne bi trebali poduzimati nikakve mjere, osim palijativne skrbi s ciljem ublažavanja boli. Pitanje

¹⁰ O pravnoj regulativi u Republici Hrvatskoj vidi K. Turković, S. Roksandić Vidlička, A. Maršavelski, Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo – etičke dileme kriminalne politike, Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, 17 (2010), str. 223-245.

koje se nameće jest kako i gdje povući crtu između radikalnih zahvata i liječenja s više no dobrim šansama za uspjeh kojim se može spasiti život. Etičan liječnik mora odvagati sve nepredvidljive činitelje kako bi pacijent bio upoznat sa svim alternativama i njihovim mogućim ishodima. U ovom slučaju dodatnu poteškoću predstavlja dvojbena sposobnost skrbnika za donošenje odluka o životu ili smrti. Pretpostavlja se kako je skrbnik do sada uredno izvršavao svoje dužnosti i nitko nije imao primjedbi. Jedino sud ima ovlast obesnažiti skrbnikovu odluku.

Pacijenti imaju pravo na skrbnika kada je to potrebno radi odgovarajuće zaštite njihova osobnog blagostanja i interesa. Utvrdi li sud kako je osoba s duševnom smetnjom nesposobna brinuti se o sebi, odredit će odgovarajuće mjere s ciljem osiguranja zaštite njezinih interesa, sve dok je to potrebno i primjereno njezinu stanju.

Zabrani li zastupnik pacijenta tretman koji je prema mišljenju psihijatra u najboljem interesu pacijenta, psihijatar može osporavati tu odluku pred nadležnim institucijama.

Studija slučaja 10.:**POVJERLJIVOST**

Četrdesetpetogodišnji bogat, zgodan, društven i elegantan muškarac, pripadnik visokog društvenog sloja bio je ljubavnoj vezi s podjednako elegantnom i lijepom tridesetpetogodišnjakinjom. Zbog određenih ljubomornih ispada na strani muškarca (s mogućim morbidnim dimenzijama), mlada žena je odlučila okončati vezu. Nakon toga, muškarac odlazi psihijatru kojeg viđa već neko vrijeme, obavještavajući ga da sa sobom ima pištolj te kako će njegov sljedeći posjet biti bivšoj djevojci koju namjerava ubiti. Dodaje kako je ta informacija, koja proizlazi iz odnosa liječnik-pacijent, povjerljiva te da bilo kakva povreda tajnosti neće ostati nezamijećena.

Psihijatar odlučuje kako je povreda tajnosti nužna u ovom slučaju te obavještava ženu i policiju. Upitan od strane policije, muškarac niječe da je imao zle namjere.

Uslijedila je žustra rasprava među stručnjacima, potkrijepljena činjenicom da je muškarac na kraju uspio ubiti svoju bivšu djevojku i to upravo onim pištoljem koji je nosio sa sobom prilikom posjete psihijatrijskoj ordinaciji.

C. Christodoulou,
Grčka

Pitanje: Je li povreda tajnosti opravdana u ovom slučaju?

1. DA, sukladno odluci u predmetu „Tarasoff“.¹¹
2. DA, sukladno Madridskoj deklaraciji.¹²
3. DA, liječnik ima obvezu dvostruke lojalnosti, tj. ne samo prema svojim pacijentima, nego i prema široj zajednici u slučaju opasnosti.
4. DA, s ciljem zaštite pacijenta od njegovog vlastitog nasilničkog ponašanja.

¹¹ Tarasoff v. Regents of University of California, 17 Cal.3d 425; 551 P.2d 334; 131 Cal. Rptr. 14 [1976]; Supreme Court od California.

¹² Tekst Madridske deklaracije vidi na kraju ove knjige.

5. NE, presedan ovakve prirode imao bi tendenciju osujećivanja nasilnih kriminalaca od iznošenja svojih problema psihijatrima i dobivanja stručne pomoći čija je svrha pomoći im suzdržati se od nasilja.
6. NE, psihijatar bi trebao savjetovati hitno liječenje i u kasnijoj fazi bi trebao postaviti dijagnozu te razmotriti mogućnost daljnjeg liječenja.

Komentar:

Prvo kliničko pitanje koje se nameće u ovom složenom slučaju: zašto je ovaj čovjek posjećivao psihijatra prije nego što je ubio svoju djevojku? Ako je patio od određenog duševnog poremećaja, je li njegovo ljubomorno ponašanje bio dio istog? Bi li to zahtijevalo prisilnu hospitalizaciju? Jasno je da je psihijatar imao pravo i obvezu informirati policiju i njegovu bivšu djevojku. Nažalost, to nije spriječilo ubojstvo djevojke.

A. Capron smatra da doktrina povjerljivosti ima šest funkcija: (1) zaštita individualne autonomije, (2) zaštita statusa pacijenta kao ljudskog bića, (3) izbjegavanje prijave ili prisile, (4) poticanje liječnika na pažljivo razmatranje svoje odluke, (5) poticanje racionalnog donošenja odluka od strane pacijenta, (6) uključivanje javnosti u medicinu općenito.

Povjerljivost nije apsolutni postulat. Potrebno je pažljivo balansiranje između očuvanja povjerljivosti i potrebe povrede povjerljivosti u cilju promicanja najboljih interesa pacijenta ili sigurnosti i dobrobiti drugih osoba ili javnog interesa. Povrede su dopuštene u kontekstu javnog zdravstva i duševnog zdravlja. Pravo u mnogim državama spaja obvezu psihijatra da štiti povjerljivost, no s druge strane dopušta povredu povjerljivosti u slučaju opasnosti po druge, naročito kada je identitet potencijalne žrtve poznat.¹³ U SAD-u je to poznato

¹³ I u Republici Hrvatskoj liječnik može odgovarati za kazneno djelo neprijavlivanja pripremanja kaznenog djela iz čl. 301. Kaznenog zakona (Narodne novine 125/11) ako je znao da se priprema počinjenje kaznenog djela za koje je propisana kazna zatvora pet godina ili teža kazna i to ne prijavi u vrijeme kad

kao *Duty to Warn* ili *doktrina Tarasoff*, prema slučaju u kojem je zaludeni mladić ubio svoju djevojku nakon što je izrazila želju za okončanjem njihove veze. Mladić je bio otpušten s bolničkog odjela za hitne slučajeve gdje je zatražio stručnu pomoć. Utvrđena je greška liječnika zbog propusta da se upozori potencijalna žrtva čiji je identitet utvrđen. Situacija je vrlo slična kao u ovom predmetu. Identitet potencijalne žrtve je utvrđen i psihijatar će morati izvršiti svoju dužnost da upozori (*Duty to Warn*). Ipak, imajući u vidu da su otvorenost i iskrenost ključni u psihoterapeutskom odnosu, psihijatar bi trebao savjetovati svog pacijenta u pogledu njegovog djelovanja, te, ukoliko je nužno, pristupiti prisilnoj hospitalizaciji pacijenta pod pretpostavkom da ili boluje od psihotičnog poremećaja ili dokazuje da je nesposoban vladati svojim postupcima zbog sadašnjih problema.

je još bilo moguće spriječiti njegovo počinjenje, a djelo bude pokušano ili počinjeno.

Studija slučaja 11.:**POVJERLJIVOST**

Tridesetčetverogodišnja žena, u četvrtom mjesecu trudnoće, nakon pokušaja samoubojstva primljena je na psihijatrijski odjel lokalne bolnice. Pripadnica je etničke manjine, te živi sa suprugom i njegovim roditeljima. Obavještava liječnika kako je imigrirala s ciljem spajanja obitelji, no osjeća probleme vezane za prilagodbu novoj okolini. Nepismena je, ne poznaje jezik, a pomoću prevoditelja tvrdi kako se osjeća kao zatvorenik u kući njegovih roditelja, koji je iskorištavaju prisiljavajući je na težak rad. Muž joj ne pruža potporu. Majka je petero male djece te očekuje šesto. U svom očaju odlučila si je oduzeti život bacivši se pod automobil, no upravo biva spašena te ju policija dovodi u bolnicu. Ondje pokazuje znakove blage depresije, ali više nije suicidalna. Ljuta je na svoje rođake te ne želi s njima komunicirati, tvrdeći kako će joj život učiniti još jadnijim ako saznaju za pokušaj samoubojstva. Ne shvaćajući zašto je hospitalizirana s "luđacima", njezina obitelj ju želi odvesti doma. Njezini roditelji, držeći kako im pripada pravo na objašnjenje glede hospitalizacije njihove kćeri, žele razgovarati s psihijatrom, no isti odbija taj zahtjev zbog nepostojanja pristanka pacijentice, koja smatra kako će njezina situacija postati još težom ukoliko pokušaj samoubojstva postane poznat rodbini.

M. Kastrup,
Danska

Pitanje: Treba li psihijatar upoznati obitelj s pokušajem samoubojstva pacijentice?

1. DA, razotkrivanjem informacija promiče se sigurnost i zaštita života pacijentice, koja će zahvaljujući skrbi članova obitelji biti spriječena u daljnjim sličnim pokušajima.
2. DA, jer će obitelj ionako vjerojatno biti obaviještena od strane policije.
3. DA, jer će obitelj možda promijeniti ponašanje prema pacijentici kako bi smanjili društveni pritisak na nju, sve uz pomoć stručnjaka.

4. NE, pravila povjerljivosti liječnicima zabranjuju razotkrivanje informacija.

Komentar:

Općenito, psihijatar je dužan, etički i pravno, držati u povjerenju sve što mu je otkriveno kao rezultat odnosa s pacijentom. Dužnost čuvanja povjerljivosti informacija, kamen je temeljac medicinske etike još od vremena Hipokrata, koji u svojoj zakletvi kaže: „*Što po svojem poslu budem saznao ili vidio, pa i inače, u odnosu s ljudima, koliko se ne bude javno smjelo znati, prešutjet ću i zadržati tajnu.*“

Ovo je tipičan slučaj s transkulturalnom problematikom; psihijatri u razvijenim zemljama nisu uvijek pripremljeni nositi se s pacijentima iz tradicionalnih zemalja. U takvim je zajednicama skupina moćna te narušava privatnost pripadnika koji ju sačinjavaju, osobito kad je riječ o ženama, nepismenima i ovisnima o obitelji.

Kliničari često ne raspoznaju kulturalne nijanse koje stoje iza određenog ponašanja ili ih odlučuju ignorirati djelujući sukladno dominantnoj kulturi koja umanjuje vlastite vrijednosti ili iz razloga zakonitosti. Izobrazba s ciljem promicanja osjetljivosti na kulturalne razlike kliničarima je rijetko omogućena, a u multikulturalnim društvima bilo bi nemoguće upoznati se s sveukupnom kulturalnom problematikom. Pod pretpostavkom da su kliničari dužni brinuti o svojim pacijentima najbolje što mogu, nužno je istražiti i razumjeti bilo kakav kulturalni problem od utjecaja za razumijevanje patologije koja pogađa pacijenta prije donošenja odluke da se zanemari njegov značaj.

Reći ili ne reći obitelj: obje su solucije loše. Ako liječnik kaže obitelji, novi pokušaj samoubojstva može biti spriječen. Dakako, obitelj će biti gnjevna na pacijenticu zbog njezina pokušaja samoubojstva, no članovi obitelji bi vjerojatno bili još gnjevniji da im nije rečeno, pogotovo ukoliko bi pacijentica pokušala samoubojstvo iznova. Mogli bi čak i tužiti

liječnika zbog skrivanja te činjenice ukoliko bi uspjela ubiti se. Da i ne spominjemo kako bi policija vjerojatno izvijestila obitelj o samom događaju.

Liječnik iz zemlje podrijetla pacijentice vjerojatno bi se lakše odlučio reći obitelji za pokušaj samoubojstva nego liječnik u Danskoj. Oboje su u pravu, ovisno o kontekstu i načinu na koji rade s pacijentom i obitelji.

Imajući u vidu da je terapijski proces prilika za osobni rast, u ovom je slučaju obveza kliničara razgovarati otvoreno s pacijenticom o značenju njezina ponašanja i implikacijama njezina odbijanja pokoriti se diktatu svoje kulture. Pacijentica ima pravo na sve raspoložive informacije, uključujući i pozitivne i negativne posljedice svoje vlastite kulturalne nedoumice, kako bi mogla donijeti utemeljenu odluku o svom budućem djelovanju. Uključivanje obitelji u terapijski proces pomoći će u transkulturalnom jazu u pogledu stajališta dominantne kulture o ulozi obitelji u patologiji te će biti suglasno vrijednostima pacijentičine kulture.

Studija slučaja 12.:**POVJERLJIVOST**

G. Y. (51) iznio je svoj slučaj liječniku u prisutnosti svoje supruge, gđe X. (30).

G. Y. dijagnosticirana je teška depresija, pogoršana brojnim socijalnim stresorima. Oni uključuju njegovu nedavnu dijagnozu AIDS-a, supruginu HIV pozitivnost, njihovu nemogućnost da začnu dijete te rastuće financijske probleme kao posljedicu troškova in vitro oplodnje (eng. in vitro fertilisation), izvješća posvojiteljskih agencija i troškova suprugine operacije (rektovaginalne fistule). Neprekidno je pitao svog doktora opće prakse, koji je također izabrani doktor njegove supruge, za objašnjenje kako je mogao dobiti AIDS s obzirom da nije bio intravenozni korisnik droga, nije imao nezaštićene spolne odnose ni s kim osim sa svojom suprugom te se nije upuštao u slične rizične situacije. Također je želio jasnije objašnjenje suprugine neplodnosti i bio je utučen doktorovom nesusretljivošću prema njemu.

Provodio je mnogo vremena razmišljajući o tim pitanjima; osjećao se krivim zato što nije mogao učiniti više za svoju ženu kao i žalosnim i deprimiranim jer nije mogao postati otac. Ono što ga je najviše žalostilo bilo je njegovo vjerovanje da je suprugu zarazio HIV-om te da ju je na taj način zapravo "ubio".

Ono što je g. Y. bilo nepoznato je da je njegova supruga, gđa X., ranije bila poznata kao g. X. G. X. rođen je kao muškarac, ali se s 18 godina podvrgao promijeni spola u Brazilu koju je financirao stariji pokrovitelj. Nakon operacije gđa X radila je u seksualnoj industriji, gdje je zaražena HIV-om što je i znala dugi niz godina. Kada je upoznala g. Y., nije mu rekla da je rođena kao muškarac niti je spomenula svoj HIV pozitivan status te ga je po svoj prilici i zarazila. Gđa X nije voljna dati dopuštenje svom kirurgu i doktoru opće prakse da njenom suprugu obznane te podatke iz njene prošlosti jer smatra da bi ga to "uništilo", pogoršalo njegovu depresiju i možda odvelo u samoubojstvo.

S.Bloch,
Australija

Pitanje: Treba li liječnik izvijestiti muža o ženinom statusu?

1. NE, pravilo o medicinskoj povjerljivosti lišava liječnika prava da bilo koju informaciju dobivenu od supruge prenese njenom mužu. Velika šteta koja bi bila nanesena prosljeđivanjem te informacije suprugu, uključujući i opasnost da bi on mogao počiniti samoubojstvo, premašuje svaku moguću korist otkrivanja istine.
2. DA, uspostavljen je odnos doktora i pacijenta između doktora i g. Y. G. Y. zahtijeva odgovore na svoja pitanja, a ti odgovori su dostupni zbog informacija koje je njegova supruga, gđa X. iznijela doktoru i doktor je samim time ovlašten prenijeti tu informaciju njenom suprugu.

Komentar:

Ovo je, očigledno, težak slučaj sa svakog gledišta. Medicinski gledano, suprugova depresija će i dalje pogoršavati njegovo već narušeno fizičko zdravlje, a nezaštićeni spolni odnosi između muža i žene, zbog pokušaja dobivanja djeteta, mogli bi dovesti do unakrsne infekcije oba supružnika HIV-om jer suprug ne zna da njegova žena ne može ostati trudna.

S etičkog gledišta, istina je da je situacija u kojoj se doktor nalazi teška jer je on zajednički liječnik bračnom paru, upleten u neobičnu i kompleksnu situaciju. Najbolje što bi doktor mogao učiniti, je uputiti jednog supružnika drugom doktoru. To mu svejedno ne dopušta da kaže istinu mužu, jer liječi ili je liječio njegovu ženu, a obvezom povjerljivosti vezan je cijeli život, pa i poslije.

Mnoga društva bi, moralno i vjerojatno zakonito, osudila ženu zbog prenošenja zaraze mužu i laganja skrivajući svoju prošlost. S druge strane, sa psihodinamičkog gledišta, muž "zna bez svoje volje". Kada je pitao doktora kako je dobio HIV, vjerojatno je osjećao da ga je njegova žena mogla zaraziti; ipak, ne usuđuje se suočiti s tako bolnom stvarnošću te ju poriče. Ženino predviđanje da bi njen suprug mogao počiniti samoubojstvo ako sazna istinu treba shvatiti vrlo ozbiljno.

Druga mogućnost je uvjeriti ženu da postepeno prizna istinu, uz snažnu psihoterapeutsku pomoć za oba supružnika.

Otvorenost u komunikaciji je osnovna komponenta svake veze. Nažalost, u ovom slučaju, žena je muža dvaput obmanula. Prvi put, ne otkrivanjem svoje prošlosti i drugi, ne suočavanjem sa svojom trenutnom situacijom, a također stvarajući probleme i liječniku namećući zapreke njegovoj mogućnosti da pomogne njenom suprugu. Ako liječnik ne iznese njene probleme mužu, pridružuje se njenom obmanjivanju. Njena motivacija za odbijanje priznanja prošlosti i njenih sadašnjih okolnosti trebala bi biti u potpunosti istražena jer postoji mogućnost da njena motivacija nije strah da bi joj suprug mogao počiniti samoubojstvo, ako sazna istinu, već želja da ga počini iz neznanja koje ga izjeda. On ima pravo znati, neovisno o teleološkim posljedicama otkrivanja. Primjenjujući konsekvencijalnu analizu koja uviđa samo negativan ishod-samoubojstvo, ne uspijeva se uvidjeti da iz odluke za otkrivanje mogu proizaći pozitivni ishodi za obje stranke.

Studija slučaja 13.:**POVJERLJIVOST**

Četrdesetšestogodišnji muškarac, oženjen i otac troje djece, vozač je autobusa na napornoj, međugradskoj liniji kroz planinsko područje. Prilikom posjeta liječniku požalio se da tijekom proteklih nekoliko mjeseci osjeća periodične smetnje akutne tahikardije kojima je prethodila smrt njegove majke. Već prilikom prvog napadaja nasred ulice strahovao je za vlastiti život. U hitnoj službi nije mu dijagnosticiran nikakav problem sa srcem, ali je upućen na godišnji odmor zbog stresa. Nakon povratka s odmora, smetnje su se nastavile javljati, posebice tijekom vožnje kroz planinsko područje. Učestalo ponavljanje tahikardije navelo je vozača na gubitak povjerenja u vlastitu vožnju i prouzročilo strah od pada u provaliju.

Uvjeren u činjenicu da je srčani bolesnik, traži kardiološko liječenje, isključuje svaku mogućnost psihičkog poremećaja potencijalno povezanog s agorafobijom, te odbija lijekove ili psihoterapiju. Također odbija tretman sličan onome kojim je bila liječena njegova majka smatrajući da je godinama pogrešno tretirana kao osoba sa šizofrenijom. Usprkos smetnjama, nastavlja voziti napornim dionicama kako bi otplatio dugove.

D. Moussaoui,
Maroko

Pitanje: Je li liječnik dužan obavijestiti poslodavca o zdravstvenom stanju pacijenta?

1. DA, vozačevo neprihvatanje profesionalnog mišljenja o psihičkom poremećaju može ugroziti ostale putnike u autobusu i prouzročiti nesreću. Životna opasnost koja prijete putnicima i samom vozaču od mnogo je većeg interesa u odnosu na očuvanje profesionalne tajne.
2. NE, zasad liječnik treba sačuvati odnos s pacijentom, surađivati s kardiologom i psihijatrom te sugerirati tretman koji će obuhvatiti i kardiološki i psihološki problem.

3. NE, dužnost očuvanja profesionalne tajne oduzima liječniku pravo da obavijesti poslodavca i samim time ugrozi vozačev ostanak na radnom mjestu.

Komentar:

Ključno rješenje situacije jest u uvjeravanju pacijenta. Nužno ga je informirati, u suradnji s kardiologom, da će kardiološki tretman spriječiti tahikardiju. Panični poremećaj s vjerojatnom agorafobijom i/ili depresijom (o kojoj nema informacija u slučaju) pojavio se nakon smrti njegove psihički bolesne majke. Uzimajući u obzir odbojnost pacijenta prema psihijatriji i psihosomatskom liječenju, mudrije je preporučiti mu kardiološko liječenje. Ukoliko pacijent odbije liječenje, a situacija se pogorša, postoji mogućnost obavješćavanja nadležnog liječnika u poduzeću koji će ponovno ukazati pacijentu na moguće posljedice vožnje u njegovom zdravstvenom stanju. S etičkog stajališta, liječnička dužnost je spriječiti nepotrebne patnje pacijenta. Međutim, ukoliko bolest može uzrokovati ozljede ili smrt drugih, također postoji liječnička odgovornost prema društvu.

Slična situacija javlja se u slučaju epilepsije ili zloupotrebe nedopuštenih supstanci kod pilota i vlakovođa.

Što se tiče opisanog slučaja, odluka o neliječenju paničnih napadaja, može u normalnim okolnostima jedino utjecati na pacijenta i njegove bližnje. Pravo je svakog da odluči želi li se ili ne podvrgnuti liječenju. Međutim, ovakav zaključak ne može se primijeniti u opisanom slučaju. Česte panične smetnje kod osoba odgovornih za sigurnost društva dovode do brojnih poteškoća u njihovom obavljanju posla. Ozbiljniji panični napad u prometu može, zasigurno, utjecati na vozačeve sposobnosti upravljanja autobusom i savjesno ponašanje. Što znači da je rizik, kojem su izloženi putnici i ostali sudionici u prometu, povećan. U pojedinim državama slučaj ovakve prirode morao bi biti prijavljen, usprkos pravilima o povjerljivosti, a osoba može pristati na liječenje ili se odreći vozačke dozvole. Vozačka dozvola nije pravo, već privilegij čiji nosi-

telj mora zadovoljavati određene uvjete. Ukoliko psihijatar ne prijavi takav slučaj, postoji mogućnost da odgovara čak i kazneno. Ovdje je ključan sukob između dobrobiti društva i dobrobiti pojedinca. Budući da može doći do teških posljedica kako za pacijenta i putnike, tako i za psihijatra, nužno je donijeti deontološku odluku (ovisno od slučaja do slučaja). Što se tiče pacijenta, njegove dužnosti proizlaze iz moralnih koncepata; primarno njegova uloga vozača javnog prijevoza, sekundarno svjesnost o vjerojatnosti nesreće i konačno vlastite vozačke mogućnosti.

Studija slučaja 14.:**POVJERLJIVOST**

Slučaj se dogodio u europskoj zemlji u kojoj se tijekom posljednjih tridesetak godina često isticalo (ponekad i od strane predstavnika udruženja psihijatara) da psihijatri u društvu trebaju imati ulogu „političkog aktivista“. Prvi put nakon 27 godina, sveučilišni profesor psihijatrije koristio je elektrokonvulzivnu terapiju kod pacijenta s vrlo složenim kliničkim stanjem otpornim na farmakoterapiju. Jedan od njegovih asistenata, član političke stranke, fotokopirao je pacijentov liječnički karton i dao fotokopiju službeniku stranke. Fotokopija je zatim prosljeđena jednoj uglednim novinama nakon čega je sljedećeg dana u istima izašao članak usmjeren protiv profesora zbog njegovog barbarskog tretmana pacijenata. Članak je sadržavao nekoliko intervjua s drugim psihijatrima, od kojih niti jedan nije spomenuo činjenicu da se elektrokonvulzivna terapija, po nekim međunarodnim zdravstvenim smjernicama, smatra prikladnom terapijom za specifična klinička stanja. Dekan fakulteta nije poduzeo nikakvu disciplinsku mjeru prema asistentu. Ipak, zatražio je profesora „objašnjenje“ i pozvao ga da pokrene „javnu debatu“ na fakultetu o primjeni i učincima elektrokonvulzivne terapije. Zdravstveno stanje pacijenta nakon terapije se znatno poboljšalo; ipak, ta činjenica nije bila spomenuta niti u novinama niti u bilo kojem drugom javnom mediju.

M. Maj,
Italija

Pitanje: Je li asistent bio ovlašten iznijeti informacije u javnost?

1. DA, pravo javnosti da bude upoznata s informacijom nadjačava pravo na povjerljivost.
2. DA, pravo medicinskog osoblja da vrše kontrolu nad metodom liječenja nadjačava pravo povjerljivosti.
3. NE, asistent nije smio dopustiti da slijedi svoj ideološki interes umjesto da štiti pravo povjerljivosti.

Komentar:

„Pokreti protiv psihijatara“ postoje svugdje u svijetu, a rašireni su i među samom psihijatrijskom zajednicom. Legitimno je izaći u javnost s idejom o prednostima i nedostacima elektrokonvulzivne terapije. S druge strane, fotokopirati i proširiti liječnički karton pacijenta među osobama koje nisu liječnici ili medicinsko osoblje je krajnje neetično. U slučaju da ime pacijenta nije skriveno i može ga se identificirati na temelju podataka u kartonu, pacijent ima pravnu osnovu za tužbu protiv asistenta.

Asistentove navodne „više vrijednosti“ javne dobrobiti i prava društva na informacije mogle su biti ostvarene bez povrede prava drugih. Cilj u ovom slučaju ne opravdava sredstvo. Iskorištavanje pojedinca koji svoja prava nije mogao štititi u političke svrhe je nemoralno i neodgovorno. U stvari, u mnogim zemljama otkrivanje sadržaja liječničkog kartona neovlaštenim osobama bez pristanka pacijenta je kazneno djelo.¹⁴

Pristajući uz većinu, dekan pokazuje moralnu neodgovornost. Odlučuje žrtvovati povjerljivost medicinske dokumentacije povjerene njegovoj bolnici, ali i njemu samome kao predstojniku zavoda. Istovremeno, žrtvuje i ugled svog zavoda i interes pripadnika fakulteta. Svoju dužnost nije obavio odgovorno.

¹⁴ U Republici Hrvatskoj bi takva radnja predstavljala kazneno djelo neovlaštenog otkrivanja profesionalne tajne iz čl. 145. Kaznenog zakona (Narodne novine 125/11).

Studija slučaja 15.:**POVJERLJIVOST**

Udana žena, stara 37 godina, obratila se liječniku obiteljske medicine s tegobama vaginalnog iscjetka i svrbeža oko stidnice (vulve). Nakon pregleda i laboratorijskih nalaza, liječnik joj je rekao da na idući pregled dođe sa suprugom. Tijekom tog pregleda, liječnik im je oboje obznanio da žena ima spolno prenosivu infekciju i savjetovao im apstinenciju od daljnjih seksualnih aktivnosti. Također, tražio je od supruga da se i sam testira za tu infekciju, s obzirom na pravnu obvezu izvješćivanja sanitarnih tijela. Informacija je uzrokovala bračne probleme i par se razveo. Nalazi su pokazali da suprug ne boluje od infekcije te slijedom toga, na idućem pregledu, liječnik se ispričao ženi navodeći da boluje samo od kandidijaze, ali laboratorij mu je zabunom prije poslao nalaze od druge pacijentice.

J. Arboleda-Florez,
Kanada

Pitanje: Je li liječnik trebao obznaniti suprugu da mu žena boluje od spolno prenosive infekcije?

1. NE. Sukladno pravu povjerljivosti, liječniku je zabranjeno otkriti tu informaciju. Trebao se najprije savjetovati sa ženom u vezi toga pristaje li da se informacija iznese suprugu.
2. DA. Liječnik je mogao zaključiti da je žena pristala na otkrivanje informacije samim time što je na drugi pregled pozvala muža.

Komentar:

Termin povjerljivosti podrazumijeva da ako podijelimo neku informaciju s drugom osobom, da ona to neće dalje prenijeti nekom trećem. Povjerljivost se odnosi na pravo pacijenta da njegova komunikacija s liječnikom ostane skrivena trećim stranama. To je pravo izvedeno iz šireg prava na privatnost

koje čuva pacijentovu privatnu sferu od neželjenih smetanja. Informacije koje su se saznale tijekom liječenja moraju biti povjerljive i služiti jedino i samo za poboljšanje duševnog zdravlja samog pacijenta.

Ponekad medicinski postupci imaju poguban učinak na pacijente i njihove obitelji. Obznaniti pacijentu da ima spolno prenosivu bolest, osobito ako se radi o HIV-u, može imati strašne posljedice, a naročito ako laboratorijski nalazi nisu točni.

Zbog toga je nužno da liječnik provjeri s laboratorijem rezultate dva puta. Nakon što rezultate priopći pacijentu, treba mu naglasiti da su isti samo privremeni, sve dok se ne naprave kontrolna testiranja iz drugih laboratorija.

Etično je da se sama dijagnoza i njezino objavljivanje partneru najprije raspravi s pacijentom.

Liječnik je postupio brzopleto i nepromišljeno. U stvari, prema deliktном pravu, liječnik bi bio odgovoran za nanošenje štete jednom pravno zaštićenom interesu pacijenta. Iako je žena pristala dovesti supruga na pregled, to ne znači da je pristala na otkrivanje informacija o istom. Liječnik je bio dužan uvjeriti se u dijagnozu takve neobične bolesti prije nego li ju je priopćio pacijentici, a naročito drugima. Nepro- vjeravanje nalaza u ovom slučaju je ekvivalent liječničkoj nemarnosti. Njegova brza reakcija kršenja prava povjerljivosti nije bila opravdana. Takva je odluka mogla i trebala čekati dok ne stignu potvrđeni nalazi sa sigurnim rezultatima.

Studija slučaja 16.:**POVJERLJIVOST**

Šezdesetmogodišnja, vrlo utjecajna političarka, oboljela je od Lou Goe-rigrove bolesti, i predviđeno joj je ne više od godinu dana života. Zbog osjetljive političke situacije u kojoj bi takvo otkriće moglo za sobom povlačiti ili zahtijevati daljnja objašnjenja, zabranila je svome liječniku da ikad spomene njezino stanje njezinom suprugu ili obitelji. Kako se njezino zdravstveno stanje pogoršavalo, rastao je i pritisak na liječnika da ju ili uputi drugom liječniku ili hospitalizira. Prateći izričite upute svoje pacijentice, liječnik je to odbio, ali njezina obitelj i dalje zahtijeva daljnje konzultacije i mogućnost hospitalizacije.

J. Arboleda-Florez,
Kanada

Pitanje: je li liječnik trebao obavijestiti obitelj i zajednicu o pacijentičnoj bolesti?

1. NE. Ova informacija pripada pacijentici, i smije biti objavljena samo na temelju njezinog pristanka.
2. NE. Otkrivanje ovakve informacije moglo bi proizvesti političku štetu kako pacijentici, tako i zajednici.
3. DA. Zajednica ima pravo i interes na takvo saznanje.

Komentar:

Zdravlje političara, umjetnika i drugih javnosti izloženih osoba, pogotovo onda kada boluju od tako ozbiljne i teške bolesti, vrlo lako postaje naslovnom vijesti u medijima. Razumljivo je da liječnik preispituje pitanje principa povjerljivosti informacija, kada se radi o vođi države koji boluje od npr. Alzheimerove bolesti.

Ali, kada se radi o smrtonosnoj neurološkoj bolesti kao što je ova, koja ne utječe na kognitivne funkcije bolesnika sve do

samoga kraja, nije upitno da se princip povjerljivosti mora vrlo strogo poštovati.

Pitanje koje se dalje postavlja jeste je li ispravno ili pogrešno zadržavati takve informacije kada u igri nisu isključivo interesi pacijenta, već i interesi velikog broja drugih ljudi s obzirom na to da je pacijentica političarka. U pitanje su dovedeni čak i interesi njezine stranke. Stranka se mora prilagoditi uvjetima njezinog stanja i organizirati uredan nastavak rada. Političari su javne osobe. Privatnost i povjerljivost brojnih pitanja koja je osigurana za druge osobe ne može biti primijenjena na političare, jer se na taj način može ugroziti javni interes. Stoga, deontološki gledano, njezina odluka da krije te informacije od javnosti je prilično klimava. Liječnik ima dužnost držati u tajnosti stanje svoje pacijentice, ali također i dužnost zajedno s njom preispitati sve posljedice takve odluke. Ona mora shvatiti da će, kako se bude bližio njezin kraj, biti sve manje moguće skrivati činjenice, kao i da će njoj biti sve teže sama se brinuti za svoja privatna i politička pitanja. Ipak, dok god je pacijentica sposobna, liječnik mora poštovati njezinu odluku.

Studija slučaja 17.:**POVJERLJIVOST**

Socijalni radnik je uputio 8-godišnje dijete u psihijatrijsku ustanovu, nakon što mu je djetetova obitelj prijavila poremećaj ponašanja.

Dijete i njegov brat žrtve su teškog razvoda i sporova svojih roditelja te su pod privremenim skrbništvom oca. Tijekom prve dijagnostičke sesije dječakovo ponašanje je bilo neprijateljsko, bio je bijesan, a odgovori su mu bili lakonski. Istog trenutka kad je sastanak završio dječakov otac je ušao u sobu te pred dječakom zatražio da mu dam uvid u njegov medicinski karton. Otac je tada napomenuo: „Prema Zakonu o pravima pacijenata imam pravo vidjeti bilješke koje ste zapisali u medicinski karton moga sina.“ Pritom je dodao da zaslužuje znati što njegov sin misli o svojoj majci i njemu. Ocu se čini da je sin više privržen majci te da tom ljubavlju izdaje njega. Dječak je očito svjestan kritičnosti oca i zbog toga je odbio surađivati prilikom psihijatrijskog vještačenja. Također, bilo je očito da se dijete bojalo surađivati i otkrivati osjećaje i misli jer ga je iskustvo naučilo da ljutnja njegova oca može biti jako opasna.

R. Finzi-Dottan,
Izrael

Pitanja: Treba li doktor pokazati ocu sadržaj medicinskog kartona?

1. Ne. Očev zahtjev je pokušaj zlouporabe djetetovog prava na privatnost. Očev uvid u medicinski karton ne bi bio u najboljem interesu djeteta.
2. Da. Roditelji kao zakonski zastupnici imaju pravo uvida u medicinske kartone svoje malodobne djece.

Komentar:

Općenito, podatke o zdravstvenim problemima djeteta trebalo bi reći roditeljima, osim ako bi to moglo štetiti djetetu. Ovaj slučaj ne ulazi toliko u sferu dječje i maloljetničke

psihijatrije zato što tajnost i privatnost predstavljaju osnovnu bit postupanja s pacijentima.

Liječnici se često nađu između različitih izbora rješavanja etičkih problema. Misao vodilja koja bi trebala rezultirati pronalaskom najboljeg rješenja je da si liječnik postavi slijedeće pitanje: „Što je najbolje za interese pacijenta?“. Ovdje očito nije u interesu djeteta da otac zna što je ono možda reklo liječniku.

Terapeut je dužan štititi, ne samo povjerljivost i privatnost mladog pacijenta, nego je također dužan djelovati i na učinkovitost njihove buduće suradnje, te do neke mjere čuvati i fizički integritet pacijenta u slučaju da otac izgubi kontrolu, što se, čini se, već ranije događalo.

Studija slučaja 18.:**POVJERLJIVOST**

Dvadesetsedmogodišnja neudana žena prijavila se na liječenje jer pati od teške bulimije više od deset godina. Pacijentica je provodila više od dvanaest sati dnevno jedući i zatim povraćajući. Kako je liječenje napredovalo postalo je jasno da je ponašanje pacijentice njen pokušaj da se spriječi od teških i kontinuiranih suicidalnih ideja i namjera. Pacijentica nije živjela sa svojom obitelji, ali roditelji su joj smješteni u istom gradu i nisu svjesni ozbiljnosti njenog stanja. Pacijentica je uključena u dugoročno ambulantno liječenje s prekidima hospitalizacije kada bi suicidalne namjere postale preintenzivne. Nakon nekoliko godina liječenja obitelj je zaključila da je pacijentica postala pretjerano ovisna o psihijatru koji je liječi. Tražili su od ravnatelja bolnice da ukloni psihijatra sa liječničkog tretmana. Čak i kada se to dogodilo, pacijentica nije htjela da obitelj zna za prirodu i težinu njenog stanja.

A. Tasman,
SAD

Pitanje: Da li bi obitelj trebala biti obaviještena o težini stanja pacijenta?

1. NE. Liječnici moraju poštovati pravilo povjerljivosti.
2. DA. Rizik da će si pacijent okončati život opravdava uključivanje bliskih srodnika.

Komentar:

Jasno je da bi se u kontekstu ovog terapijskog odnosa želja pacijentice trebala poštovati, što znači da liječnik nema pravo roditeljima otkriti dijagnozu i prognozu. Čak i da se to objavi, neće biti od pomoći pacijentici zbog (postojećeg) jaza između nje i roditelja.

Pacijentica je punoljetna i čini se sposobna osoba. Odrasle osobe mogu donositi iracionalne odluke dokle god su

one obrazložene. Argument da bi za nju bilo dobro dobiti podršku obitelji je paternalistički i utilitaristički. Egzistencijalno, moguće je da će joj biti bolje da se za svoj opstanak bori sama nego da postane ovisna o pomoći roditelja. Ovaj nam slučaj pokazuje koliko je važno kulturno porijeklo iz medicinskog i etičkog gledišta. U tradicionalnom društvu bilo bi nemoguće zamisliti bolesnu ženu koja živi sama, a ne u roditeljskom domu. To je razlog zašto je pojam autonomije bitan u mnogim zemljama Sjeverne Amerike i Zapadne Europe, dok je slabije zastupljen u tradicionalnim društvima Azije, Afrike i Latinske Amerike.

Studija slučaja 19.:**ZNANSTVENA PUBLIKACIJA**

Doktor X objavio je rad o dva sna sa psihoterapeutskih tretmana (bez ikakvih indicija o kome je riječ), izloživši detaljnu dijagnozu i prognostički komentar. Kratka verzija bila je objavljena u časopisu Human Sciences. Budući da je doktor o čijem radu je riječ cijenjeni kolega, njegovo sam ime uključivao na svoju listu profesionalnih referenci.

Kad me suradnica u bolnici upitala za terapeuta, preporučio sam joj tri terapeuta, uključujući i Doktora X. Kategorički ga je odbila zato što je smatrala da je teško povrijedio njezinu sestru u vrijeme dok je bila nje-gova pacijentica.

Problem potječe od gore navedenog rada. Pacijentica je kupila časopis Human Sciences na štandu sa novinama i časopisima, osobito zato što je vidjela ime svog terapeuta naslovljenog kao autora. Duboko se uzrujala kada je prepoznala vlastiti san opisan u časopisu i shvatila (iako je nitko drugi ne bi mogao prepoznati kao pacijenticu) da su komentari bili o nje-zinoj osobnosti i psihološkim sukobima. Prekinula je tretmane i odbila bilo kakve susrete sa terapeutom.

Y. B.,
Urugvaj

Pitanje: Je li psihijatar smio objaviti članak?

1. DA, zato što članak ne sadrži nikakve detalje o osobi o čijoj je medicinskoj dokumentaciji riječ.
2. DA, zato što je pravo pacijentice na privatnost stavljeno nasuprot pravu javnosti za poboljšanjem zdravlja, a objavljivanje znanstvenih istraživanja doprinosi unaprjeđenju znanosti i medicine.
3. NE, zato što pravo na privatnost nadjačava bilo koje drugo pravo.
4. NE, doktor je trebao pokazati članak pacijentici i zatražiti dopuštenje za objavu, bilo takav kakav je članak bio, bilo sa izmjenama zatraženim od pacijentice.

Komentar:

Kome pripada medicinska dokumentacija pacijentice? Trend u svijetu je učiniti ga vlasništvom pacijenta. Ovo također isto vrijedi za bilo kakav proizvod pacijenta, umjetnički ili drugi. Zato javno korištenje dokumenata bez dopuštenja pacijenta nije etički dopustivo. Direktno ili indirektno korištenje kliničkih slučajeva za javne svrhe treba zeleno svjetlo pacijenta. Ovo se ne odnosi na male dijelove stvarnih slučajeva koji ne opisuju cijeli slučaj detaljno (kao npr. sadržaj haluciniranja, opis ponašanja ljubomorne osobe).

Ako je slučaj medijski zanimljiv, glavni problem s njegovom objavom mogao bi nastati kada bi bio iskorišten u svrhu objavljivanja u drugim medijima. Pristanak pacijenta je čista potreba, čak i ako osoba ne može biti prepoznata na temelju informacija navedenih u članku. Osim kršenja pravila vlasništva, terapeut je povrijedio pravila privatnosti i povjerenja, iako pacijent ne može biti prepoznat (pacijentica je prepoznala samu sebe, što je dovoljno!). Korištenje medicinske dokumentacije pomaže terapeutu u njegovoj reputaciji, ali nije od koristi za pacijenta.

Već stoljećima, društveno dobro i dobrobit znanosti bili su argument za korištenje ljudi kao subjekata istraživanja (osobito zatvorenika), često bez njihovog pristanka i bez osobne koristi za njih.

Psihijatrima je zabranjeno koristiti povjerljive informacije za akademsku dobrobit. Kako bi se izbjeglo prepoznavanje pacijenta, oni su dužni prikriti kliničke podatke iako bi to bilo štetno za znanstvenu vrijednost materijala. Katkada je nemoguće dovoljno prikriti materijal i dokumentaciju, pa to uopće ne bi trebalo biti objavljeno, unatoč njegovoj znanstvenoj vrijednosti.

Studija slučaja 20.:**INFORMIRANJE PACIJENTA**

43-godišnji D. bolovao je od kroničnog bipolarnog poremećaja zbog kojeg je duže vrijeme proveo hospitaliziran. Jednoga dana, medicinska sestra zadužena za odjel u kojem je on bio smješten, primila je telefonski poziv od njegove sestre koja ju je obavijestila o nenadanoj smrti njihovog oca. Također, obavijestila ju je da će se sprovod održati sutradan. Medicinska sestra kontaktirala je D-ovu psihoterapeutkinju koja je bila na godišnjem odmoru te ju pitala za savjet. Liječnica ju je uputila da informaciju ne proslijedi D.-u dok se ona ne vrati s godišnjeg odmora, kako bi ga ona mogla osobno obavijestiti o očevoj smrti te mu pružiti potrebnu njegu s ciljem izbjegavanja pogoršanja njegovog duševnog stanja i (također) da iskoristi tu priliku da detaljno razradi njegov odnos s ocem.

Odluka psihoterapeutkinje bila je dojavljena ravnatelju odjela koji je odmah ukinuo njenu odluku te naredio da se pacijentu dopusti odlazak na očev sprovod i sudjelovanje u obredu “Shiva” (židovski tradicionalni običaj sedmodnevnog oplakivanja pokojnika) te mu je čak dodijelio člana osoblja kao pratnju. Ravnateljevi razlozi bili su dvojaki:

Pacijenti imaju pravo biti obaviješteni i pravo prisustvovati događajima od velike osobne važnosti u vrijeme kada se oni događaju, a ne u vrijeme kada to odgovara njihovim liječnicima. (U ovom slučaju liječnica nije pokazala spremnost prekinuti svoj godišnji odmor kako bi bila uz pacijenta.)

Dužnost zaposlenika bolnice je skrbiti o pacijentima liječnika koji su privremeno odsutni zbog bolesti, praznika, dopusta itd. Dužnost im je pružiti pacijentima svu potrebnu njegu i emocionalnu podršku, pogotovo kada su pacijenti suočeni s teškim osobnim neprilikama.

Epilog: Pacijent je prisustvovao pogrebu i “Shivi”, ponašajući se prikladno situaciji. Po povratku, njegova liječnica mogla je s njime razraditi njegove utiske o tom događaju.

R. Mester,
Izrael

Pitanje: Da li je pacijentu trebala biti priopćena smrt njegovog oca te da li mu je trebao biti dopušten odlazak na pogreb?

1. NE, bolja odluka bila bi zaštititi pacijenta od bolnog suočavanja s očevom smrću i pogrebom.
2. DA, pacijent ima pravo biti uvažen i dobiti istinite informacije.

Komentar:

Pacijenti imaju pravo na samoodređenje i slobodno donošenje odluka koje ih se tiču. Neke od najupitnijih moralnih dilema u zdravstvu događaju se kada se moralna načela pacijentove dobrobiti sukobe s poštivanjem njegove autonomije. Nepriopćavanje istine pacijentima predstavlja povredu njihovog prava na odabir liječenja i umanjivanje njihove ličnosti. Zaključak da je iskrenost najbolji način povlači za sobom pitanje o tome koji je najbolji način da se ona priopći. Potpuno i iskreno priopćavanje nužno ne znači i detaljno sagledavanje svakog aspekta te odluke.

Moć medicine je stvarnost. Stoga treba ići ruku pod ruku s dubokim osjećajem za odgovornost. Iako pacijent pati od bipolarnog poremećaja te bi mogao biti izrazito osjetljiv na gubitak i razdvajanje, još bi veću traumu predstavljalo neobavješćavanje pacijenta o smrti njegova oca i neodlazak na pogreb. Obred pogreba te potpora njegovih učesnika vjerojatno predstavljaju učinak jednak pomoći liječnice u suzbijanju traume istih na pacijenta.

U slučaju odsutnosti liječnika, kao i u slučaju hitnosti, ostali liječnici dužni su preuzeti odgovornost prilagodbe liječenja pacijentu pa i onda kada je liječenje psihoterapeutske prirode. Odluka ravnatelja odjela, nakon rasprave s ostatkom osoblja, bila je ispravna.

Međutim, u toku psihoterapeutskog liječenja važno je da liječnik objasni svoj stav pacijentu te da objasni zašto predlaže

neobavješćavanje pacijenta o očevoj smrti za njena odsustva. Liječnikovo obrazloženje odluke da pacijenta liši informacije i sudjelovanja u važnom društvenom i religioznom obredu moglo bi se sagledati kao paternalističko i nepravedno te kao korisno samo njoj, a ne i pacijentu. Sagledavajući rizik priopćavanja loših vijesti pacijentu, liječnica je previdjela sagledati rizik nepriopćavanja čija je posljedica mogla biti mnogo gora. Njena odluka nije povoljna za pacijenta.

Studija slučaja 21.:**PRISILNO LIJEČENJE**

Pedesetogodišnji muškarac izdržavao je zatvorsku kaznu u trajanju od pet godina za silovanje mlade žene koja se s njime prethodno upustila u seksualnu vezu, iako je on bio HIV pozitivan. Muškarac je već osuđivan za silovanje, ali mu je posljednja kazna bila relativno blaga jer su stručnjaci procijenili da će umrijeti od posljedica AIDS-a dok je još u zatvoru.

Psihijatrijski vještak je tijekom suđenja posvjedočio da je muškarac imao disocijalni poremećaj osobnosti (eng. antisocial personality disorder), ali da to nije imalo utjecaja na njegovu ubrojivost. Tijekom izdržavanja zatvorske kazne dostupni tretmani za liječenje AIDS-a su se značajno pospješili. Tretmani su mu koristili te se njegovo zdravlje poboljšalo do trenutka kada je trebao biti pušten iz zatvora.

Liječnici specijalisti za HIV koji su ga liječili u zatvoru, javnost i političari su bili zabrinuti da bi mogao biti opasan nakon puštanja iz zatvora te su urgirali za psihijatrijski pregled kako bi ga smjestili u psihijatrijsku bolnicu.

N. Nedopil,
Njemačka

Pitanje: Trebaju li se prisilni psihijatrijski pregledi provoditi radi zaštite javnog zdravlja?

1. DA, prisilni pregledi su opravdani radi zaštite javnog dobra budući da se radi o kriminalcu sa disocijalnim poremećajem osobnosti i prethodnim osudama koji bi mogao nauditi zajednici/društvu.
2. NE, pregled nema svrhu jer ne postoji način da se muškarca hospitalizira.
3. NE, novčana sredstva psihijatrijskih službi ne smiju se koristiti radi provođenja pravne zaštite nad kriminalcem kada kod njega ne postoji duševna bolest.

Komentar:

U vođenju zdravstvene politike ovaj je problem od velike važnosti. On se tiče i socijalne politike te pravednog kažnjavanja i primjene odgojnih mjera prema počiniteljima kaznenih djela. Kod mnogih od njih postoji kriminalna patologija koja traži kriminološku, a ne kliničku obradu. U kliničkoj obradi ne bi bila moguća nijedna mjera osim neke vrste institucionalnog zadržavanja.

Upravo činjenica da bi se sredstva psihijatrijskih ustanova koja su ionako oskudna mogla koristiti za nadzor kriminalaca, a ne za pružanje smještaja psihijatrijskim pacijentima, zadire u pitanje jednakosti i pravedne raspodjele resursa zdravstvenog sustava te je li taj proces raspodjele legitiman i pravedan. Ovaj slučaj posredno se dotiče i javnog zdravlja. Žestoka debata razvit će se oko pitanja ima li društvo pravo preventivno zatvarati pojedince radi zaštite društva od potencijalnih opasnosti koje prijete od nekih članova društva. Pod kojim uvjetom je društvo spremno stati između zaštite javnog zdravlja i ograničenja sloboda pojedinaca?

Problem osoba sa disocijalnim poremećajem je što su odbačeni od oba sustava: i sudskog i psihijatrijskog. Kada počine kazneno djelo, forenzički psihijatri obično nakon vještačenja u nalazu i mišljenju procijene da osoba nije neubrojiva/smanjeno ubrojiva te da treba preuzeti punu odgovornost za svoje djelo. No suci vide da osoba „nije normalna“, posebno kada ima depresivne i anksiozne poremećaje osobnosti, kao i smetnje u ponašanju, npr. zlouporaba opojnih droga, alkoholizam, pokušaji samoubojstva.

Vjerojatno je ovakvo oklijevanje pogodovalo ponavljanju djela silovanja. Očito je da takva osoba treba s vremena na vrijeme proći psihijatrijsku procjenu, ali ako osoba odbija redovite psihijatrijske preglede kako bi se uklonili uzroci njezina ponašanja, ako se ne pojavljuje na pregledima i radije udovoljava svojim disocijalnim nagonima, uključujući i silovanje, jedini preostali odgovor mora dati sudstvo. Kako bi zaštitilo društvo sudstvo mora pružati neku vrstu sekundarne pomoći psihijatrima.

Drugo važno pitanje jest utvrditi da osoba ne boluje od demencije kao jedne od posljedica HIV infekcije.

Studija slučaja 22.:**PRISILNO LIJEČENJE**

Četrdesetšestogodišnji inženjer s akutnim recidivom paranoidne shizofrenije nazvao je hitnu službu lokalne psihijatrijske bolnice uljudno tražeći prijem u zatvoreni odjel. Pokazuje jasne deluzije o progonu (npr. bio je napadnut svemirskim zrakama odaslanim sa satelita vanzemaljaca – koje su ga dovele u stanje «duševne i fizičke paralize») i halucinacije (npr. čuje upozoravajuće glasove tih stvorenja, osjeća bolne prodore zraka u tijelo). Nakon ulaska u odjel, pacijent odbija prijedlog psihofarmakologa, tvrdeći da se osjeća sigurno i ugodno u zatvorenom odjelu, iza prozora zaštićenih rešetkama i bez kvaka, pa ga progonitelji ne mogu tamo doseći.

K. Orzechowska Juzwenko,
Poljska

Pitanje: Što bi psihijatar trebao učiniti u ovom slučaju?

1. Pružiti pacijentu opsežne informacije o njegovom stanju, mogućim načinima liječenja (uključujući psihoterapiju, socioterapiju i farmakoterapiju) i posljedicama odbijanja liječenja. Tijekom toga trebao bi ga pokušati strpljivo uvjeravati da prihvati terapiju.
2. Inicirati pokretanje postupka za prisilno liječenje.
3. Odmah liječiti pacijenta i pokušati ublažiti njegovu psihozu.

Komentar:

Općenito, pacijent ima pravo odbiti ili prekinuti liječenje, uz nekoliko iznimaka.

Prvo, ako domaće zakonodavstvo predvidi da, uzevši u obzir pacijentovu osobnu sigurnost i sigurnost drugih, pacijent neopravdano uskraćuje pristanak za liječenje.

Drugo, u slučaju nužde. Nužda je akutno zdravstveno stanje koje, ako se odmah ne djeluje, može prouzročiti smrt, invaliditet ili tešku bolest. Razlog za ovu iznimku je taj što bi, ako je u mogućnosti, razuman čovjek pristao na liječenje u slučaju nužde, pa se pretpostavlja da bi svaki pacijent dao pristanak u takvim okolnostima.

Treće, kad je pacijent nesposoban za rasuđivanje. Osoba se smatra sposobnom za rasuđivanje kad može razumjeti prirodu i posljedice predloženog medicinskog postupka.

U slučaju neslaganja s pacijentom, važno je znati je li on ili ona u sposobnosti donijeti pravu odluku za svoje dobro. Postoji li itko u obitelji ili okruženju pacijenta tko bi ga mogao uvjeriti da uzima lijekove? Druga mogućnost je, u nekim Europskim i Sjevernoameričkim zemljama, da se ide na sud, tražeći dopuštenje za prisilno liječenje pacijenta.¹⁵

Najbolje rješenje i dalje je razgovarati s pacijentom, pokušavajući ga uvjeriti u prednosti uzimanja antipsihotika, kao što su bolji san i smanjena tjeskoba.

U mnogim zemljama gdje se broj kreveta u bolnici temelji na naseljenosti, a bolnice moraju osigurati dokaze da dobro raspolažu sredstvima, zauzimanje kreveta, kada to nije nužno, povećava troškove i oduzima drugima potrebna sredstva. Raspodjela sredstva i dobro upravljanje njima nalaže da, osim ukoliko pacijent nema potpunu korist od ulaganja u liječenje, ono treba biti ukinuto. U ovom slučaju, pacijent se čini nesvjestan te potrebe, tako da liječnici moraju poduzeti potrebne mjere. Iako utilitarističko, pitanje pravednosti prema platitelju i stanovništvu zahtijeva da se pacijent suoči sa njegovim odbijanjem i bude ili proglašen zdravim i otpušten ili proglašen nesposobnim i liječen.

Kada je bilo koje liječenje odobreno bez pacijentovog informiranog pristanka, trebalo bi se potruditi informirati pacijenta o prirodi liječenja i svim mogućim alternativama i uključiti pacijenta, koliko je to moguće, u planiranje liječenja.

¹⁵ Takav sudski postupak predviđen je i u Republici Hrvatskoj sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (vidi čl. 22.-38. na kraju ove knjige).

Studija slučaja 23.:**PRISILNO LIJEČENJE**

B. je robusna žena u dobi od 57 god., udata i majka troje odrasle djece. Ona je primljena u psihijatrijsku bolnicu zbog stanja teške depresije.

Liječničkim pregledom koji je izvršen uz njen pristanak, otkriven je veliki tumor u lijevoj dojci, sa jasnim kliničkim znakovima malignosti, kao što su propadanje kože i bubuljičavi, zagnojani krater. Kirurg je preporučio kirurški zahvat u što skorije vrijeme.

B. je odbila operaciju tvrdeći da je bila pregledana od kirurga bez njenog odobrenja, da je informirana o njenom dobrom zdravstvenom stanju te da joj nije potreban liječnički tretman.

Ravnatelj odjela gdje je ona primljena razgovarao je s obitelji B. i objasnio im kako osjeća da ona nije sposobna sama odlučivati u stvarima koje se tiču njenog zdravlja. Stoga je u dogovoru s obitelji osigurao medicinsku dokumentaciju uz preporuku sudu da supruga imenuje zakonskim skrbnikom u svezi njenog liječenja.

Suprug je zatim dao informirani pristanak na operaciju. B. je verbalno odbila operaciju, ali nije pokazivala znakove fizičkog otpora premještanju na kirurški odjel gdje je podvrgnuta prikladnoj operaciji. Histološki nalaz je otkrio da je bolovala od malignog raka.

Nakon oporavka od operacije B. je vraćena na psihijatrijski odjel. Poslije operacije, depresija kod B. je nestala, postala je ponovno aktivna i otpuštena je iz bolnice nakon par tjedana. Pet godina kasnije se pokazalo da je B. u dobrom duševnom stanju, da dobro funkcionira i da nema povratka ili recidiva raka.

Međutim, tijekom svih godina ona je nastavila tvrditi da je ravnatelj psihijatrijskog odjela gdje je bila hospitalizirana pogriješio, pošto ona nikada nije imala rak dojke.

R. Mester,
Izrael

Pitanje: Je li kirurg imao pravo operirati pacijenticu u ovom slučaju?

1. DA, pacijentica je poricala svoju bolest i potrebu za operacijom. Pacijentičin suprug je imenovan skrbnikom u skladu s preporukom dva psihijatra i on je dao svoj pristanak na operaciju.
2. NE, pacijentica se protivila operaciji. Svaka osoba ima pravo ne složiti se s procjenom njenog medicinskog stanja i ne bi trebala biti lišena osobne neovisnosti.

Komentar:

U ovom slučaju liječnici su učinili upravo ono što su i trebali, a tijek bolesti je jasno pokazao da su bili u pravu. Ponašanje gospode je jasan slučaj poricanja. Onkolozi dobro znaju za slučajeve kada usprkos svim znanstvenim dokazima o postojanju raka, pacijent nastavlja misliti da je s njegovim/njezinim zdravljem sve u redu. Postoje slučajevi iskusnih radiologa s rakom pluća, s očitim slikama raka na X-zrakama, koji te znakove tumače u korist mnogo dobroćudnijih bolesti. Drugi su slučajevi pacijenata s rakom, koji na onkološkom odjelu razgovaraju s drugim pacijentima i govore im kako su sretni jer su operirani prije nego što su dobili 'pravi rak'.

Poricanje je način kako se boriti protiv smrtne opasnosti te mu se treba pristupiti na blag način, osim ako se radi o pitanju života ili smrti, što je ovdje bio slučaj i potrebna je hitna akcija, uz pomoć pravosuđa ako je neophodno. Nadalje, gospođa je imala teži oblik depresije što ju je vjerojatno učinilo nesposobnom da sama odabere pravo rješenje za njen zdravstveni problem. Vjerojatno je da je pacijentica bila nesposobna zbog njene depresije i neutvrđenih duševnih simptoma samog raka. Rak se mogao operirati, uz mogućí dobar ishod ako bi se trenutno interveniralo. Proglašavanje pacijentice nesposobnom za donošenje tako važne odluke na račun njene duševne bolesti može se činiti teškim i suprotnim

načelu samostalnog donošenja odluka. Ipak, ovo načelo nije apsolutno i može se zanemariti ukoliko su poštovane pravne procedure, zaštićen najbolji interes pacijentice i njene obitelji, ako je liječenje dostupno, a od zahvata se očekuju dobri izgledi za uspjeh i produženje života. Sva su ta načela bila prisutna u ovom slučaju. Njezino naknadno kontinuirano poricanje je nedosljedno i bezopasno.

Studija slučaja 24.:**PRISILNO LIJEČENJE**

Ruth, 80-godišnjakinja koja je preživjela holokaust i živi sama u svom domu, rođena je u Poljskoj i bila je u koncentracijskom logoru do 22. godine. Tijekom rata je izgubila cijelu obitelj. Sretno se udala i preselila s mužem u Australiju, ali nisu imali djece i imali su samo nekoliko prijatelja. Jedina rodbina joj je njezina 84-godišnja sestra koja boluje od demencije i smještena je u starački dom. Ruth je postala depresivna nakon što je njezin muž umro od moždanog udara prije dvije godine. Također osjeća značajne poteškoće u pogledu anksioznosti i mogućnosti da se sama nosi sa problemima. Prije toga nije imala nikakvih psihičkih poremećaja, ali boluje od hipertenzije (povišenog tlaka).

Tijekom liječenja kod kuće, počela je osjećati jaku mučninu i povraćanje zbog antidepresiva zbog kojih je bilo potrebno smjestiti ju, bez njezine volje, na psihijatrijski odjel za starije osobe. Imenovan je voditelj slučaja sa svrhom organiziranja pružanja pomoći kod kuće. Zaključeno je da je ona teško depresivna sa trajno lošim raspoloženjem, manjkom energije i motivacije, lošim samopouzdanjem, opsesivnim razmišljanjem, ali je zaključeno da nema suicidalne primisli niti simptome psihoze. Mini mental test - MMSE (odnosno Folsteinov test za procjenu duševnog stanja) je ocijenjen sa 27/30. Rezultati pretraga su bili u redu. Nalaz neuropsihologa ustanovio je granični do ispodprosječni raspon za izvršne funkcije i pamćenje. Iako je bolje reagirala na nove lijekove i na podršku u klinici, čak sudjelujući u grupnim terapijama, nastavila je osjećati značajnu anksioznost i njezino psihičko stanje se pogoršalo kad joj je priopćeno da joj je dodijeljen skrbnik. Iako je prihvatila ovu odluku, protivila se smještanju u starački dom i izrazila želju da se vrati kući, ali uz priznanje da se neće moći sama nositi sa svime. Unatoč trenutnom tretmanu lijekovima, pojačali su se simptomi depresije, ozbiljna uznemirenost, izražavanje suicidalnih misli te se pogoršala briga za sebe.

Dva su psihijatra na temelju konzultacija preporučila elektrokonvulzivnu terapiju odnosno terapiju elektrošokovima (ECT) ili dodavanje još jednog antidepresiva. Ona je bez oklijevanja prihvatila uzeti novi lijek, ali je

odbila dati pristanak za ECT. Njen skrbnik je pristao na to da ju liječnik liječi elektrošokovima.

S. Bloch,
Australija

Pitanje: Da li bi se pacijenticu trebalo liječiti sa elektrošokovima protivno njenoj volji?

1. DA, dva su se psihijatra složila da će takvo liječenje koristiti pacijentici.
2. DA, jer je njen skrbnik dao pristanak na predloženo liječenje.
3. NE. Psihijatri bi trebali potražiti neko alternativno liječenje koje će vjerojatno biti prihvatljivije za pacijenticu.

Komentar:

Načelno, veći medicinski ili kirurški zahvati se mogu izvesti na osobi s duševnim smetnjama samo tamo gdje je to dopušteno u nacionalnom zakonodavstvu,¹⁶ gdje se smatra da bi to najbolje poslužilo zdravlju pacijenta i gdje pacijent daje svoj informirani pristanak. Elektrokonvulzivna terapija se ne može primijeniti osim ako pacijent ili njegov skrbnik nisu dali informirani pristanak.

Društvena podrška je značajan dio u postupanju sa duševnim poremećajima, pogotovo kada su pacijenti stari i izolirani. Gubitak za ovu pacijenticu je višestruk: dementna sestra, preminuli muž, loše zdravlje i konačno dodjela skrbnika koja za nju znači gubitak slobode, pri čemu se sve to desilo u relativno kratkom vremenskom razdoblju. Nije iznenađujuće da se njena depresija pogoršala i da je predložen ECT. U svakom slučaju bi trebalo tražiti njeno direktno sudjelo-

¹⁶ U Republici Hrvatskoj elektrokonvulzivno liječenje može se primijeniti samo pod pretpostavkama navedenim u čl. 15. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (vidi na kraju ove knjige).

vanje u donošenju odluke, tako da se s njom razmotri potreba za medicinskim tretmanom koji bi joj pomogao prevladati njenu depresiju. Bilo bi bolje probati druge antidepresive prije ECT-a zato jer se ona ne slaže sa tim. Ako to liječnici dopuste, na ovaj način bi joj se opet dao određeni osjećaj vlasništva/kontrole nad njenim vlastitim životom što je zadnja stvar koju ona još ima.

Sa starenjem se javlja osjećaj gubitka kontrole nad našim životom, drugi donose odluke i više nema onih na koje smo se oslanjali u prošlosti ili su jednako nesposobni kao i mi sami. Socijalna smrt se uvlači i čini nas nevažnima. Sami u svojem okruženju, barem još imamo neka sjećanja, a stvari koje posjedujemo nas podsjećaju na našu prošlost i gdje pripadamo. Dakle, konačna dislociranost se javlja kada moramo ostaviti naš zadnji trag i preseliti se u starački dom gdje ćemo biti prepušteni strancima, bez obzira jesu li oni osoblje ili ostale osobe koje tu stalno borave. Depresija je praktički neizbježna i ovo se može pogoršati zbog lijekova koji su potrebni za liječenje raznih lakših bolesti. Možda je teži tretman kao ECT potreban u ovakvom slučaju, ali se dobra odluka mora donijeti nakon vaganja koristi i rizika za pacijenticu u ovoj dobi, koja je sama u svijetu i lišena svega i svakoga ko joj je značio u životu.

Studija slučaja 25.:**PRISILNO LIJEČENJE**

Viktor je 78-godišnji umirovljenik koji boluje od shizofrenije koja nije liječena mnogo godina. Ima čudnu neotpornost na lijekove. Postoji zabrinutost da boluje i od demencije (Alzheimerove bolesti). Ima nekoliko zdravstvenih problema, posebice bol vezanu uz artritis.

Nema redovnog liječnika opće prakse, ali odlazi kod nekoliko liječnika u različitim dijelovima grada. Jedan liječnik mu je prepisao višestruke injekcije testosterona te je uzimao opasne količine drugih lijekova. To je dovelo do akutnog urinarnog oštećenja što je rezultiralo hitnom operacijom prostate čiju ozbiljnost nisu razumjeli niti pacijent niti njegova obitelj. Kasnije je prebačen na psiho-gerijatrijski odjel.

Viktor živi kod kuće sa svojom ženom i odraslim sinom. Ostalo dvoje djece živi samostalno.

Njegov odnos sa suprugom je zategnut zbog nasilnog verbalnog ponašanja prema njoj i optužbi da je prostitutka te da ima veze s drugim muškarcima. Postao je nasilan. Nedavno je stavio razrjeđivač za boje u njezinu čašu za zubnu protezu i čeličnu vunu u njezinu hranu. Također je sinu prijetio kuhinjskim nožem te u mnogo navrata ostavio upaljen plinski štednjak nakon kuhanja. Nedavno je napustio sobu za hitne slučajeve u bolnici nakon što mu je savjetovana operacija zbog akutnog urinarnog oštećenja.

Njegova žena ga se boji i smatra kako se kod kuće više ne može brinuti za njega. Vjeruje da je nesiguran i opasan te da mu je potreban smještaj. Sin ju podupire, no ostali članovi obitelji se ne slažu te smatraju kako ona i njezin sin imaju svoje razloge pa zbog toga vrše pritisak na sina da prosvjeduje protiv bilo kakve intervencije psiho-gerijatrijskog tima. Tim smatra kako je Viktor nesposoban brinuti se o sebi zbog pomanjkanja spoznaje, posebice pri donošenju odluka. Viktor vjeruje da je neopravdano bio zatvoren protiv svoje volje. Neprestano kontaktira članove uže i šire obitelji da ga „spase“. S druge strane, za razliku od njegove žene i sina, ostatak obitelji ne misli da je u opasnosti. Čini se kako ne razumiju ozbiljnost njegove bolesti i umanjenu sposobnost za donošenje racional-

nih odluka. Tim je odlučio kako je Viktoru potreban smještaj i uspješno postavio zahtjev za skrbništvo.

S. Bloch,
Australija

Pitanje: Treba li pacijent biti smješten u bolnicu?

1. NE, kao prvo, potrebno je što više poštovati želju pacijenta. Kao drugo, ne postoje dokazi da bi pacijent mogao nauditi samome sebi. Kao treće, ne bi smjeli izostaviti mogućnost da pacijentova žena i mlađi sin traže njegovu hospitalizaciju zbog osobnih pogodnosti; i napokon, nedovoljno pažnje je posvećeno pitanju vezanom za spremnost bilo koje obitelji starijeg sina i kćeri da brinu za njega.
2. DA, liječenje pacijenta opravdava hospitaliziranje, osobito stoga što tim održava kontakte sa skrbnikom koji mu je postavljen.

Komentari:

Pacijent boluje od shizofrenije i vjerojatno Alzheimerove bolesti. Njegovi opasni poremećaji u ponašanju, dojavljeni od strane žene i sina, zahtijevaju bolničko liječenje na određeno vrijeme i dodjeljivanje skrbnika.

Međutim, činjenica da neki ostali članovi obitelji ne smatraju da bi mogao biti opasan za sebe i za druge (npr. upaljen plin na štednjaku poslije kuhanja, prijetnja nožem) postavlja pitanje: postoji li specifičan sukob sa ženom i sinom koji žive s njim? To neće u bitnome utjecati na donesene odluke, no pomoći će boljem rukovođenju prilikom otpuštanja pacijenta iz bolnice nakon tretmana.

Pacijent ima akutno medicinsko-kirurško stanje, urinarnu retenciju, koje ukoliko se ne liječi može dovesti do velikih komplikacija pa čak i smrti u roku od nekoliko dana. Nadalje, on boluje od nedijagnosticiranog duševnog stanja koje je, bez

obzira na njegovu prirodu ili dijagnozu, dovoljno ozbiljno zbog ponašanja koje predstavlja opasnost za njega ili druge. U mnogim zemljama bi pod tim okolnostima bio hospitaliziran (nedobrovoljna hospitalizacija).¹⁷ Osobna autonomija i sloboda morat će biti žrtvovane za njegovo dobro ili zaštitu drugih.

Kada je osobi potrebno liječenje u psihijatrijskoj zdravstvenoj ustanovi, učinit će se svaki napor kako bi se izbjegao prisilni smještaj. „Prisilni smještaj“ znači nadzor i zadržavanje radi liječenja osobe koja ima duševne smetnje u bolnici ili sličnoj ustanovi, a bez njezinog pristanka. Pacijent može biti smješten u takvu instituciju samo kada, uslijed duševnih smetnji, predstavlja ozbiljnu opasnost za sebe ili za druge. Važan element je kvalifikacija da pacijent nije u stanju sam odlučiti da li mu je potrebno psihijatrijsko liječenje.

¹⁷ U Republici Hrvatskoj prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (vidi čl. 22-38. na kraju ove knjige) osoba 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 može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka.

Studija slučaja 26.:**PRISILNO LIJEČENJE**

Tim je 63-godišnjak koji živi sa svojom ženom. Nema djece i liječi se palijativnom kemoterapijom od metastazirajućeg raka debelog crijeva. Čini se da dobro reagira na liječenje, no prije četiri mjeseca morao je biti podvrgnut psihijatrijskom promatranju zbog teške depresije koju karakteriziraju pad raspoloženja, anhedonija, slab san, anksioznost i precijenjene ideje koje graniče s deluzijama. Pokazao je napredak, ali i dalje uzima lijekove protiv svoje volje i uz mnogo uvjeravanja, tvrdeći pritom da „to nema smisla“, iako dokazi i medicinska mišljenja pokazuju suprotno. Odbijanje lijekova jasno je povezano s njegovim epizodama depresije, a čini se da ga njegova žena, kao pristalica alternativne medicine, podržava u tome. Sumnja se da mu ne daje lijekove koje su mu liječnici prepisali.

S. Bloch,
Australija

Pitanje: Trebaju li psihijatri pacijenta podvrgnuti fizikalnom i psihijatrijskom tretmanu protiv njegove volje?

1. DA, pacijent ima melankoličnu depresiju koja ga sprječava da pristane na tretman koji bi produžio njegov život.
2. NE, pacijent nije nesposoban za rasuđivanje i može preuzeti odgovornost za vlastiti život.

Komentar:

Rak je često popraćen depresijom, što nije od pomoći u liječenju raka¹⁸.

Prisilno liječenje se može primijeniti kada pacijent ima epizode teške depresije.

¹⁸ Ovaj dio wick does not help compliance with the anti-cancer treatment bih dodala što ne ide u prilog usuglašavanja pacijenta, bolje mi zvuči

Ovdje pak pacijent surađuje i uzima lijekove, iako protiv svoje volje i usprkos sumnjama glede njegove žene. Njegove su vlastite sumnje možda povezane s njegovom depresijom, ali ništa ne ukazuje na to da nije sposoban za rasuđivanje. Kao takav, ne može biti prisiljen da se bolje pridržava propisanog tretmana, ali može biti nagovaran na to i medicinski bi tim trebao dati sve od sebe da potakne njegovu ženu i ostale članove njegove obitelji na pomoć. On je još uvijek sposoban donijeti autonomnu odluku i ta se činjenica mora poštivati.

Studija slučaja 27.:**PRISILNO LIJEČENJE**

Arnold je 24-godišnji nezaposleni mladić koji je samostalno živio u domu u blizini velikog imanja svojih roditelja. On se aktivno pridružio „alternativnim“ i „zelenim“ grupama. Članovi te zajednice, koja se uglavnom sastojala od radnika, uputili su ga psihijatrijskoj službi jer su bili zabrinuti za njegovo fizičko i psihičko stanje. Jeo je minimalne količine i doimao se neishranjen i mršav. Jedva je mogao hodati i onesvijestio se nekoliko puta. Živio je od oskudne vegetarijanske dijeta. Indeks mu je tjelesne mase iznosio 13, s obzirom da je visok 184 cm i težak 44 kg. Njegova je majka priopćila da je počeo gubiti težinu prije oko četiri godine kada je postao zainteresiran za alternativnu medicinu i ishranu. Čitao je alternativne nutritivne materijale i bio je uvjeren da su „frutarijanci“ sretniji ljudi. Vjerovao je da je neorganska hrana otrov za vitalne organe i proizvedena kao dio „zavjere“ prehrane i lijekova. Tvrdio je da mliječni proizvodi oblikuju sluz oko grla i na taj način ometaju apsorpciju. Također je vjerovao da jesti korjenasto povrće znači „ubijati“ povrće i da će mu post omogućiti da duže živi. Tri godine ranije preselio se u prikolicu i izolirao, bio je neuredan i hodao po gradu samo s dekom oko sebe, postajući verbalno agresivan kad bi ga se konfrontiralo. Na kraju je počeo patiti od urinarne inkontinencije. Po prijemu u bolnicu, unatoč životno opasnim fiziološkim promjenama, inzistirao je na tome da je njegova težina odgovarajuća i tvrdio je da ako je do sada preživio na svojoj dijeti, njegov unos hrane mora biti odgovarajući. Smatrao je da ljudi mogu biti različite tjelesne težine i veličine te je komentirao da gojazni ljudi nisu mjerilo. Nije prihvaćao abnormalne rezultate rendgena, krvne slike, elektrokardiograma itd. Nije bio zainteresiran za kontakt sa psihijatrijskom službom i općenito je bio sumnjičav prema liječnicima.

Arnold je dokazao teški dijagnostički i upravljački problem. Bilo mu je potrebno hitno hranjenje nazogastričnom sondom protiv njegove volje. U nastavku takvog liječenja, osjećao je da su liječnici „fašisti“ i da, kao slobodan građanin, ima pravo jesti što želi i da ne mora slijediti konvencionalne zapadnjačke ideale. On samog sebe nije doživljavao kao

duševnog bolesnika, a sustav je optužio za netoleranciju prema alternativnim načinima života i uvjerenjima.

S. Bloch,
Australija

Pitanje: Da li se pacijenta smjelo hraniti protiv njegove volje?

1. DA, fizičko se stanje pacijenta pogoršalo do te mjere da je stvorilo realnu opasnost za njegov život. Za dobrobit pacijenta i očuvanje njegovog zdravlja i života dopušteno je prisilno ga hraniti.
2. NE, pacijent ima pravo odrediti svoju vlastitu filozofiju života i ponašati se u skladu s time. I dalje je sposoban za rasuđivanje i zaslužuje da društvo poštuje njegove želje, sve dok time ne krši prava drugih.

Komentar:

Određen broj obmanjujućih uvjerenja pomutio je mišljenje ovoga pacijenta tako da je njegova autonomna odluka ozbiljno ugrožena.

Pacijent se očito nalazio u skoroj smrtnoj opasnosti ukoliko liječnici ne bi ništa poduzeli. Njegov pogrešan način ishrane i njegov općenito izolirani način života vjerojatno su dio shizofreničnog poremećaja. Kad bi se pacijenta ostavilo bez njege, zasigurno bi umro.

Ovakvi, naizgled manje ozbiljni, slučajevi mogu biti vrlo problematični kada postoji očito pogrešan način ishrane, ozbiljan gubitak težine, ugrožavanje zdravlja pacijenta (npr. sklonost infekcijama, avitaminoza) ako se ne pristupi izravnom i pravovremenom liječenju u cilju spašavanja života pojedinca. Svako odlaganje adekvatne liječničke intervencije čini ju mnogo težom.

Studija slučaja 28.:**PRISILNO LIJEČENJE**

43-godišnji pacijent od svoje dvadesete godine boluje od shizofrenije. Trenutno se nalazi u kroničnoj fazi, s kroničnim deficitima, prevladavajućim negativnim simptomima i stalnim deluzijama. To saznajemo od pacijentove majke s obzirom na to da on odbija potražiti liječničku pomoć. Nikada nije bio nasilan prema drugima i nikada nije ispunio uvjete za prisilno bolničko liječenje. Njegova je majka nedavno primijetila da mu se zdravstveno stanje pogoršava, s pojačanjem pozitivnih simptoma koji su narušili njegovo socijalno funkcioniranje. Zatražila je prisilno liječenje, međutim, psihijatar, u najboljem interesu pacijenta, propisuje risperidon u tekućem obliku, koji će mu majka dodati u juhu. To je polučilo dobar rezultat- pacijent je počeo šetati psa prvi puta nakon šest godina.

C. Hoschl,
Češka

Pitanje: Je li psihijatar bio ovlašten surađivati s majkom pomažući joj nabaviti pacijentu lijek bez njegova znanja?

1. DA, dobrobit pacijentova zdravlje opravdava ovaj čin.
2. DA, psihijatru je bilo dozvoljeno izdati recept. Kasniji postupci majke ga se ne tiču.
3. NE, psihijatar liječi pacijenta i samo pacijenta pa je isključivo psihijatar operativno odgovoran. Liječniku nije dozvoljeno surađivati u lišavanju pacijenta njegove neovisnosti.

Komentar:

U načelu, pacijent ima pravo na pristup informacijama koje se tiču njegova zdravlja. Liječiti pacijenta bez njegova znanja smatra se neetičnim.

Štoviše, propisivanje lijekova pacijentu bez da ga / ju se pregleda nije prihvatljivo i povlači sa sobom pravnu odgovornost u slučaju ozbiljnijih nuspojava.

Već je samo liječenje bez pregleda i potpunog poznavanja pacijenta pogrešna premisa, a liječenje bez da se pacijentu da povlastica da zna za svoje stanje i da bude aktivan sudionik u liječenju krši njegovu autonomiju, bez obzira koliko su dobronamjerni liječnik i pacijentova majka. Utilitaristički argument da je došlo do poboljšanja njegova zdravstvenog stanja ne mijenja činjenicu da je pacijent bio obmanut, a deontološki govoreći, obmanjivanje nikada nije dobra osnova za djelovanje.

Međutim, moguć je određen broj slučajeva kod kojih bi valjalo razmotriti ovo rješenje: ako pacijent nije sposoban za rasuđivanje ili ako pacijent živi npr. u vrlo zabačenom području i u blizini nema liječnika, kao što je to slučaj u mnogim regijama zemalja u razvoju. Pravo pacijenta na informaciju može se ograničiti kako bi se spriječila ozbiljna opasnost po njegovo zdravlje. Međutim, ovo bi se ovlaštenje moglo zlorabiti, pa ga psihijatri smiju primjenjivati samo u iznimnim okolnostima.

Studija slučaja 29.:**NEPOTREBNO LIJEČENJE**

26-godišnja žena obratila se psihijatru jer je opterećena situacijom s kojom se ne zna nositi.

Rođena je u obitelji turskih imigranata, a odrasla u jednoj zapadnoeuropskoj zemlji. Po pitanju poštivanja normi i vrijednosti u sferi ponašanja žene, smatra da je njezina osobnost podijeljena između dvije kulture. Imala je spolne odnose bez znanja njezinih roditelja koji joj dogovaraju brak s jednim mladićem iz Turske. Svjesna je činjenice da su roditelji njezinog budućeg mladoženje tradicionalni, te da će kao snahu prihvatiti samo djevicu.

Protiv svoje volje javila se obiteljskom liječniku radi savjeta po pitanju obnavljanja njezinog djevičanstva. Naišla je pak na odbijanje s obzirom na to da joj liječnik nije mogao savjetovati da se drži tradicije koja ženi ne pruža slobodu da sama bira seksualnog partnera.

Mlada žena očajava zbog činjenice da se datum njezina vjenčanja približava, te vjeruje da će njezina obitelj biti osramočena, a ona sama postati objektom prijezira.

Pitanje: Je li liječnikovo odbijanje da operira pacijenticu opravdano?

1. DA, pacijenti ne mogu određivati vlastiti tretman liječenja svojim liječnicima, osobito u slučajevima medicinski nepotrebnih operativnih zahvata.
2. DA, rezultat uvažavanja interesa pacijentice bio bi protivan kulturološkim uvjerenjima njezine zajednice.
3. NE, pružanje traženog tretmana pogodovalo bi toj ženi i pomoglo bi poboljšanju njezinog duševnog zdravlja.
4. NE. Ako je tretman odbijen, očekivana šteta koja će tako nastati ženi bit će neizmjereno veća od samovoljne uvrede nanesene njoj namijenjenom mladoženji ili njegovoj obitelji. U svakom slučaju, tretman bi trebao biti tajan.

Komentar:

Mnogi medicinski i operativni zahvati nisu nužni. Uzmimo kao primjer samo propisivanje dijeta i većinu kozmetičkih operacija. Taština nije bolest, ali upravo radi nje milijuni ljudi traže medicinske tretmane. Ovaj zahtjev za rekonstrukcijom himena mogao bi biti tumačen kao zahtjev za očuvanje taštine, iako je obojan tradicijom jedne kulture i, ako ne bude prihvaćen, potencijalno može izazvati strašne posljedice. Ovo je tipičan primjer pomanjkanja kulturološkog senzibiliteta. Liječnik se trebao barem posavjetovati s drugim liječnikom iste nacionalnosti ili porijekla kao pacijentica. Ono što bi saznao jest da se ovaj tip operativnog zahvata provodi vrlo često, a da bi se sačuvalo obraz djevojke i cijele njezine obitelji.

Iako je takvo što licemjerno, može spasiti život djevojke koja nije djevica, čak i kada živi u zapadnoeuropskoj zemlji. Teret tradicije je tako težak, ponašanje obitelji i rodbine je tako važno, a ovisnost pojedinca, osobito žene, o vlastitoj zajednici je tako presudna, da bi prijestup kao što je ovaj doveo do vječnog isključenja iz zajednice, a ponekad čak i do njezina ubojstva. Ali, ukoliko je djevojka spremna na stjecanje veće samostalnosti u odnosu na svoju obitelj i tradiciju, dužnost je liječnika pomoći joj u tom teškom pothvatu.

Studija slučaja 30.:**PRISILNA HOSPITALIZACIJA**

Udana 37-godišnjakinja, majka 4-godišnjih blizanaca, s medicinskim obrazovanjem, imenovana je u državnu instituciju. Od prvog je dana bila distancirana od ostalog osoblja. Slušala je naredbe administracije, ali se često činilo da joj nešto odvlači pažnju od obavljanja dužnosti. Nakon četiri tjedana kolege su primijetile njezino čudno ponašanje: glasan govor, kritiziranje ostalih, demonstrativno lakiranje noktiju i neprestano ispijanje kave. Pokušali su komunicirati s njom, ali se ona primakla prozoru njihovog ureda na trinaestom katu. Tvrdila je da su je okružili nepoznati otisci prstiju i pokušavala je tu informaciju prenijeti direktno šefu državnog ureda za sigurnost. Upravitelj je kontaktirao njezinog supruga koji mu je rekao kako poznaje suprugu pet godina i kako nema saznanja o tome da je ona ikada konzultirala psihijatra, ali da je postojao „beznačajni mentalni problem“ nakon rođenja blizanaca. Suprug je došao do ureda, ali mu supruga nije dopustila da joj priđe. Pokušala se baciti kroz prozor, a policija i ekipa hitne pomoći odvezli su je u psihijatrijsku bolnicu. Po prijemu u bolnicu, žena, njezin suprug i njezin brat odbili su ostanak u bolnici. Dežurni su je psihijatri pustili kući uz nadzor obitelji.

G. Naneishvili,
Gruzija

Pitanje: Je li pacijentica trebala biti puštena iz bolnice?

1. DA, svaka osoba, pa tako i osoba s duševnim smetnjama, ima pravo na osobnu neovisnost i pravo na poštivanje njezinih želja. Poštivanje želje ove žene da se vrati kući bilo je obvezno, naročito jer je bila u pratnji članova svoje obitelji.
2. NE, odjel je bolnice za hitne slučajeve zaprimio informaciju o patološkom ponašanju žene na radnom mjestu. Bili su svjesni i da je žena nedavno pokušala samoubojstvo. Prema tome, obvezno su trebali savjetovati i/ili nagovoriti

ženu da se podvrgne kratkoj hospitalizaciji radi dijagnoze i liječenja. U suprotnom, trebali su se obratiti nadležnom višem tijelu koje bi ih saslušalo glede ove opcije.

Komentar:

Važno je znati da se u mnogo žena razvije postnatalna depresija nakon poroda. Čini se da je to bio slučaj i s ovom ženom prije četiri godine. Okidač za drugu patološku epizodu, vjerojatno afektivne prirode (deluzijska depresija, manična epizoda ili miješano stanje), možda je bilo imenovanje u državnu službu.

Ovdje je ključno pitanje je li pacijentica mogla biti liječena kod kuće ili ne. Odgovor na to pitanje ovisi o kvaliteti veze pacijentice s njezinom obitelji i okolinom. Jedini problem predstavlja suprugovo moguće umanjivanje značaja postporodajne depresije, što bi moglo dovesti do nedostatka suradnje u liječenju ukoliko patološki status pacijentice ostane subakutan kroz duže vremensko razdoblje.

Iz studije slučaja proizlazi da je ova osoba imala raniju duševnu smetnju te da je njezino ponašanje na radnom mjestu sasvim abnormalno, ako ne i psihotično. Odbijanje sagledavanja odrednica svoga ponašanja i nakon toga prijetnja počinjenjem samoubojstva defenestracijom pred mužem i kolegama s posla koji su zvali policiju i paramedicinsku intervenciju, jasni su znaci da je ovoj osobi potrebna pomoć. Svaka osoba koja je svojevrijem primljena na liječenje treba imati pravo napustiti ustanovu u bilo koje vrijeme. Osobna neovisnost u donošenju odluka u pogledu liječenja ne znači i dužnost drugih da trpe problematično ponašanje niti da poslodavac treba prihvatiti ometanje u radu koje može stvoriti atmosferu nesigurnosti na radnome mjestu. Kao što pacijentica može donositi odluke o prihvaćanju liječenja, poslodavac može odlučiti o prekidu njezinog radnog odnosa s obzirom da je pacijentica tek nedavno počela raditi te da je vjerojatno na probnom roku. Drugi se problem tiče odgovornosti liječnika za njezino otpuštanje iz bolnice. Ako je njezino ponašanje

takvo da se i na radnome mjestu smatra psihotičnim, malo je vjerojatno da će ona pokazivati drugačije ponašanje kod kuće gdje postoji dodatna komplikacija, tj. briga za djecu koja u tom slučaju mogu biti izložena riziku. Obitelj može biti odlična potpora, ali ponašanje koje je psihotično i koje remeti uobičajeno odvijanje obiteljskih odnosa bez liječenja predstavlja izvanredan i nemoguć teret skrbi za obitelj. Stavljajući taj teret na obitelj, država predstavljena kroz zdravstveni sustav ne postupa odgovorno prema pacijentici i njezinoj obitelji te dovodi nju i druge, barem što se tiče djece, u opasnost.

Studija slučaja 31.:**NEPOTREBNA HOSPITALIZACIJA**

58- godišnji muškarac kojemu je dijagnosticirana paranoidna shizofrenija u punoj remisiji smješten je u psihijatrijsku bolnicu na osam mjeseci, s obzirom da nema privatni smještaj u kojem bi mogao stanovati. Pacijent nema skrbnika. Njegov brat, koji je prodao njegovu kuću bez potrebne suglasnosti, odbija ga preuzeti iz bolnice i brinuti se o njemu. Pacijent mora ostati u bolnici, gdje su mu ispunjene samo minimalne i temeljne životne potrebe.

G. Naneishvili,
Gruzija

Pitanje: Treba li pacijent biti otpušten iz bolnice?

1. NE, psihijatrijske su ustanove nadležne za brigu o duševnom zdravlju, bez obzira da li pacijent boravi u nekoj instituciji ili izvan neke institucije. U ovome bi slučaju premještanje pacijenta iz institucije rezultiralo njegovim vraćanjem u stanje ozbiljne bolesti.
2. DA, funkcija institucije je pružanje tretmana jedino onim osobama koje tretman trebaju u zatvorenoj okolini.
3. DA, ali tek nakon što će uprava institucije potvrditi da kvalificirana vanjska ustanova prihvaća da će snositi daljnju odgovornost za pacijenta.

Komentar:

Prečesto psihijatrijske ustanove imaju ulogu skloništa za društvene probleme, a to je danas postao problem svjetskih razmjera. Jasno je da osobe s velikim društvenim poteškoćama često imaju skopčane i duševne smetnje. Riječ je o začaranom krugu gdje jedan problem povlači za sobom i drugi.

U zemljama u razvoju gdje je obitelj osnovni element društvene potpore, nestanak iste dovodi do nastanka nestabilnih

osoba kojima su prekinute sve vrste društvenih veza i do nastanka beskućništva. Dvojba se temelji ponajprije na činjenici da bi otpuštanje takvih pacijenata iz psihijatrijskih ustanova zapravo bilo ostavljanje da umiru na ulici nakon nekoliko tjedana ili mjeseci. S druge strane, popunjavanje svih slobodnih kreveta s takvim socijalnim slučajevima ne dopušta hospitalizaciju onih osoba kojima je institucionalna skrb zaista potrebna, osobito hitnih psihijatrijskih slučajeva.

Rješenje, ako je uopće moguće, jest uvjeriti lokalne vlasti da izgrade socijalne centre za takve slučajeve te da šalju jednom ili dva puta tjedno psihijatra kako bi posjetio one kojima je psihijatrijska pomoć potrebna.

U ovom specifičnom slučaju, nejasno je kako je brat prodao pacijentovu kuću bez njegove suglasnosti; s druge strane, pacijentu nije bila pružena pomoć od strane socijalnog radnika psihijatrijske ustanove. Potrebno je pronaći sudsko rješenje za ovaj specifičan problem.

Srž problema je pitanje ljudskih prava. Ima li država pravo zatvoriti osobu s duševnim smetnjama pod krinkom tretmana kada pacijent ne treba biti u bolnici? Hospitalizacija u psihijatrijskoj ustanovi oblik je lišavanja slobode, iako se to zatvaranje obavlja pod drugim nazivom. Pored gubitka mira i prilika u društvu, ovaj je pacijent izložen i drugim ograničenjima u njegovom životu koja su uobičajena u mentalnim ustanovama, pa čak i zlostavljanjima koja su također uobičajena u njima. Prema tome, njegova bi ljudska i građanska prava na taj način bila povrijeđena te navedeni slučaj predstavlja čisti primjer stigmatizacije i diskriminacije. Pacijentu je potrebna podrška službi i država bi trebala imati obvezu pružiti ju na različitim razinama i prostorima u skladu s potrebama. Raspodjela zdravstvenih resursa trebala bi uključivati proporcionalnu podjelu za ovakvu vrstu potrebe. Svaki pacijent ima pravo na ekonomsku sigurnost i pristojan životni standard. Ima pravo biti liječen, pravo na skrb i rad u zajednici u kojoj živi.

Studija slučaja 32.:**NEPOTREBNA HOSPITALIZACIJA**

Četrdesetogodišnja nezaposlena žena, kojoj je dijagnosticirana shizofrenija, nekoliko je puta bila liječena u psihijatrijskoj bolnici. Živjela je sa svojim mužem, a izgubila je kontakt s drugim rođacima. Tijekom remisija bolesti, prala bi rublje u vikendici. Kako ju je muž napustio, zadnjih nekoliko godina živjela je sama.

Dvije godine čula je glasove koji su joj izdavali naredbe. Pod njihovim utjecajem uništila je vlastitu kuću požarom te bila uhićena od strane policije i hospitalizirana. Nakon nekoliko godina, njeno se mentalno stanje stabiliziralo i ona sada iskreno žali zbog onoga što je učinila. Istodobno, nema gdje živjeti nakon otpuštanja iz bolnice. U zemlji nema potpomoćnog stanovanja što je razlog zašto je i dalje u bolnici. Poboljšanje njezinih stambenih prilika nema izgleda niti u bližoj budućnosti.

G. Naneishvili,
Gruzija

Pitanje: Treba li pacijent biti otpušten iz bolnice?

1. NE, psihijatrijska ustanova treba se brinuti oko duševnog zdravlja bolesnika, nevezano obitava li pacijent unutar ili van institucije. U ovom slučaju, micanje pacijenta iz institucije rezultiralo bi vraćanjem pacijentice u ozbiljno bolešnom stanju.
2. DA, funkcija institucije je da preporuča tretman jedino pacijentima kojima je potreban tretman u zatvorenom okruženju.
3. DA, ali jedino nakon što bi rukovodstvo institucije potvrdilo da će kvalificirano vanjsko tijelo prihvatiti preuzimanje odgovornosti za pacijenta.

Komentar:

Komentari slični onima u prethodnom slučaju.

Studija slučaja 33.:**HOSPITALIZACIJA**

U kasnim noćnim satima, policija je dovela 26-godišnjakinju na prijem dežurnom liječniku velike psihijatrijske bolnice. Prethodnog je dana bila uhićena pod sumnjom da je počinila krađu te joj je određen pritvor. Iako do tada nije imala nikakvih duševnih smetnji, u pritvoru je pokazala jaku potresenost. Službenici policije ustvrdili su da je ona duševno nestabilna osoba te da se s njom ne mogu nositi. Uputili su je u jedinu psihijatrijsku ustanovu koja radi 24 sata dnevno i u kojoj su smještene osobe s najtežim duševnim poremećajima. Dežurni liječnik ustvrdio je da se radi o osobi s prebivalištem iz drugog grada i da je u trećem mjesecu trudnoće, za što je imala uobičajenu ginekološku dokumentaciju izdanu od opstretičara. Međutim, osobu su prethodno odbili primiti na ginekološki odjel u bolnicu pod izlikom njenog duševnog stanja, opravdavajući se kako je to izvan njihovog stručnog područja i kako nema potrebnih ginekoloških naznaka potrebnih za prijem. Tijekom razgovora, osoba nije pokazivala nikakve simptome duševnog poremećaja, osim blage tjeskobe uzrokovane tom situacijom. Unatoč tome, htjela je provesti noć u bolnici jer nije imala novca ni smještaj. Policijska uprava odbila ju je vratiti natrag u pritvor. Prema pravilima psihijatrijske bolnice, samo psihotični pacijenti i oni opasni za sebe ili druge mogu biti primljeni u psihijatrijski odjel za hitne slučajeve. Osim toga, okruženje u psihijatrijskoj bolnici moglo bi se pokazati kao nepovoljno za trudnice.

T. Cavic, D. Lecic-Tosevski
Srbija i Crna Gora

Pitanje: Treba li ženu otpustiti iz bolnice?

1. NE. Otpuštanje osobe usred noći iz bolnice, bez novca i smještaja, samo bi pogoršalo njeno stanje uznemirenosti i tjeskobe.
2. DA, jer jedino psihotični pacijenti i oni opasni za sebe ili druge imaju pravo ostati u psihijatrijskom odjelu za hitne slučajeve.

Komentari:

Očito je da je ovoj osobi potrebno zadovoljiti osnovne životne potrebe: hrana, prenoćište, kontrola trudnoće i poroda. S druge strane, neprimjereno je osobu bez psihičkih poremećaja, naročito trudnicu, smjestiti u psihijatrijsku bolnicu - u okruženje u kojemu pacijenti mogu biti uznemireni i koje je ponekada nasilno. Ovo je slučaj iz područja socijalne skrbi, a ne psihijatrijski.

Osnovni je ovdje problem nedostatak primjerenog sustava socijalne skrbi koji bi pružio nužnu i hitnu pomoć kroz jedno kraće vremensko razdoblje, dok ne budu riješena druga pitanja. Svakako, država ne može pustiti ovu osobu na ulicu usred noći pogotovo zbog toga što se radi o trudnici.

Studija slučaja 34.:**HOSPITALIZACIJA ZATVORENIKA**

Nakon što je nekoliko tjedana patio od anksioznosti, depresije i suicidalnih ideja, 52-godišnji zatvorenik, osuđen zbog prijevare na dvije godine zatvora od kojih je pola odslužio, prebačen je na psihijatrijski odjel za hitne slučajeve na liječenje.

Nakon nekoliko dana u bolnici stanje mu se drastično poboljšalo. Dobro se ponašao i neprestano su ga posjećivali članovi njegove obitelji. Nakon mjesec dana hospitalizacije odlučeno je da ga se otpusti s psihijatrijskog odjela i vrati u zatvor. Nakon što je čuo za odluku, stanje mu je bilo kao i po prijemu te je ponovno postao suicidalan. Tijekom sljedeća dva tjedna hospitalizacije stanje mu se veoma brzo popravljalo, ali dva dana prije povratka u zatvor ponovno je doživio pogoršanje.

M. El Yazaji

Morocco

Pitanje: Koju bi odluku vezanu za zatvorenika u ovom slučaju trebalo donijeti?

1. Zatvorenik se mora odmah vratiti u zatvor. Dio terapijskog procesa je da se pomogne zatvoreniku sazrijeti i preuzeti odgovornost u društvu.
2. Hospitalizacija se mora nastaviti jer znamo da je zatvor patogena sredina i da ovaj zatvorenik nema psihičke snage preživjeti u njemu.

Komentari:

Nažalost, zatvori su diljem svijeta postali repozitoriji duševnih bolesnike. Obveza je države da svim zatvorenicima omogući liječenje - kako u posebnim psihijatrijskim odjelima ili regularnim psihijatrijskim bolnicama, tako i radi liječenja svih ostalih medicinskih tegoba od kojih pate drugi zatvorenici. Mnogi zatvorenici pate od nekog oblika duševnog poremećaja,

a najčešće od tjeskobe i depresije. Drugi pate od shizofrenije, bipolarnog poremećaja ili pak zloupotrebljavaju razne lijekove. U konkretnom su slučaju depresija i suicidalnost bili istinski problem. Zatim je zatvorenik shvatio da je njegovo psihopatološko stanje ključ za bijeg od sankcije zatvora te ga je više ili manje upotrebljavao da bi izvukao korist iz svoje bolesti. Sve je to bilo pomiješano sa istinskom patnjom uzrokovanom idejom da bi se morao vratiti u zatvor. Pitanje je koliko je zatvorenik manipulirao sa simptomima u razgovoru s liječnikom. Zatvorenik, u ovom slučaju pacijent, mora prihvatiti odgovornost za svoja kriminalna djela i bolnica ga ne može zadržati do kraja izdržavanja kazne, a niti prenijeti poruku da je uredu da zatvorenici borave u bolnici kako i koliko bi htjeli.

Briga liječničkog tima je da ne dođe do suicida kada se pacijent vrati u zatvor. Moguće rješenje moglo bi biti da liječnik organizira redovne konzultacije s pacijentom u zatvoru.

Profesionalna i moralna obveza liječnika uključuje temeljitu i nepristranu dijagnostičku analizu svih elemenata na temelju kojih će donijeti odluku o liječenju.

Studija slučaja 35:**HOSPITALIZACIJA ZATVORENIKA**

Pacijent, star 45 godina, počinio je gospodarsko kazneno djelo prije 10 godina i posljedično, u sljedećih nekoliko mjeseci trebao bi biti poslan u zatvor na izdržavanje kazne. Tražio je da ga smjeste u psihijatrijsku bolnicu. Bio je voditelj velike tvrtke. Njegova supruga izjavila je da se njegovo duševno zdravlje u zadnjih šest godina promijenilo. Pčinjavala su mu se proganjanja i njegovi su zaposlenici vodili tvrtku umjesto njega. Prošle godine došlo je do pogoršanja njegovih simptoma, dijagnosticiran mu je paranoidni sindrom i počinio je ozbiljan pokušaj samoubojstva. Liječio se u psihijatrijskoj bolnici Risperidonom (antipsihotik) i njegovo je liječenje davalo dobre rezultate. Tijekom psihijatrijskog pregleda, utvrđen mu je depresivni poremećaj, te je postavljena upitna dijagnoza shizofrenije. Nije postojala stroga potreba za hospitalizacijom. Ipak, pacijent je zahtijevao smještaj u psihijatrijskoj bolnici, ali odbijao je farmakološku terapiju. Tvrdio je da nije bolestan te da samo želi izbjeći zatvorsku kaznu.

C. Hoschl,
Češka

Pitanje: Treba li zatvorenik biti smješten u psihijatrijsku bolnicu?

1. DA, okrivljenik je psihički bolestan pacijent, koji je u prošlosti bio hospitaliziran i na temelju kliničke dijagnoze trebao bi opet biti hospitaliziran. Njegova tvrdnja da nije bolestan i da njegov zahtjev proizlazi iz želje da izbjegne kaznu zatvora može biti posljedica njegovog psihijatrijskog poremećaja. Treba se nadati da će tijekom hospitalizacije prihvatiti primanje medicinskog tretmana sličnog prethodnom tretmanu koji je bio uspješan. Njegovo primanje u bolnicu trebalo bi biti u svrhu psihijatrijske procjene njegova stanja.
2. NE, okrivljenik je osuđen na kaznu zatvora i prema njegovoj vlastitoj izjavi, njegov zahtjev da bude hospitaliziran

nije proizašao iz želje da primi liječenje, već da izbjegne zatvorsku kaznu.

Komentar:

Osobna odgovornost i prihvaćanje posljedica vlastitih postupaka dio je zrelosti i mogućnosti da se bude članom bilo koje društvene skupine.

Ovaj pacijent ne može, s jedne strane, tražiti da bude hospitaliziran umjesto izdržavanja kazne zatvora, a s druge strane, odbijati bilo kakvo liječenje. Ta diskrepancija može biti uzrokovana njegovom bolešću, što ide u prilog hospitalizaciji, makar se ona odnosila samo na psihijatrijsku procjenu njegovog stanja.

Uobičajeno pitanje suda stručnjaku jest: „Je li optuženi bio duševno bolestan i nesposoban za rasuđivanje u trenutku kada je počinio prekršaj ili kazneno djelo?“ Ako nije, suđenje se nastavlja, čak iako optuženi postane duševno bolestan nakon počinjenog djela.¹⁹

Nije neuobičajeno da zatvorenik ima dijagnozu depresije ili paranoidne shizofrenije. Liječenje može započeti u bolnici i nastaviti se u zatvoru.²⁰

¹⁹ Međutim, u Republici Hrvatskoj sukladno Zakonu o kaznenom postupku (Narodne novine 152/08, 76/09, 80/11, 121/11), ako okrivljenik uslijed duševnih smetnji nije sposoban shvatiti prirodu i svrhu kaznenog postupka, razumjeti pojedine procesne radnje i njihove posljedice, sporazumijevati se s braniteljem i davati mu upute (tzv. raspravna nesposobnost), istraga će se prekinuti, a rasprava odgoditi dok okrivljenik ponovo ne postane raspravno sposoban (čl. 223. i 406.). Naravno, to ne vrijedi i za neubrojive počinitelje kaznenih djela, na koje se primjenjuju odredbe o postupku prema okrivljenicima s duševnim smetnjama iz Glave XXVII (čl. 549.-555.).

²⁰ Prema čl. 112. Zakona o izvršavanju kazne zatvora (Narodne novine 128/99, 55/00, 59/00, 129/00, 59/01, 67/01, 11/02, 190/03, 76/07, 27/08, 83/09, 18/11, 48/11), ako zatvorenik duševno oboli ili pokaže teške duševne poremećaje, sudac izvršenja pokrenut će postupak sukladno odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Ako je liječenje dovršeno prije isteka kazne, sudac izvršenja poduzet će radnje radi nastavka izvršavanja kazne zatvora, a vrijeme provedeno na liječenju uračunava se u kaznu.

Duševna bolest može ponekad biti korištena kao izgovor za neke postupke i svaka zemlja ima parametre koji reguliraju takve iznimke. Ovdje to nije slučaj jer duševna bolest nije postojala u vrijeme počinjenja zločina ili kažnjavanja.

Razmatranja o alokaciji resursa zahtijevaju da se resursi koriste za one kojima su potrebni, a ne za one koji ih žele. Samo se temeljitom psihijatrijskom procjenom osobe može utvrditi potreba za takvim uslugama. Etička obveza kliničara u konkretnom slučaju jest izvršiti upravo takvu procjenu te odlučiti u skladu s dobivenim rezultatima.

Studija slučaja 36.:**IZVJEŠĆE VJEŠTAKA**

29-godišnji turski radnik, koji je u Njemačku došao prije četiri godine, nožem je izbo i teško ranio svoju suprugu. Život joj je spašen samo zato što ju je brzo odvezao u bolnicu na hitnu operaciju.

Na sudu su oboje tvrdili da su se posvađali prije nego što joj je zadao ubodne rane u autu. Optužila ga je za preljub i rekla mu da će spavati s njegovim najboljim prijateljem i da će taj prijatelj sigurno biti bolji od njega. Njene završne riječi bile su: "J... će me bolji ljubavnik i nadam se da su one koje su tebe j... također obavili dobar posao".

Okrivljeni se sjećao da je zadao jednu ubodnu ranu, iako je žrtva imala dvije te se općenito mutno prisjećao događaja. To bi mogao biti znak dubokih poremećaja svijesti što je po njemačkom pravu razlog za ublažavanje kazne.²¹ Par se u međuvremenu pomirio, želeći nastaviti svoj brak.

Nakon psihijatrijskog vještačenja, koje nije otkrilo nikakve poremećaje, okrivljenik je htio razgovarati s psihijatrom uz povlasticu povjerljivosti, ali je to odbijeno. U tom trenutku okrivljenik je počeo drhtati, plakati, znojiti se i skoro je kolabirao. Nakon toga je tvrdio da je bio žrtva seksualnog zlostavljanja u Turskoj i da je posjećivao liječnika u to vrijeme, ali mu nije bio rekao za zlostavljanje. Jedine osobe koje su znale za to jesu njegov brat, koji je spriječio okrivljenika da puca u zlostavljača, i sada psihijatar. Ako itko u turskoj zajednici sazna za to, on će izgubiti samopoštovanje; njegova bi ga žena ostavila jer ne bi mogao više biti glava kuće.

Ovo je mišljenje potvrdio stručnjak za orijentalnu kulturu. Okrivljenik je radije prihvatio težu kaznu, nego razotkrivanje njegove tajne pred sudom.

N. Nedopil,
Njemačka

²¹ I hrvatski Kazneni zakon (Narodne novine 125/2011) u čl. 26. predviđa fakultativno ublažavanje bitno smanjeno ubrojom počinitelju kaznenog djela

Pitanje: Očekuje li se od psihijatra da izvijesti sud o pacijentovoj priči u ovom slučaju?

1. DA, zadaća je vještaka pomoći sudu da istraži i utvrdi istinu kao i da točno utvrdi stupanj odgovornosti optuženog za djela koja mu se stavljaju na teret. Pravo zajednice na ispravnu presudu nadjačava interese optuženog.
2. DA, optuženi nije imao status psihijatrova pacijenta. Pregledan je da bi se utvrdilo njegovo mentalno stanje u svrhu usmjeravanja vođenja njegovog suđenja, a ne da bi se uspostavio odnos između liječnika i pacijenta. Štoviše, kada je optuženi zatražio dopuštenje psihijatra da ga informira o svojoj prošlosti, psihijatar je to odbio i saslušao je iskaz optuženog kao neformalan slušatelj, a ne u svojstvu liječnika.
3. NE, kada je optuženi rekao svoju tajnu psihijatru, oslanjao se na pravilo medicinske povjerljivosti. Činjenica je da tu informaciju nije nikome rekao osim svome bratu i tad liječniku.
4. NE, optuženi kao duševno zdrava punoljetna osoba ima pravo odlučivati kako on smatra da je najbolje, a liječnik se nema pravo miješati.

Komentar:

Potez tuženika da iznese vještaku priču o svom seksualnom zlostavljanju, iako mu je on jasno odbio povjerljivost, je u najmanju ruku neobičan. Postoji pravni i psihološki aspekt ovog priznanja. S pravnog gledišta, vještak radi za sud i mora ga izvijestiti o svakom detalju u svrhu donošenja pravedne presude u svakom sudskom slučaju.

S psihološkog gledišta, možemo se pitati nije li činjenica da je suprug u emocionalnoj katarzi izvijestio liječnika, koji nije vezan obvezom povjerljivosti, o onome što mu se dogodilo u prošlosti zapravo način traženja liječnika da to obznani i drugima, unatoč njegovom suprotnom zahtjevu.

Formalno bi rješenje moglo biti da se suca o prikupljenim materijalima izvijesti privatno "in camera", a osobito o mutnom prisjećanju događaja i dubokom poremećaju svijesti koji se uklapaju s iskustvom silovanja koje je ovaj čovjek ranije proživio.

Vještaci nisu liječnici osoba koje su im poslane na procjenu. Angažirani su od suda da bi mu pružili stručno mišljenje i njihova je dužnost predočiti sudu sve nalaze svoje procjene koji se odnose na slučaj, bez obzira radi li se o nalazima koji upućuju na krivnju ili pak svrhu kažnjavanja. Vještak koji uskrati sudu informacije koje se tiču slučaja, ne ispunjava svoju dužnost.

Studija slučaja 37.:**LIJEČNIČKA SVJEDODŽBA**

Pacijent umire u psihijatrijskoj bolnici zbog komplikacija nastalih AIDS-om, odnosno HIV-om. Nije bio sposoban dati informirani pristanak na otkrivanje njegove primarne dijagnoze.

Za članove njegove etničke grupe uobičajeno je da pridonose “planu osiguranja pogreba” od ranih godina života. To osigurava da će se održati pogreb koji je po obiteljskoj tradiciji obvezan, a koji bi inače za obitelj predstavljao značajnu financijsku žrtvu.

No, “plan osiguranja pogreba” izuzima osobu od svih pogodnosti ako je smrt povezana sa AIDS-om, odnosno HIV-om. Uobičajeno, policu i postupak prati liječnik. Potvrda o smrti koja se izdaje obitelji ne treba otkriti imunokompromitirani status umrlog.

U upitniku koji je dostavljen liječniku da ga ispuni, potreba za razotkrivanje je ograničena time da mora potvrditi uzrok smrti. Ako liječnik ne ispuni upitnik, nikakve pogodnosti iz police neće pripasti obitelji preminulog. Odbijanje ispunjavanja će ukazivati da je tražena dijagnoza promišljeno uskraćena. Obitelj ne će imati pogodnosti i dijagnoza će biti očita.

T. Zabow,
Južnoafrička Republika

Pitanje: Treba li liječnik navesti uzrok smrti u ovom slučaju?

1. NE, pacijent ga nije ovlastio da otkrije njegovu tajnu.
2. NE, liječnik ne mora brinuti o ekonomskim interesima osiguravajućeg društva.
3. DA, liječničko mišljenje mora uvijek biti potpuno, točno i istinito.

Komentari:

Liječnik nema druge mogućnosti osim reći istinu o bolesti umrle osobe. Veću korisnost treba imati dobar zapisnik i treba prijeći preko osobne nevolje u ovom slučaju. Dvojba nije deontološke naravi, nego se tiče sukladnosti i točnosti pružene informacije.

Studija slučaja 38.:**ISKAZ VJEŠTAKA**

Prostitutka je ubijena na osobito okrutna način. Nitko nije svjedočio zločinu, no, mjesec dana kasnije, policija lišava slobode dvadesetpetogodišnjaka koji priznaje krivnju za kazneno djelo. Potvrđuje konzumiranje četiri tablete opojne droge “ecstasy” sat vremena prije počinjenja kaznenog djela, te ne može objasniti razloge svojih postupaka. Nije podvrgnut nikakvom biološkom testiranju niti je provođenje testiranja moguće u trenutku uhićenja.

Mladić je već bio primljen na psihijatrijski odjel prije godinu dana zbog akutne psihotične epizode nakon konzumacije narkotika. Tijekom istrage je utvrđeno kako je mladić tjedan dana prije ubojstva uistinu kupio “ecstasy” te da nije imao motiva za počinjenje kaznenog djela. Ako bi u konkretnom slučaju imenovani vještak utvrdio da je mladić u trenutku počinjenja kaznenog djela uistinu bio pod utjecajem opojnih droga, bila bi mu izrečena kratkotrajna kazna zatvora i sigurnosna mjera obveznog psihijatrijskog liječenja od ovisnosti. Međutim, ne utvrdi li vještak ulogu narkotika, mladić bi mogao biti kažnjen kaznom doživotnog zatvora.

G. Niveau,
Švicarska

Pitanje: Treba li očekivani kritični ishod u pogledu medicinskog stanja optuženika biti od utjecaja na iskaz vještaka?

1. NE, jedino što je vještak dužan učiniti jest odgovoriti na medicinsko ili znanstveno pitanje koje mu je postavljeno na sudu. Posljedice, neovisno o tome jesu li iznimno značajne ili neznatne (po optuženika), su nevažne,
2. DA, što je značajnija posljedica mišljenja vještaka iznesenog na sudu, nametnuta mu je i veća dužnost napornog i opreznijeg rada.

Komentar:

Vještak ima dužnost iznijeti u sudskom postupku sva svoja saznanja glede povjerenog mu slučaja. Kao vještak, ne bi smio unaprijed stvarati zaključak o krivnji optuženika. Jasno je kako svaki vještak ima osobno mišljenje o povjerenom mu slučaju, no ono ne smije utjecati na njegov rad. Vještak mora objektivno, stručno i potpuno iznijeti svoja saznanja u sudskom postupku.

Prilozi

MADRIDSKA DEKLARACIJA O ETIČKIM STANDARDIMA ZA PSIHIJATRIJSKU PRAKSU

Usvojena na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja 25. kolovoza 1996. te dopunjena na Generalnim skupštinama u Hamburgu, Njemačka, 8. kolovoza 1999., zatim u Yokohami, Japan, 26. kolovoza 2002., te u Kairu, Egipat, 12. rujna, 2005.

MADRIDSKA DEKLARACIJA

Svjetsko psihijatrijsko udruženje usvojilo je 1977. godine Havajsku deklaraciju, postavljajući etička upute za psihijatrijsku praksu. Deklaracija je dopunjena u Beču 1983. Da bi se odrazio utjecaj promjena socijalnih stavova i novi medicinski razvoj na psihijatrijsku profesiju, Svjetsko psihijatrijsko udruženje je još jednom ispitalo i revidiralo neke od ovih etičkih standarda.

Medicina je istovremeno i umjetnost liječenja i znanost. Dinamika ove kombinacije se najbolje održava u psihijatriji, grani medicine specijalizirane za liječenje i zaštitu bolesnih i oštećenih zbog duševnog poremećaja ili oštećenja. Mada mogu postojati kulturne, socijalne i nacionalne razlike, potreba za etičkim ponašanjem i stalnom ponovnom revizijom etičkih standarda je univerzalna.

Kao medicinski praktičari, psihijatri moraju biti svjesni etičkih implikacija toga što su liječnici i specifičnih etičkih zahtjeva specijalnosti psihijatrije. Kao članovi društva, psihijatri moraju se zalagati za ispravan i jednak tretman duševno bolesnih, za socijalnu pravdu i jednakost svih.

Etičko ponašanje se zasniva na individualnom osjećanju odgovornosti prema pacijentu i prosuđivanju u određivanju što je ispravno i primjereno ponašanje. Vanjski standardi i utjecaj kao što su profesionalni kodeksi ponašanja, studije etike, ili zakonska regulativa ne garantiraju sami po sebi etičku praksu medicine.

Psihijatri trebaju stalno imati na umu granice odnosa psihijatar-pacijent, i trebaju biti vođeni primarno poštovanjem pacijenata i brigom za njihovu dobrobit i integritet.

U ovom duhu Generalna skupština Svjetskog psihijatrijskog udruženja, usvojila je 25. kolovoza 1996. godine, a dopunila 8 kolovoza 1999. i 26. kolovoza 2002. godine, sljedeće etičke standarde koji trebaju voditi ponašanje psihijatara širom svijeta.

1. Psihijatrija je medicinska disciplina koja se bavi osiguravanjem najboljeg liječenja duševnih poremećaja sa rehabilitacijom osoba koje pate zbog duševne bolesti i sa unapređenjem duševnog zdravlja. Psihijatri su u službi pacijenata osiguravajući im najbolje raspoloživo liječenje koje je u skladu sa prihvaćenim znanstvenim znanjem i etičkim načelima. Psihijatri trebaju primjenjivati terapijske intervencije koje najmanje ograničavaju slobodu pacijenta i traže savjet za one oblasti rada za koje nisu primarno specijalizirani. U svom radu, psihijatri trebaju biti svjesni i voditi računa o ravnomjernoj raspodjeli zdravstvenih resursa.
2. Dužnost psihijatara je držati korak sa znanstvenim razvojem svoje struke i prenositi nova znanja drugima. Psihijatri educirani za istraživanje trebaju težiti proširivanju znanstvene granice psihijatrije.
3. U terapijskom procesu, pacijent treba biti prihvaćen kao ravnopravni partner. Odnos terapeut-pacijent mora se zasnivati na uzajamnom povjerenju i poštovanju što omogućava pacijentu donošenje slobodnih i informiranih odluka. Dužnost psihijatra je pacijentu pružiti relevantne informacije kako bi ga osposobio za donošenje racionalne odluke u skladu sa njegovim osobnim vrijednostima i sklonostima.
4. Kada je pacijent nesposoban i/ili nemoćan donijeti pravu odluku zbog duševnog poremećaja, psihijatri trebaju konzultirati obitelj i, ako je potrebno, potražiti pravnog savjet-

nika, kako bi zaštitili ljudsko dostojanstvo i zakonska prava pacijenta. Ni jedno liječenje ne smije se provoditi protiv volje pacijenta, osim ako bi izostajanje liječenja ugrozilo život pacijenta i/ili onih u njegovoj blizini. Liječenje uvijek mora biti u najboljem interesu pacijenta.

5. Kada se od psihijataru traži da procjene osobu, njihova je dužnost prvo informirati i obavijestiti osobu koju procjenjuju o svrsi intervencije, upotrebi nalaza i mogućim reperkusijama procjene. Ovo je posebno važno u situacijama kada su psihijatri treća strana.
6. Informacije dobivene u terapijskom odnosu trebaju se čuvati kao tajna i koriste samo i isključivo u cilju poboljšanja duševnog zdravlja pacijenta. Psihijatrima je zabranjeno takve informacije koristiti iz osobnih razloga ili financijske ili akademske dobiti. Odavanje tajne može biti opravdano samo ako, zbog zadržavanja povjerljivih informacija, može doći do nanošenja ozbiljne tjelesne ili duševne štete pacijentu ili trećoj osobi, u ovim slučajevima, psihijatri trebaju, uvijek kada je to moguće, prvo savjetovati pacijenta o akcijama koje će poduzeti.
7. Istraživanje koje nije skladu sa znanstvenim kanonima je neetičko. Istraživanje aktivnosti treba biti odobreno od strane odgovarajućeg konstituiranog etičkog odbora. Psihijatri se trebaju pridržavati nacionalnih i međunarodnih pravila o provođenju istraživanja. Istraživanje mogu izvoditi i usmjeravaju samo one osobe koje su pravilno obučene za istraživanje. Kako su psihijatrijski pacijenti posebno vulnerabilni subjekti istraživanja, posebnu pozornost trebaju posvetiti sigurnosti njihove autonomije kao i njihovom duševnom i tjelesnom integritetu. Etički standardi također trebaju se primjenjivati i u izboru populacijskih grupa, u svim vrstama istraživanja koja uključuju epidemiološke i sociološke studije i u kolaborativnim istraživanjima koja uključuju druge discipline ili više istraživačkih centara.

Upute koja se odnose na specifične situacije

Etički odbor Svjetskog psihijatrijskog udruženja ukazuje na potrebu razvoja specifičnih uputa za izvjesne specifične situacije. U daljem tekstu je iznijeto pet specifičnih uputa. U budućnosti, odbor će razmatrati druga kritična pitanja kao što je etika psihoterapije, nove terapijske alijanse, odnos sa farmaceutskom industrijom, promjena spola i etika vođenja zaštite.

1. Eutanazija:

Dužnost liječnika je prije svega poboljšanje zdravlja, smanjenje patnje i zaštita života. Psihijatri, među čijim pacijentima su osobe koje su teško nesposobne i nekompetentne za donošenje informirane odluke, trebaju posebno biti pažljivi kada su u pitanju akcije koje mogu uzrokovati smrt onih koji se ne mogu zaštititi zbog svoje nesposobnosti. Psihijatri trebaju biti svjesni da gledišta pacijenta mogu biti poremećena zbog duševnog oboljenja kao što je depresija. U takvim situacijama, uloga psihijatra je da liječi bolest.

2. Mučenje:

Psihijatri ne smiju sudjelovati u bilo kom procesu duševnog ili tjelesnog mučenja, čak i kada postoji pritisak autoriteta za njihovo uključivanje u takve akcije.

3. Smrtna kazna:

Ni pod kojim uvjetima psihijatri ne smiju sudjelovati u zakonski predviđenim egzekucijama niti sudjelovati u procjeni kompetencije za egzekucije.

4. Izbor spola:

Ni pod kojim uvjetima psihijatar ne smije sudjelovati u odlučivanju prekida trudnoće u cilju izbora spola.

5. Transplantacija organa:

Uloga psihijatara je pojasniti pitanja vezana za donaciju organa i informirati sve zainteresirane o religioznim, kulturnim, socijalnim i obiteljskim činionicima kako bi oni bili u stanju donijeti informiranu i ispravnu odluku. Psihijatar

ne smije djelovati kao netko tko donosi odluku u ime pacijenta ili koristiti psihoterapijske vještine kako bi utjecao na odluku pacijenta po ovom pitanju. Psihijatri trebaju tražiti zaštitu njihovih pacijenata i pomagati im u najvećoj mogućoj mjeri samostalno donijeti odluku vezanu za transplantaciju organa.

6. Obraćanje psihijatara medijima:

U svim kontaktima s medijima psihijatri će osigurati da se osobe s duševnim smetnjama prikažu na način koji čuva njihov dignitet i ponos, te koji umanjuje stigmatizaciju i diskriminaciju u odnosu na njih.

Važna je uloga psihijatara da štite osobe s duševnim smetnjama. Kako se javna percepcija psihijatara i psihijatrije reflektira na pacijente, psihijatri će osigurati da u kontaktima s medijima predstave psihijatriju kao profesiju s dostojanstvom. Psihijatri neće izdavati obavijesti medijima o pretpostavljenoj psihopatologiji bilo kojeg pojedinca.

Prilikom prezentacije nalaza istraživanja medijima, psihijatri će osigurati znanstvenu cjelovitost date informacije te biti svjesni mogućeg učinka njihovih izjava na javnu percepciju duševne bolesti i na dobrobit osoba s duševnim smetnjama.

7. Psihijatri i diskriminacija na temelju etničke ili kulturološke pripadnosti:

Diskriminacija od strane psihijatara na temelju pripadnosti određenoj etničkoj zajednici ili kulturi, bilo izravno ili pomažući u tome drugima, protivna je etici. Psihijatri nikada neće, direktno ili indirektno, uključiti se ili pristati na bilo kakvu aktivnost povezanu s etničkim čišćenjem.

8. Psihijatri i genetsko istraživanje i savjetovanje:

Istraživanje duševnih poremećaja na genetskoj bazi je u porastu i sve više osoba s duševnim smetnjama sudjeluju u takvim istraživanjima.

Psihijatri uključeni u genetska istraživanja ili savjetovanja moraju biti svjesni činjenice da implikacija genetske infor-

macije nije ograničena na pojedinca od kojeg je dobivena, već može imati negativne i razorne učinke na obitelji i zajednice pojedinaca kojih se ona tiče.

Psihijatri će stoga osigurati da:

- osobe i obitelji koje sudjeluju u genetskom istraživanju učine to s potpunim informiranim pristankom;
- bilo koji genetski podatak u njihovom posjedu ima adekvatnu zaštitu od neovlaštenog pristupa, pogrešnog tumačenja ili zlouporabe;
- pažljivo se komunicira s pacijentima i njihovim obiteljima kako bi se učinilo jasnim da postojeće znanje o genetici nije potpuno i da može biti izmijenjeno otkrićima u budućnosti. Psihijatri će upućivati ljude u ustanovu na dijagnostičko genetsko ispitivanje samo ako ta ustanova:
 - o pokazuje da zadovoljava kvalitetom i provodi odgovarajuće postupke za takva ispitivanja;
 - o osigurava adekvatne i pristupačne resurse za genetsko savjetovanje.

Genetsko savjetovanje koje se odnosi na planiranje obitelji ili pobačaj mora poštivati sustav vrijednosti pacijenata prilikom davanja potrebne medicinske i psihijatrijske informacije kako bi im se pomoglo da donesu odluke koje smatraju najboljim za njih.

9. Etika psihoterapije u medicini:

Liječenja bilo koje prirode moraju se provoditi sukladno smjernicama dobre prakse glede njihovih indikacija, učinkovitosti, sigurnosti i kontrole kvalitete. Psihoterapija, u svom najširem smislu, prihvaćena je komponenta mnogih medicinskih interakcija. U užem smislu, psihoterapija koristi tehnike koje uključuju verbalnu i neverbalnu komunikaciju i interakciju kako bi se postigli ciljevi liječenja pojedinih poremećaja. Psihijatri koji pružaju posebne oblike psihoterapije moraju imati prikladnu obuku za rad s takvim tehnikama. Opće smjernice koje se primjenjuju na bilo koji oblik liječenja, primjenjuju se i na posebne oblike psihoterapije glede njihovih indikacija i ishoda, kako pozitivnih tako i negativnih. Učinkovitost psihoterapije i nje-

zino mjesto u planu liječenja važno je i za istraživače i za kliničare.

Psihijatrijska psihoterapija je oblik liječenja za duševna i druga oboljenja kao i za emocionalne probleme. Pristup liječenju koji se koristi određuje se u dogovoru liječnika s pacijentom i/ili pacijentovom obitelji i/ili skrbnicima pažljivo prateći povijest bolesti te primjenjujući ispitivanja koja uključuju sve relevantne kliničke i laboratorijske studije. Pristup koji je primijenjen mora biti specifičan s obzirom na bolest i pacijentove potrebe te mora biti osjetljiv na osobne, obiteljske, vjerske i kulturološke faktore. Osim toga, on se mora temeljiti na skladnom istraživanju i kliničkom znanju te imati svrhu odstranjivanja, modificiranja ili umanjenja simptoma odnosno problematičnih obrazaca ponašanja. Također, trebao bi promicati pozitivne prilagodbe uključujući osobni rast i razvoj.

Psihijatri i drugi liječnici koji su odgovorni za pacijenta moraju osigurati da se ove smjernice primjenjuju u potpunosti. Stoga, psihijatri i drugi kvalificirani kliničari trebaju odrediti indikacije psihoterapije i pratiti njezin razvoj. U tom kontekstu, osobito je važno da liječenje bude posljedica dijagnoze, a oboje su medicinske radnje poduzete s ciljem da se pruži skrb bolesnoj osobi. Ove dvije razine odlučivanja, intervencije i odgovornosti nalikuju drugim situacijama u kliničkoj medicini; međutim, to ne isključuje druge postupke kao što je rehabilitacija, koja može biti poduzeta i od strane nemedicinskog osoblja.

1. Kao i svaki drugo liječenje, prepisivanje psihoterapije treba pratiti prihvaćene smjernice za dobivanje informiranog pristanka prije iniciranja liječenja te ažurirati ga ukoliko se tijekom liječenja svrha i ciljevi liječenja modificiraju u znatnoj mjeri.
2. Ako kliničko znanje, dugoročni i ukorijenjeni obrasci prakse (uzimajući u obzir kulturološke i vjerske okolnosti) te znanstveni dokazi ukazuju na potencijalne kliničke koristi u kombiniranju tretmana lijekovima i psihoterapije, potrebno je pacijentu skrenuti pozornost na to i cjelovito raspraviti s njim.

3. Psihoterapija otkriva intimne misli, emocije i fantazije, i kao takva može ugroziti intenzivan prijenos i protu-prijenos. U psihoterapijskom odnosu postoji nejednak odnos snaga između terapeuta i pacijenta te ni pod kojim okolnostima psihoterapeut ne smije iskoristiti taj odnos za osobnu korist ili prekoračiti granice profesionalnog odnosa.
4. Na početku psihoterapije, pacijenta će se obavijestiti da će se date informacije i zdravstveni karton čuvati u povjerljivosti osim ako pacijent dade poseban informirani pristanak za iznošenje informacija trećoj strani odnosno ako sudski nalog zahtijeva predaju zdravstvenog kartona. Iznimka postoji i kad pravo zahtijeva prijavljivanje određenih činjenica kao u slučaju zlouporabe djeteta.

10. Sukob interesa u odnosu s industrijom:

Premda većina organizacija i institucija, uključujući i SPU, imaju pravila i propise koji uređuju odnos između industrije i donatora, pojedini liječnici se često upliću u interakcije s farmaceutskom industrijom ili drugim sponzorskim agencijama koje mogu dovesti do etičkog sukoba. U takvim situacijama psihijatri trebaju biti svjesni i držati se slijedećih smjernica:

1. Praktičar se mora savjesno štititi od primanja darova koji mogu imati neprimjeren utjecaj na profesionalni rad.
2. Psihijatri koji vrše klinička ispitivanja imaju dužnost da obavijeste Etički nadzorni odbor i njihove ispitanike o njihovim financijskim i ugovornim dužnostima i koristima vezanim za sponzora istraživanja. Potrebno je upotrijebiti sav napor da se ustroje nadzorni odbori sastavljeni od istraživača, etičara i predstavnika zajednica kako bi se osigurala zaštita prava ispitanika.
3. Psihijatri koji vrše klinička ispitivanja moraju osigurati da njihovi pacijenti razumiju sve aspekte informiranog pristanka. Niti razina obrazovanja, niti profinjenost pacijenta nisu izlike da se zaobide ova

dužnost. Ako je pacijent nesposoban ista pravila se primjenjuju u dobivanju informiranog pristanka od njegovog zastupnika. Psihijatri moraju biti svjesni da prikriveni komercijalni utjecaji na plan ispitivanja, promoviranje ispitivanja lijekova bez znanstvene vrijednosti, kršenje povjerljivosti, te restriktivne ugovorne klauzule o objavljivanju rezultata mogu svaki na svoj način povrijediti slobodu znanosti i znanstvene informacije.

11. Sukobi koji nastaju s trećim stranama:

Obveze koje organizacije imaju prema dioničarima ili upravitelju glede maksimalizacije dobiti minimalizacije troškova mogu predstavljati sukob s načelima dobre prakse. Psihijatri koji rade u takvim potencijalno konfliktnim okruženjima, trebaju podržati prava pacijenata u dobivanju najboljeg mogućeg liječenja.

1. U suglasnosti s UN Rezolucijom 46/119 o „Načelima za zaštitu osoba s duševnim smetnjama“, psihijatri se trebaju protiviti diskriminatornim praksama koja ograničavaju njihova prava i ovlaštenja, negiraju jednakost, umanjuju doseg liječenja, ili ograničavaju im pristup odgovarajućim lijekovima za pacijente s duševnim smetnjama.
2. Profesionalna neovisnost u primjeni najboljih smjernica prakse i kliničkog znanja u podržavanju dobrobiti pacijenta treba biti od primarne važnosti za psihijatra. Također, dužnost je psihijatra da zaštiti pacijentovu privatnost i povjerljivost kao dio očuvanja svetosti i ozdravljajućeg potencijala odnosa liječnik-pacijent.

12. Kršenje kliničkih granica i povjerenja između psihijatarata i pacijenata:

Odnos psihijatar-pacijent bi mogao biti jedini odnos koji dozvoljava istraživanje duboko osobnu i emocionalnu sferu, uz dopuštenje pacijenta. U okviru ovog odnosa, psihijatrovo poštovanje ljudskosti i digniteta pacijenta uspostavlja povjerenje koje je ključno za sveobuhvatni plan liječenja. Takav odnos ohrabruje pacijenta da istraži duboko skrivene

ne snage, slabosti, strahove i želje, a mnogi od navedenih bi mogli biti povezani sa seksualnošću. Poznavanje ovih karakteristika pacijenta postavlja psihijatra u položaj prednosti koja s druge strane pacijentu omogućava očekivanje povjerenja i poštovanja. Zloupotreba ovih saznanja manipulacijom pacijentovih seksualnih strahova i želja radi dobivanja seksualnog pristupa predstavlja kršenje povjerenja, neovisno o pristanku. U terapijskom odnosu, pristanak od strane pacijenta se smatra nevaljanim zbog saznanja koje psihijatar posjeduje o pacijentu te zbog položaja koji mu omogućava posebnu vlast nad pacijentom.

Latentna seksualna dinamika svojstvena svim vezama može se manifestirati tijekom terapijskog odnosa te može prouzročiti bol pacijentu ukoliko se terapeut ne nosi s time na odgovarajući način. Ta bol vrlo vjerojatno može postati izraženija ako terapeut koristi zavodničke izjave te neprikladno neverbalno ponašanje. Stoga, ni pod kojim okolnostima psihijatar se ne smije uplitati s pacijentom u bilo koji oblik seksualnog ponašanja, neovisno od toga tko je inicirao takvo ponašanje.

13. Zaštita prava psihijatarara:

1. Psihijatri moraju štiti svoje pravo da, prema zahtjevima struke i očekivanjima javnosti, liječe svoje pacijente i da se zalažu za njihovu dobrobit.
2. Psihijatri trebaju imati pravo baviti se svojom strukom na najvišoj razini, pružajući nezavisne procjene duševnog stanja osobe i uspostavljajući efikasne protokole liječenja i praćenja u skladu s najboljom praksom i medicinom zasnovanom na dokazima.
3. Postoje neki aspekti u povijesti psihijatrije, ali i uvjeti rada u nekim današnjim totalitarnim političkim režimima i ekonomskim sustavima vođenim profitom, koji pojačavaju opasnost od zloupotrebe psihijatrije, u smislu da su psihijatri primorani da pristanu na neprikladne zahtjeve i daju netočne psihijatrijske izvještaje koji idu na ruku sustavu, ali štete interesima osobe čije se stanje procjenjuje.

4. Psihijatri su također stigmatizirani kao i njihovi pacijenti i, poput njih, mogu postati žrtve diskriminacije. Psihijatri trebaju imati pravo i obavezu baviti se svojom strukom i zalagati se za medicinske potrebe i društvena i politička prava svojih pacijenata, a da zbog toga ne trpe odbacivanje kolega, ismijavanje u medijima i progon.

14. Otkrivanje dijagnoze Alzheimerove bolesti i drugih demencija:

Pacijent ima pravo znati da boluje od Alzheimerove bolesti, i to pravo je sada postavljeno kao prioritet koji zdravstveni radnici priznaju i prihvaćaju. Većina pacijenata želi dobiti sve raspoložive informacije i biti aktivno uključeni u donošenje odluka u vezi sa liječenjem. U isto vrijeme, pacijenti imaju pravo i ne znati, ako je to njihova želja. Svima se mora pružiti mogućnost da saznaju ili ne saznaju onoliko koliko žele.

Kognitivne promjene kod pacijenta ugrožavaju njegovu sposobnost rasuđivanja i shvaćanja. Također, pacijenti sa demencijom često dolaze u pratnji članova obitelji, što u odnos između liječnika i pacijenta uvodi i treću stranu.

Svi doktori, pacijenti i obitelji, koji godinama međusobno dijele odgovornost za borbu protiv Alzheimerove bolesti, moraju imati pristup informacijama o ovoj bolesti, uključujući i dijagnozu.

Osim što je to njegovo pravo, informiranost pacijenta može biti od višestruke koristi. Pacijente i/ili obitelji trebalo bi obavijestiti o dijagnozi u što ranijoj fazi bolesti. Veoma je korisno ako su članovi obitelji (ili privatni njegovatelji) uključeni u razgovor prilikom otkrivanja dijagnoze.

Liječnik treba pružiti precizne i pouzdane informacije, koristeći jednostavne izraze. Također bi trebao procijeniti u kojoj mjeri pacijent i obitelj razumiju situaciju. Kao i obično, poslije loše vijesti trebalo bi pružiti informacije o daljnim planovima za liječenje. Treba pružiti obavijesti o fizikalnoj terapiji ili terapiji govora, o grupama za podršku, centrima za dnevni boravak i drugim interven-

cijama. Također bi trebalo naglasiti da reorganizirana obiteljska mreža može znatno olakšati teret davatelja njege i održati kvalitetu života koliko god je to moguće. Postoje neki izuzeci, od kojih su neki privremeni, kada je riječ o otkrivanju dijagnoze pacijentu s demencijom:

- 1) teška demencija, kada pacijent najvjerojatnije ne bi razumio dijagnozu,
- 2) kada je vjerojatno da bi se javila fobija od tog stanja, ili
- 3) kada je pacijent u stanju teške depresije.

15. Dvostruka odgovornost psihijatar:

Ovakve situacije se mogu javiti tijekom pravnog postupka (npr. raspravna sposobnost, kaznena odgovornost, opasnost, sposobnost svjedočenja na sudu) ili drugih postupaka vezanih za potrebu da se utvrdi sposobnost, kao npr. za potrebe osiguranja, radi procjene zahtjeva za olakšice, ili za potrebe zaposlenja, kada se procjenjuje radna sposobnost ili podobnost za obavljanje određenog posla ili posebnog radnog zadatka.

U toku terapijskih interakcija može doći do konfliktnih situacija ako informacije koje psihijatar ima o pacijentovom stanju ne mogu ostati povjerljive, ili kada su kliničke bilješke ili medicinska dokumentacija dio većeg spisa zaposlenika, pa prema tome nisu namijenjene samo kliničkom osoblju zaduženom za slučaj (npr. u vojsci, zatvorskim sustavima, medicinskim službama za zaposlene u većim korporacijama u protokolima liječenja koje plaća treća osoba).

Kada se prilikom procjene stanja neke osobe psihijatar suočava s dvostrukim obavezama i odgovornostima, dužan je tu osobu obavijestiti o prirodi ovakvog triangularnog odnosa i odsustva terapijskog odnosa između liječnika i pacijenta, pored obaveze da podnese izvještaj trećoj strani, čak i kada su rezultati negativni i mogli bi štetiti interesima osobe nad kojom se vrši procjena. Pod ovakvim okolnostima, osoba može odlučiti da ne nastavi s procjenom. Pored toga, psihijatri se trebaju zalagati za razdvajanje podataka i za ograničenja u otkrivanju informacija, kako bi samo elementi koji su neophodni za svrhe organizacije mogli biti otkriveni.

ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA
(Narodne novine br. 11/97, 27/98, 128/99, 79/02)

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim se Zakonom propisuju temeljna načela, način organiziranja i provođenja zaštite te pretpostavke za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama.

Članak 2.

Zaštita i unaprjeđivanje zdravlja osoba s duševnim smetnjama ostvaruje se:

1. omogućavanjem odgovarajuće dijagnostičke obrade i liječenja osoba s duševnim smetnjama,
2. znanstvenim istraživanjima na području zaštite i unaprjeđivanja zdravlja osoba s duševnim smetnjama i njihovom zaštitom od liječničkih ili znanstvenih istraživanja bez njihova pristanka ili pristanka njihovih zastupnika,
3. uključivanjem osoba s duševnim smetnjama u obrazovne programe koji se provode u psihijatrijskoj ili nekoj drugoj ustanovi u kojoj su one smještene, kao i nastavne programe obrazovnih ustanova, ovisno o zdravstvenom stanju osobe s duševnim smetnjama,
4. oporavkom osoba s duševnim smetnjama njihovim uključivanjem u obiteljsku, radnu i društvenu sredinu, uvažavajući izbor osobe kada je to moguće,
5. izobrazbom osoba koje se bave zaštitom osoba s duševnim smetnjama i unaprjeđivanjem njihova zdravlja,
6. poticanjem udruživanja osoba s duševnim smetnjama u cilju ostvarivanja njihovih prava, samopomoći i pomoći.

Članak 3.

Značenje izraza u ovom Zakonu:

1. Osoba s duševnim smetnjama je duševno bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama.
2. Osoba s težim duševnim smetnjama je osoba s duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svojega postupanja ili ne može vladati svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć.
3. Neubrojiva osoba je osoba koja u vrijeme ostvarenja zakonskih obilježja kaznenog djela ili prekršaja nije bila u mogućnosti shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla vladati svojom voljom zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnoga duševnog razvitka ili druge teže duševne smetnje.
4. Osoba nesposobna za sudjelovanje u kaznenom ili prekršajnom postupku je okrivljenik s utvrđenim duševnim smetnjama zbog kojih nije u mogućnosti sudjelovati u tim postupcima.
5. Psihijatrijska ustanova je zdravstvena ustanova ili njezina jedinica za obavljanje specijalističko-konzilijarnog i bolničkog liječenja iz područja psihijatrije ustrojena prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.
6. Socijalna ustanova je ustanova ili njezina jedinica za obavljanje djelatnosti socijalne skrbi, ustrojena prema posebnom zakonu.
7. Psihijatar je doktor medicine specijalist iz područja psihijatrije ili neuropsihijatrije.
8. Doktor medicine je osoba sa završenim medicinskim fakultetom i položenim državnim ispitom.
9. Dijete i maloljetna osoba su osobe koje nisu navršile osamnaest godina života i koje nisu stekle poslovnu sposobnost.

10. Liječnički postupak je određen oblik liječenja, dijagnostički postupak, prijam i smještaj u psihijatrijsku ustanovu radi dijagnostičke obrade i liječenja, uključivanje u obrazovne programe koji se provode u psihijatrijskoj ustanovi, izvođenje istraživanja na području zaštite i unaprjeđivanja zdravlja osoba s duševnim smetnjama.
11. Prijam u psihijatrijsku ustanovu je postupak od dolaska ili dovođenja osobe u tu ustanovu radi pregleda ili liječenja do donošenja odluke o njezinom dobrovoljnom smještaju ili prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi ili njezinom otpuštanju. Prijam može trajati do 72 sata od trenutka dolaska, odnosno dovođenja osobe u psihijatrijsku ustanovu.
12. Pristanak je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za provođenje određenoga liječničkog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti toga liječničkog postupka i drugih mogućnosti liječenja.
13. Dobrovoljni smještaj je smještaj osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu uz njezin pristanak. Smještaj bez pristanka je smještaj osobe koja nije sposobna dati pristanak pa pristanak umjesto nje daje zakonski zastupnik ili nadležni Centar za socijalnu skrb. Predstavnik Centra za socijalnu skrb daje ili uskraćuje svoj pristanak najkasnije u roku od tri dana donoseći odluku na temelju svih dostupnih podataka o eventualnoj potrebi poduzimanja daljnjih mjera socijalne zaštite osobe smještene u psihijatrijsku ustanovu bez njezinog pristanka. Odluka kao i svi daljnji na njoj temeljeni postupci obvezno se unosi u dokumentaciju Centra i u liječničku dokumentaciju psihijatrijske ustanove u kojoj je ta osoba smještena.
14. Prisilno zadržavanje je smještaj osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu od trenutka donošenja odluke psihijatra o zadržavanju te osobe bez njezina pristanka do odluke suda o prisilnom smještaju bez obzira da li se radi o osobi koja je tek došla ili dovedena

u psihijatrijsku ustanovu ili osobi koja se već nalazi na liječenju u psihijatrijskoj ustanovi pa je opozvala pristanak za dobrovoljni smještaj.

15. Prisilni smještaj je smještaj osobe s težim duševnim smetnjama prema mjerilima članka 22. i članka 45e. ovoga Zakona. U rješenju sud će navesti radi li se o prisilnom zadržavanju i prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu po članku 22. ili članku 44. ovoga Zakona.
16. Zakonski zastupnik za maloljetnika je roditelj ako nije lišen roditeljskog prava, za maloljetnika koji je bez roditelja ili o kojem se roditelji ne brinu - staratelj, za maloljetnog usvojenika - usvojitelj, za punoljetnu osobu nad kojom je produženo roditeljsko pravo - roditelj, za punoljetnu osobu kojoj je oduzeta ili ograničena poslovna sposobnost - staratelj.

II. TEMELJNA NAČELA

Članak 4.

- (1) Svaka osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unaprjeđivanje svoga zdravlja.
- (2) Osoba s duševnim smetnjama smještena u psihijatrijsku ustanovu ima pravo na jednake uvjete liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove.
- (3) Slobode i prava osobe s duševnim smetnjama mogu se ograničiti samo zakonom ako je to nužno radi zaštite zdravlja ili sigurnosti te ili drugih osoba.

Članak 5.

- (1) Dostojanstvo osoba s duševnim smetnjama mora se štiti i poštovati u svim okolnostima.
- (2) Osobe s duševnim smetnjama imaju pravo na zaštitu od bilo kakvog oblika zlostavljanja te ponižavajućeg postupanja.

- (3) Osobe s duševnim smetnjama ne smiju biti dovedene u neravnopravan položaj zbog svoje duševne smetnje. Posebne mjere koje se poduzimaju da bi se zaštitila prava ili osiguralo unaprjeđivanje zdravlja osoba s duševnim smetnjama ne smatraju se oblikom nejednakog postupanja.

Članak 6.

Psihijatri i drugi zdravstveni djelatnici dužni su organizirati liječenje osoba s duševnim smetnjama tako da u najmanjoj mogućoj mjeri ograničavaju njihove slobode i prava te prouzrokuju fizičke i psihičke neugodnosti osobama s duševnim smetnjama i vrijeđaju njihovu osobnost i ljudsko dostojanstvo.

Članak 7.

Psihijatri i drugi zdravstveni djelatnici dužni su dobrovoljnom prihvaćanju suradnje u liječenju i uvažavanju želja i potreba osobe s duševnim smetnjama dati prednost pred prisilnim mjerama.

Članak 8.

- (1) Osobu s duševnim smetnjama koja može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženoga liječničkog postupka i koja na osnovi toga može donijeti odluku i izraziti svoju volju može se pregledati ili podvrgnuti liječničkom postupku samo uz njezin usmeni pristanak ako postoje medicinski razlozi da se takav pregled ili liječnički postupak obavi.
- (2) Sposobnost osobe dati pristanak utvrđuje doktor medicine ili psihijatar u vrijeme kad ta osoba donosi odluku. Pregled kojim se utvrđuje sposobnost davanja pristanka dopušten je u svim slučajevima u kojima osoba ne pokazuje otvoreno protivljenje obavljanju tog pregleda. U

slučaju protivljenja pregledu za ocjenu sposobnosti za davanje pristanka, pregled osobe može se obaviti i protiv njene volje samo ukoliko su ispunjeni uvjeti iz članka 22. ovoga Zakona. Usmeni pristanak osobe iz stavka 1. ovoga članka upisuje se u liječničku dokumentaciju. Osoba iz stavka 1. ovoga članka može zahtijevati da postupku davanja pristanka bude nazočna osoba od njenog povjerenja.

- (3) Osoba s duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, bilo zbog toga što u određenom trenutku ne može razumjeti prirodu, posljedice ili opasnost predloženoga liječničkog postupka ili zbog toga što u tom trenutku ne može donijeti odluku ili izraziti svoju slobodnu volju može se podvrgnuti samo onom liječničkom postupku koji je u njenom najboljem interesu.
- (4) Dijete ili maloljetna osoba s duševnim smetnjama, koja nije sposobna dati pristanak, može se podvrgnuti pregledu ili drugom liječničkom postupku samo uz pristanak njegovoga zakonskog zastupnika. Mišljenje djeteta se pri tome treba uzimati u obzir sukladno njegovoj dobi i stupnju zrelosti.
- (5) Punoljetna osoba s duševnim smetnjama, koja nije sposobna dati pristanak, može se podvrgnuti pregledu ili drugom liječničkom postupku samo uz pristanak njenog zakonskog zastupnika, a ako ga nema, pregled se može obaviti prema mjerilima stavka 2. i 3. ovoga članka.
- (6) Kad pristanak daju osobe iz stavka 4. i 5. ovoga članka psihijatar im je dužan pod istim uvjetima dati obavijesti koje je dužan dati osobi s duševnim smetnjama kad ova daje pristanak.
- (7) Pristanak iz stavka 1., 4. i 5. ovoga članka može se povući u bilo kojem trenutku. Osobi koja povlači pristanak moraju se objasniti posljedice prestanka primjenjivanja određenog liječničkog postupka.
- (8) Odricanje osobe s duševnim smetnjama od prava na davanje pristanka ne proizvodi pravne učinke.

Članak 9.

- (1) Traženje pristanka iz članka 8. stavka 1., 4. i 5. nije obvezno ako bi zbog njegovoga pribavljanja bio neposredno ugrožen život osobe s duševnim smetnjama ili bi prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg narušenja njenog zdravlja. Liječnički postupak može se primjenjivati bez pristanka samo dok traje navedena opasnost.
- (2) Brisan.
- (3) Osobu s težim duševnim smetnjama, koja je prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu, može se i bez njenog pristanka podvrgnuti pregledu ili drugom liječničkom postupku koji služi liječenju duševnih smetnji zbog kojih je prisilno smještena u psihijatrijskoj ustanovi samo ako bi bez provođenja tog postupka nastupilo teško oštećenje zdravlja te osobe.
- (4) Ako se liječnički postupak provodi bez pristanka osobe s duševnim smetnjama u skladu sa člankom 8. stavkom 4. i 5. i stavkom 2. i 3. ovoga članka treba u mjeri u kojoj je to moguće objasniti toj osobi moguće postupke njenog liječenja i uključiti tu osobu u planiranje njenog liječenja.

Članak 10.

- (1) Svako prisilno zadržavanje i prisilni smještaj osoba s duševnim smetnjama podliježe sudskom nadzoru prema postupku utvrđenom ovim Zakonom.
- (2) Postupci po odredbama ovoga Zakona su žurni.
- (3) Sredstva za troškove sudskog postupka te prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja u psihijatrijskoj ustanovi osiguravaju se u državnom proračunu.

III. PRAVA I DUŽNOSTI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA I OSOBA KOJE PROVODE NJIHOVU ZAŠTITU I LIJEČENJE

Članak 11.

- (1) Svaka osoba s duševnim smetnjama dobrovoljno ili prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ima pravo:
1. biti upoznata u vrijeme prijama, a kasnije na svoj izričit zahtjev, sa svojim pravima i dužnostima te poučena o tome kako može svoja prava ostvariti,
 2. biti upoznata s razlozima i ciljevima njenog smještaja te sa svrhom, prirodom, posljedicama, korisnošću i opasnostima provedbe predloženog oblika liječenja kako i s korisnošću i opasnostima provedbe drugih mogućnosti liječenja,
 3. djelatno sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, oporavka i resocijalizacije,
 4. obrazovati se i radno osposobiti prema općem programu ili posebnom programu za osobe s poteškoćama u učenju,
 5. na odgovarajuću novčanu naknadu za rad u radno-terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalazi na liječenju ostvaruje prihod,
 6. podnositi pritužbe izravno ravnatelju psihijatrijske ustanove ili predstojniku odjela glede oblika liječenja, dijagnosticiranja, otpusta iz ustanove i povrede njezinih prava i sloboda,
 7. postavljati zahtjeve i izjavljivati bez nadzora i ograničenja prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i državnim tijelima,
 8. savjetovati se o svom trošku nasamo s liječnikom ili odvjetnikom po svom izboru,
 9. družiti se sa drugim osobama u psihijatrijskoj ustanovi i primati posjete,

10. o svom trošku slati i primati bez nadzora i ograničenja poštu, pakete i tiskovine te telefonirati,
 11. pratiti radio i televizijske programe,
 12. posjedovati predmete za osobnu uporabu,
 13. sudjelovati po svom izboru u vjerskim aktivnostima u okviru mogućnosti psihijatrijske ustanove,
 14. predlagati premještanje u drugu psihijatrijsku ustanovu,
 15. biti otpuštena iz ustanove uz osiguranu podršku za prihvatanje u zajednici.
- (2) Obavijesti iz stavka 1. točke 1. i 2. ovoga članka unose se u liječničku dokumentaciju osobe s duševnim smetnjama.
- (3) Prava iz stavka 1. točke 1., 2., 3., 5., 6., 7. i 14. ovoga članka mogu u ime osobe s duševnim smetnjama ostvarivati članovi obitelji ili druge osobe koje djeluju u njezinom interesu.
- (4) Prava iz stavka 1. točke 9., 10., 11. i 12. ovoga članka mogu se ograničiti kad postoji osnovana sumnja da osoba s duševnim smetnjama nastoji pribaviti oružje ili drogu, dogovara se o bijegu ili počinjenju kaznenog djela ili kad to zahtijeva zdravstveno stanje osobe.

Članak 12.

- (1) Kad je liječenje osobe s duševnim smetnjama prijeko potrebno u psihijatrijskoj ustanovi, ono će se omogućiti i provesti u odgovarajućoj ustanovi koja se nalazi u mjestu njezina prebivališta, ako nema prebivališta onda u mjestu njena boravišta, a ako ni njega nema onda u mjestu gdje je osoba zatečena, a ako u tom mjestu nema psihijatrijske ustanove u psihijatrijskoj ustanovi koja je najbliža mjestu njezina prebivališta, boravišta ili mjesta gdje je osoba zatečena.

- (2) Uz pisani pristanak osobe s duševnim smetnjama, odnosno zakonskog zastupnika osobe lišene poslovne sposobnosti ili djeteta s duševnim smetnjama dan u skladu sa člankom 8. stavkom 1., 4. i 5. ovoga Zakona ili na pisani zahtjev osoba ovlaštenih dati pristanak, liječenje se može provesti i u psihijatrijskoj ustanovi koja ne odgovara uvjetima iz stavka 1. ovoga članka.
- (3) Psihijatrijsko liječenje djece provodi se na odjelima psihijatrijskih ustanova namijenjenim liječenju djece i mladeži koji su odvojeni od odjela za punoljetne bolesnike.
- (4) Osobama s duševnim smetnjama koje su u kaznenom ili prekršajnom postupku oglašene neubrojivim osobama, prisilni smještaj se osigurava pod uvjetom da su ispunjeni uvjeti iz članka 45e. ovoga Zakona u ustanovama koje posebnim aktom određuje ministar zdravstva.
- (5) Izbor ustanove u koju će osoba iz stavka 4. ovoga članka biti smještena ili premještena obavlja posebno povjerenstvo ministarstva zdravstva na temelju sigurnosnih i stručnih mjerila nužnih za osiguranje odgovarajućih terapijskih i sigurnosnih uvjeta.
- (6) Sastav povjerenstva i postupak za izbor ustanove prema stavku 5. ovoga članka propisuje ministar zdravstva uz suglasnost ministra pravosuđa.

Članak 13.

Nedovoljno duševno razvijena osoba koja ne raspolaže psihičkim mogućnostima za uključivanje u liječenje u psihijatrijskoj ustanovi kao i svaka druga osoba s duševnim smetnjama, liječit će se u ustanovama ili odjelima koji su prilagođeni posebnim potrebama tih osoba.

Članak 14.

- (1) Psihijatrijsko liječenje djece s poremećajima u ponašanju, tjelesno ili mentalno oštećene djece, psihički bolesne dje-

ce te tjelesno ili mentalno oštećene ili bolesne osobe organizira i provodi nadležna zdravstvena ustanova.

- (2) Prisilni smještaj osoba iz stavka 1. ovoga članka provodi se po odredbama ovoga Zakona.

Članak 15.

- (1) Elektrokonvulzivno ili hormonalno liječenje može se primijeniti samo pod sljedećim pretpostavkama:
- (a) na temelju pisanog pristanka osobe s duševnim smetnjama ili ako ga ona nije sposobna dati, na temelju pisanog pristanka osoba iz članka 8. stavka 4. i 5. ovoga Zakona,
 - (b) uz pozitivno mišljenje drugog psihijatra o potrebi i posljedicama primjene takvoga liječničkog postupka,
 - (c) ako su prethodno iscrpljene sve ostale metode liječenja,
 - (d) ako je primjena navedenih metoda nužna za liječenje osobe s duševnim smetnjama i
 - (e) ako se ne očekuje da bi primjena navedenih metoda mogla imati štetne popratne posljedice.
- (2) Prema osobi s težim duševnim smetnjama koja je prisilno zadržana ili prisilno smještena u psihijatrijskoj ustanovi može se primijeniti elektrokonvulzivno liječenje i bez pristanka te osobe ili osoba navedenih u članku 8. stavku 4. i 5. ovoga Zakona ako su ispunjeni i uvjeti iz članka 9. stavka 3. i uz poštivanje ostalih pretpostavki navedenih u stavku 1. ovoga članka.
- (3) Primjena liječenja iz stavka 1. i 2. ovoga članka mora se uvijek upisati u liječničku dokumentaciju zajedno s pisanim pristankom navedenih osoba i mišljenjem drugog liječnika.
- (4) Primjena psihokirurgije i kastracije nije dopuštena.

Članak 16.

- (1) Biomedicinska istraživanja nad osobama s duševnim smetnjama mogu se poduzeti samo:
 - (a) ako nema druge odgovarajuće mogućnosti istraživanja nad ljudima,
 - (b) ako opasnost od istraživanja za osobu s duševnim smetnjama nije nerazmjerna koristi od istraživanja,
 - (c) ako je istraživački projekt odobrilo Državno povjerenstvo nakon nezavisnog preispitivanja znanstvenog značaja, važnosti cilja i etičnosti samog istraživanja,
 - (d) ako su osobe koje sudjeluju u istraživanju obaviještene o svojim pravima i pravnoj zaštiti koju uživaju,
 - (e) ako su osobe koje sudjeluju u istraživanju dale svoj pisani pristanak koji mogu povući u svakom trenutku.
- (2) Biomedicinska istraživanja nad osobom s duševnim smetnjama koja nije u stanju dati svoj pristanak može se poduzeti samo ukoliko su uz pretpostavke iz stavka 1. točke a-d ovoga članka ispunjene još i ove dodatne pretpostavke:
 - (a) ako se očekuje da će rezultati istraživanja biti od stvarne ili izravne koristi za zdravlje te osobe,
 - (b) ako je zakonski zastupnik osobe koja sudjeluje u istraživanju dao svoj pisani pristanak i
 - (c) uz suglasnost etičkog povjerenstva pri psihijatrijskoj ustanovi za svaki pojedini slučaj ako istraživanje ima cilj doprinijeti kroz povećanje zdravstvenog razumijevanja određene bolesti ili stanja, stvaranju koristi za samu osobu koja sudjeluje u istraživanju ili osobe iste dobi ili s istom dobi ili s poremećajem ako istraživanje predstavlja najmanju moguću opasnost i opterećenje za tu osobu.

Članak 17.

- (1) Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama dužne su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što saznaju ili primijete tijekom obavljanja tih djelatnosti.
- (2) Osobe navedene u stavku 1. ovoga članka mogu otkriti ono što su saznale ili primijetile glede duševno oboljelih osoba tijekom obavljanja svoje djelatnosti, samo uz pristanak tih osoba ili njihovoga zakonskog zastupnika.
- (3) Osobe iz stavka 1. ovoga članka mogu i bez pristanka osobe s duševnim smetnjama ili njenog zakonskog zastupnika iz stavka 2. ovoga članka, otkriti ono što saznaju tijekom liječenja i zaštite te osobe:
 - (a) drugom psihijatru ili doktoru medicine ako je to nužno za pružanje liječničke pomoći toj osobi,
 - (b) službenim osobama u centrima za socijalnu skrb i drugim državnim tijelima kada je to nužno da bi one mogle postupati u svezi s osobom s duševnim smetnjama na temelju i u okviru svojih ovlasti, i to samo onda kad osobe s duševnim smetnjama nisu sposobne dati svoj pristanak, a osobe iz stavka 1. ovoga članka nemaju osnove vjerovati da bi se osoba s duševnim smetnjama protivila otkrivanju takvih podataka,
 - (c) ako je to nužno učiniti u općem interesu ili interesu druge osobe koji je važniji od interesa čuvanja tajne.
- (4) Otkrit će se samo oni podaci koji su nužni za ostvarivanje svrha navedenih u stavku 3. ovoga članka i ti podaci ne smiju se koristiti u druge svrhe osim onih za koje su dani.
- (5) Općim interesom ili interesom koji je važniji od interesa čuvanja tajne u smislu stavka 3. ovoga članka smatra se:
 - (a) otkrivanje saznanja da osoba s duševnim smetnjama priprema počinjenje kaznenog djela za koje je zakonom propisana kazna zatvora od pet godina ili teža kazna,

- (b) otkrivanje ili suđenje za najteža kaznena djela ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja inače zaštićenih podataka,
 - (c) zaštita javnog zdravlja i sigurnosti,
 - (d) sprječavanje izlaganja druge osobe neposrednoj i ozbiljnoj opasnosti za njen život ili zdravlje.
- (6) Psihijatar i doktor medicine iz stavka 3. ovoga članka dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu, a službene osobe iz stavka 3. ovoga članka kao službenu tajnu, sve što se odnosi na osobu s duševnim smetnjama.
- (7) Klinički i drugi materijali koji se koriste u predavanjima ili znanstvenim tiskovinama moraju prikriti identitet osoba s duševnim smetnjama o kojima govore.

Članak 18.

- (1) Liječnička dokumentacija o liječenju osobe s duševnim smetnjama dostupna je isključivo sudu za potrebe postupka koji je u tijeku.
- (2) Liječnička dokumentacija sadržava samo one podatke koji su prijeko potrebni za ostvarenje svrhe zbog koje se zahtjeva njezina dostava.
- (3) Izjave osobe s duševnim smetnjama sadržane u liječničkoj dokumentaciji koje se odnose na počinjenje nekoga kaznenog djela ne mogu se koristiti kao dokaz u sudskom postupku.
- (4) Podaci iz liječničke dokumentacije koji su potrebni za ostvarenje zdravstvene, socijalne, obiteljskoppravne ili mirovinske zaštite mogu se dati za službene svrhe na zahtjev tijela nadležnih za tu zaštitu samo uz suglasnost osoba s duševnim smetnjama, a ako one nisu sposobne dati suglasnost uz suglasnost zakonskog zastupnika.

Članak 19.

Svaki liječnički postupak koji se provodi na temelju ovoga Zakona mora se upisati u liječničku dokumentaciju sa naznakom je li bio poduzet sa ili bez pristanka.

Članak 20.

- (1) Psihijatar može odobriti razgovor osobe s duševnim smetnjama smještene u psihijatrijsku ustanovu sa službenim osobama Ministarstva unutarnjih poslova i stručnim djelatnicima centra za socijalnu skrb samo kad to dopušta zdravstveno stanje osobe s duševnim smetnjama.
- (2) Psihijatar neće odobriti razgovor službenim osobama Ministarstva unutarnjih poslova i stručnim djelatnicima skrbništva s osobom iz stavka 1. ovoga članka koja nije sposobna razumjeti stanje u kojem se nalazi, niti posljedice takvog razgovora.

IV. DOBROVOLJNI SMJEŠTAJ OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU**Članak 21.**

Osoba s duševnim smetnjama koja je sposobna razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koja je na osnovi toga sposobna donijeti slobodnu odluku može se uz njen usmeni pristanak na njen zahtjev ili na zahtjev treće osobe smjestiti u psihijatrijsku ustanovu. Usmeni pristanak te osobe na smještaj u psihijatrijsku ustanovu obvezno se upisuje u liječničku dokumentaciju.

V. PRISILNO ZADRŽAVANJE I PRISILNI SMJEŠTAJ U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU

Članak 22.

- (1) Osoba 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 može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka, po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom.
- (2) Dijete, maloljetna osoba ili osoba lišena poslovne sposobnosti može se iz razloga navedenih u stavku 1. ovoga članka smjestiti u psihijatrijsku ustanovu i bez pristanka njenoga zakonskog zastupnika po postupku za prisilno zadržavanje ili prisilni smještaj predviđen ovim Zakonom.

Članak 23.

- (1) Osoba iz članka 22. primit će se u psihijatrijsku ustanovu nadležnu prema članku 12. stavku 1. ovoga Zakona na temelju uputnice doktora medicine koji nije zaposlen u dotičnoj psihijatrijskoj ustanovi i koji je tu osobu osobno pregledao i napisao propisanu ispravu o tom pregledu.
- (2) Obrazac isprave s odgovarajućim sadržajem iz stavka 1. ovoga članka propisuje ministar zdravstva. U ispravi moraju biti naznačeni i obrazloženi razlozi zbog kojih doktor medicine smatra prisilni smještaj nužnim.

Članak 24.

Osobu s duševnim smetnjama za koju se osnovano sumnja da može neposredno ugroziti vlastiti život ili zdravlje odnosno život ili zdravlje drugih u osobito žurnim slučajevima mogu ovlaštene službene osobe Ministarstva unutar njih poslova

dovesti u psihijatrijsku ustanovu nadležnu prema prebivalištu ili boravištu osobe odnosno prema mjestu na kojem je osoba trenutačno zatečena bez prethodnoga liječničkog pregleda iz članka 23. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 25.

- (1) Psihijatar koji primi osobu na temelju članka 23. ili 24. ovoga Zakona dužan je odmah započeti dijagnostičke i terapijske postupke i na temelju rezultata tih postupaka najkasnije u roku do 72 sata utvrditi postoje li razlozi za prisilno zadržavanje iz članka 22. ovoga Zakona.
- (2) Kad psihijatar ocijeni da ne postoje razlozi iz članka 22. ovoga Zakona za prisilno zadržavanje, otpustit će dovedenu osobu i upisati svoju odluku o tome s obrazloženjem u liječničku dokumentaciju.

Članak 26.

- (1) Kad psihijatar utvrdi postojanje razloga za prisilno zadržavanje iz članka 22. ovoga Zakona, dužan je donijeti odluku o prisilnom zadržavanju koja se s obrazloženjem upisuje u liječničku dokumentaciju.
- (2) Psihijatar će tu odluku priopćiti prisilno zadržanoj osobi na primjeren način i upoznati je s razlozima i ciljevima njenoga prisilnog zadržavanja te s njezinim pravima i dužnostima po ovom Zakonu.

Članak 27.

- (1) Psihijatrijska ustanova koja je prisilno zadržala osobu s duševnim smetnjama iz članka 22. ovoga Zakona dužna je o tome bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, neposredno ili putem elektronskih sredstava komuniciranja dostaviti županijskom sudu na području kojega se nalazi psihija-

trijaska ustanova obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s liječničkom dokumentacijom o pregledu osobe s duševnim smetnjama s obrazloženjem razloga za prisilno zadržavanje.

- (2) Psihijatrijska ustanova dužna je obavijest o prisilnom zadržavanju i liječničku dokumentaciju dostaviti u roku iz stavka 1. ovoga članka zakonskom zastupniku prisilno zadržane osobe i nadležnom centru za socijalnu skrb.
- (3) Obrazac s odgovarajućim sadržajem obavijesti o prisilnom zadržavanju propisuje ministar zdravstva.
- (4) Centar za socijalnu skrb iz stavka 2. ovoga članka nadležan je prema posljednjem prebivalištu odnosno boravištu prisilno zadržane osobe, a ako je prebivalište odnosno boravište prisilno zadržane osobe nepoznato prema području na kojem se nalazi psihijatrijska ustanova.

Članak 28.

- (1) Postupak propisan člankom 26. i 27. ovoga Zakona primjenjuje se i na osobu s duševnim smetnjama koja se prisilno zadržava u slučaju kad je već smještena na liječenje u psihijatrijsku ustanovu uz njezin pristanak, pa pristanak opozove, ali su u međuvremenu nastupili uvjeti koji odgovaraju uvjetima za prisilni smještaj iz članka 22. ovoga Zakona te na osobu glede koje su ispunjeni uvjeti iz članka 22. ovoga Zakona koja se na drugi način našla u psihijatrijskoj ustanovi.
- (2) Rok od 12 sati za dostavu obavijesti o prisilnom zadržavanju i liječničke dokumentacije županijskom sudu, centru za socijalnu skrb i zakonskom zastupniku osobe s duševnim smetnjama, počinje teći od opoziva pristanka smještene osobe.

Članak 29.

- (1) U postupku prisilnog smještaja osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu odlučuje sudac pojedinac

županijskog suda nadležnog prema sjedištu psihijatrijske ustanove u kojoj je osoba s težim duševnim smetnjama prisilno zadržana ili smještena.

- (2) Postupak po kojem sud odlučuje o prisilnom smještaju je izvanparnični postupak.
- (3) U postupku za prisilni smještaj javnost je isključena.
- (4) Isključenje javnosti ne odnosi se na zakonskog zastupnika i odvjetnika osobe s duševnim smetnjama.
- (5) Dopustit će se da raspravi budu nazočne pojedine službene osobe koje se bave liječenjem i zaštitom osoba s duševnim smetnjama, znanstveni i javni radnici, a ukoliko se osoba s duševnim smetnjama tome ne protivi, odnosno ako se ona nije sposobna protiviti ako se tome ne protive njen zakonski zastupnik ili odvjetnik, može se to dopustiti i njenom bračnom drugu i bliskim srodnicima.
- (6) Osobe koje su nazočne raspravi upozorit će se da su dužne kao tajnu čuvati sve ono što su na raspravi saznale te na posljedice otkrivanja tajne.
- (7) Rasprava se može održati u odgovarajućoj prostoriji psihijatrijske ustanove i po potrebi na raspravi može biti nazočna i osoba s duševnim smetnjama o čijem se prisilnom smještaju vodi rasprava kao i predstavnik terapijskog tima.

Članak 30.

- (1) Kad županijski sud primi obavijest o prisilnom zadržavanju ili na koji drugi način sazna za prisilno zadržavanje, donijet će rješenje o pokretanju postupka po službenoj dužnosti i postaviti osobi punomoćnika iz redova odvjetnika radi zaštite njezinih prava ako to ona već nije učinila.
- (2) Sudac iz članka 29. stavka 1. ovoga Zakona dužan je bez odgode, a najkasnije u roku od 72 sata od primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju, prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi i ako je to s obzirom na

njezino zdravstveno stanje moguće, obaviti s njom razgovor.

- (3) U roku iz stavka 2. ovoga članka sudac će donijeti rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja koje može trajati najduže 8 dana od trenutka prisilnog zadržavanja.
- (4) Žalba protiv rješenja iz stavka 3. ovoga članka ne zadržava izvršenje.

Članak 31.

- (1) Prije donošenja odluke o prisilnom smještaju ili o otpustu osobe s duševnim smetnjama, sud je dužan pribaviti pisano mišljenje jednog od psihijatarata s liste stalnih sudskih vještaka koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba, o tome je li prisilni smještaj u psihijatrijskoj ustanovi prijeko potreban. Kad odlučuje o prisilnom smještaju djeteta ili maloljetne osobe sud je dužan ovo mišljenje pribaviti od psihijatra specijaliziranog za liječenje djece i maloljetnika.
- (2) Iznimno, u slučaju kada zbog mogućnosti neodržavanja roka iz članka 33. ovoga Zakona ili druge objektivne okolnosti nije moguće postupiti na način određen stavkom 1. ovoga članka, pisano mišljenje može dati psihijatar s liste stalnih sudskih vještaka koji je zaposlen u ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba.
- (3) Psihijatar iz stavka 1. ovoga članka daje sudu pisano mišljenje o potrebi prisilnog smještaja nakon što osobno obavi pregled osobe s duševnim smetnjama.
- (4) Prije donošenja odluke o prisilnom smještaju ili o otpustu, sud može zatražiti obavijesti i od centra za socijalnu skrb i od drugih osoba koje mogu dati potrebne podatke.

Članak 32.

Glede izuzeća sudaca primjenjuju se odredbe Zakona o parničnom postupku o izuzeću, a glede psihijatra i djelatnika

nadležnog centra za socijalnu skrb odredbe toga zakona o izuzeću vještaka te odredbe Zakona o upravnom postupku o izuzeću službenih osoba.

Članak 33.

- (1) Nakon provedenog postupka sud odlučuje rješenjem hoće li prisilno zadržana osoba i dalje ostati u psihijatrijskoj ustanovi ili će se otpustiti.
- (2) Rješenje o prisilnom smještaju ili o otpustu sud je dužan izraditi i dostaviti bez odgode, a najkasnije u roku od 8 dana od primitka obavijesti i dokumentacije o prisilnom zadržavanju
- (3) U rješenju o prisilnom smještaju sud određuje trajanje prisilnog smještaja do trideset dana računajući od dana kojeg je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama.

Članak 34.

- (1) Ako psihijatrijska ustanova utvrdi da prisilno smještena osoba treba ostati smještena i nakon isteka trajanja prisilnog smještaja određenog u rješenju suda, dužna je 7 dana prije isteka toga vremena predložiti sudu donošenje rješenja o produženju prisilnog smještaja. O prijedlogu psihijatrijske ustanove sud će odlučiti do isteka vremena određenog rješenjem o prisilnom smještaju iz članka 33. stavka 3. ovoga Zakona.
- (2) Rješenjem iz stavka 1. ovoga članka sud može produžiti prisilni smještaj osobe u psihijatrijskoj ustanovi u trajanju do tri mjeseca od dana isteka vremena određenog rješenjem o prisilnom smještaju iz članka 33. stavka 3. ovoga Zakona.
- (3) Svaki daljnji prisilni smještaj može se produžiti rješenjem suda na vrijeme do šest mjeseci.

Članak 35.

- (1) Rješenje o produženom prisilnom smještaju sud donosi po istom postupku po kojem donosi i prvo rješenje o prisilnom smještaju.
- (2) Sud je dužan rješenje o produženom prisilnom smještaju donijeti najkasnije do isteka prethodno određenog trajanja prisilnog smještaja.

Članak 36.

- (1) Rješenje suda iz članka 33. do 35. ovoga Zakona mora biti obrazloženo i sadržavati pouku o pravu na žalbu.
- (2) Rješenje se dostavlja prisilno smještenoj osobi, njezinom zakonskom zastupniku, bliskom srodniku s kojim živi u zajedničkom domaćinstvu, opunomoćeniku, nadležnom Centru za socijalnu skrb i psihijatrijskoj ustanovi u kojoj je osoba s duševnim smetnjama prisilno smještena.

Članak 37.

- (1) Protiv rješenja o prisilnom smještaju dopuštena je žalba županijskom sudu.
- (2) Žalbu protiv rješenja mogu podnijeti osobe iz članka 36. stavka 2. ovoga Zakona.
- (3) Žalba se podnosi u roku od 3 dana od dana dostave rješenja. Žalba ne zadržava izvršenje rješenja.

Članak 38.

- (1) O žalbi iz članka 37. stavka 1. ovoga Zakona odlučuje vijeće županijskog suda od 3 suca na sjednici vijeća.
- (2) Drugostupanjski sud dužan je o žalbi odlučiti u roku od 8 dana od dostave žalbe.

- (3) Drugostupanjski sud može odbaciti žalbu kao nepravodobnu ili kao nedopuštenu, ili odbiti žalbu kao neosnovanu, ili uvažiti žalbu i rješenje preinačiti, ili ukinuti rješenje i prema potrebi uputiti predmet prvostupanjskom sudu na ponovno odlučivanje.
- (4) Kada drugostupanjski sud ukine prvostupanjsko rješenje i uputi predmet prvostupanjskom sudu na ponovno odlučivanje, prvostupanjski sud provest će postupak i donijeti rješenje u roku od 8 dana od dana primitka rješenja drugostupanjskog suda.
- (5) U rješenju kojim ukida prvostupanjsko rješenje, vijeće iz stavka 1. ovoga članka može odrediti da se osoba s duševnim smetnjama prisilno zadrži do donošenja rješenja iz stavka 4. ovoga članka.

VI. OTPUST IZ PSIHIJATRIJSKE USTANOVE

Članak 39.

Postupak otpusta iz psihijatrijske ustanove dobrovoljno smještene osobe s duševnim smetnjama istovjetan je postupku otpusta iz druge zdravstvene ustanove osim u slučaju ako su nastupili uvjeti koji odgovaraju uvjetima iz članka 22. ovoga Zakona. Tada će se osoba prisilno zadržati u skladu sa člankom 28. ovoga Zakona.

Članak 40.

- (1) Prisilno smještena osoba otpustit će se iz psihijatrijske ustanove nakon što prestanu razlozi zbog kojih je određen prisilni smještaj. Odluku o otpustu prisilno smještene osobe donosi predstojnik odjela ili psihijatar kojeg je predstojnik za to posebno ovlastio.
- (2) Psihijatrijska ustanova dužna je bez odgađanja poslati sudu obavijest o otpustu prisilno smještene osobe iz stavka 1. ovoga članka i obrazloženje odluke o tom otpustu.

Članak 41.

Brisan

Članak 42.

Kad u slučajevima propisanim ovim Zakonom osobu s duševnim smetnjama treba otpustiti iz psihijatrijske ustanove, a ona zbog svojega psihofizičkog stanja i uvjeta u kojima živi izvan ustanove nije sposobna brinuti se o sebi niti ima rođake ili druge osobe koje su po zakonu dužne i mogu se brinuti o njoj, premjestit će se iz psihijatrijske ustanove u socijalnu ustanovu po postupku predviđenom Zakonom o socijalnoj skrbi.

Članak 43.

Prisilno smještenim osobama psihijatrijska ustanova može odobriti privremeni izlazak iz psihijatrijske ustanove iz razloga oporavka ili medicinske terapije, osim ako se radi o osobi prisilno smještenoj po odredbama iz glave VII. ovoga Zakona.

VII. POSTUPAK PRISILNOG SMJEŠTAJA PREMA NEUBROJIVIM OSOBAMA I OSUĐENICIMA

1. Postupak prisilnog smještaja prema neubrojivim osobama

Članak 44.

- (1) Sud će donijeti odluku o prisilnom smještaju neubrojive osobe ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da ima teže duševne smetnje i da je opasna za okolinu.
- (2) Neubrojiva osoba je opasna za okolinu ako postoji visoki stupanj vjerojatnosti da bi ta osoba zbog duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počiniti kazneno djelo za koje je zapriječena kazna zatvora u trajanju od najmanje tri godine.

Članak 44.a

- (1) Postupak prisilnog smještaja prema odredbama članka 44. do 50.a ovoga Zakona provodi se prema osobama kojima je prisilni smještaj odredio sud u kaznenom postupku.
- (2) U postupku prisilnog smještaja neubrojivih osoba primjenjivat će se odredbe članka 44. do 50.a ovoga Zakona, a ako u tim odredbama nije što posebno propisano primjenjivat će se odredbe ovoga Zakona.
- (3) Prisilni smještaj započinje pravomoćnošću rješenja o određivanju prisilnoga smještaja u kaznenom postupku, odnosno rješenja o njegovom izvršenju prije pravomoćnosti (članak 462. stavak 4. Zakona o kaznenom postupku).
- (4) Nakon proteka vremena koje odgovara najvišoj zapriječenoj kazni za djelo koje je neubrojiva osoba počinila postupak otpusta provodi se prema odredbama glave VI. ovoga Zakona.

Članak 45.

- (1) Prvostupanjski sud koji je sudio u kaznenom postupku u kojem je određen prisilni smještaj neubrojivoj osobi dostavit će sudu nadležnom za postupak prisilnog smještaja (u daljnjem tekstu: sud) prijepise:
 - presude kojom se utvrđuje da je optuženik počinio protupravno djelo u stanju neubrojivosti,
 - rješenje o prisilnom smještaju s naznakom datuma njihove pravomoćnosti, odnosno pravomoćnosti rješenja iz članka 462. stavak 4. Zakona o kaznenom postupku,
 - nalaza i mišljenja vještaka,
 - izvatka iz kaznene evidencije,
 - socijalne ankete ako njome raspolaže, a po potrebi i druge podatke.

- (2) Sud će neubrojivoj osobi postaviti opunomoćenika iz reda odvjetnika radi zaštite njezinih prava ako to ona sama ne učini.
- (3) Sud će dostaviti bez odgode Ministarstvu zdravstva prijepis presude kojom se utvrđuje da je optuženik počinio protupravno djelo u stanju neubrojivosti i rješenje o prisilnom smještaju, nalaz i mišljenje vještaka, a po potrebi i druge podatke potrebne za donošenje odluke o izboru ustanove u kojoj će se provoditi prisilni smještaj. Ministarstvo zdravstva će u roku od tri dana od primitka rješenja iz stavka 1. ovoga članka donijeti odluku o izboru psihijatrijske ustanove u kojoj će se provoditi prisilni smještaj neubrojive osobe i tu će odluku dostaviti sudu. Ministarstvo zdravstva će toj ustanovi dostaviti prijepise navedenih dokumenata i druge podatke potrebne za planiranje i provođenje forenzičkog tretmana neubrojive osobe.
- (4) Nakon primitka odluke Ministarstva zdravstva iz stavka 3. ovoga članka sud će u roku od tri dana donijeti rješenje o upućivanju neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu radi provođenja prisilnog smještaja.
- (5) Rješenje o upućivanju neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu sadrži:
 - osobne podatke o neubrojivoj osobi koja se upućuje,
 - podatke o presudi i rješenju na temelju kojih se upućuje,
 - psihijatrijsku ustanovu u koju se upućuje,
 - naznaku da je prisilni smještaj određen na rok od šest mjeseci,
 - dan, mjesec i godinu kada je počeo teći taj rok i kada ističe, te
 - dan, mjesec i godinu kada se neubrojiva osoba upućuje u psihijatrijsku ustanovu.
- (6) Rješenje o upućivanju neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu dostavlja se neubrojivoj osobi, njenom zakon-

skom zastupniku, a ako ga nema, bliskoj osobi, opunomoćeniku, ustanovi u kojoj je neubrojiva osoba priltvorena i psihijatrijskoj ustanovi u kojoj će se provoditi prisilni smještaj.

- (7) Žalba protiv rješenja o upućivanju ne zadržava njegovo izvršenje.

Članak 45.a

Sud može, na obrazloženi prijedlog Ministarstva zdravstva, donijeti rješenje o premještaju neubrojive osobe u drugu psihijatrijsku ustanovu kojim će izmijeniti rješenje o upućivanju neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu, odnosno rješenje o produljenju prisilnog smještaja.

Članak 46.

- (1) Privremeni izlazak neubrojive osobe iz psihijatrijske ustanove radi njezine forenzičke terapije i rehabilitacije te socijalne adaptacije ili iz drugih opravdanih razloga odobrit će se ako postoji visoki stupanj vjerojatnosti da za vrijeme izlaska neće biti ugroženi njezin ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost.
- (2) O prvom izlasku neubrojive osobe i o kasnijim izlascima duljima od petnaest dana na temelju pisanoga obrazloženog prijedloga predstojnika odjela odlučuje sud. Odluku o ostalim izlascima donosi predstojnik odjela, o čemu izvješćuje sud.
- (3) Rješenjem kojim odlučuje o izlascima duljima od petnaest dana sud može odrediti zabranu napuštanja boravišta, posjećivanja određenih mjesta, susretanja i druženja s određenim osobama.
- (4) Predstojnik odjela je dužan poduzeti sve mjere i radnje radi sprječavanja mogućega opasnog ponašanja neubrojive osobe za vrijeme privremenog izlaska.

Članak 47.

- (1) Ako predstojnik odjela smatra da neubrojivoj osobi treba produljiti prisilni smještaj dužan je najmanje petnaest dana prije isteka trajanja prisilnog smještaja podnijeti sudu pisani obrazloženi prijedlog za produljenje smještaja.
- (2) Ako sud utvrdi da i dalje postoje razlozi za prisilni smještaj neubrojive osobe iz članka 44. stavka 1. ovoga Zakona donijet će rješenje o produljenju prisilnog smještaja prije isteka trajanja prisilnog smještaja.
- (3) Prisilni smještaj neubrojivoj osobi produljuje se na rok od godinu dana.

Članak 48.

- (1) Ako predstojnik odjela smatra da neubrojivu osobu treba otpustiti, dužan je odmah, a najkasnije petnaest dana prije isteka trajanja prisilnog smještaja, podnijeti sudu pisani obrazloženi prijedlog za otpust.
- (2) Neubrojiva osoba kojoj je prisilni smještaj produljen, njezin zakonski zastupnik, bliska osoba i opunomoćenik mogu podnijeti zahtjev za otpust jednom u godini dana.
- (3) Sud će donijeti rješenje o otpustu neubrojive osobe iz psihijatrijske ustanove ako utvrdi na temelju mišljenja liječničkog tima liječnika psihijataru koji su liječili neubrojivu osobu da ona više nema teže duševne smetnje ili da nije opasna za okolinu.
- (4) Sud će donijeti rješenje o uvjetnom otpustu neubrojive osobe i njezinom liječenju na slobodi ako je na temelju mišljenja liječničkog tima liječnika psihijataru koji su liječili neubrojivu osobu i utvrdio da je za otklanjanje opasnosti za okolinu dostatno njeno liječenje na slobodi.

Članak 48.a

- (1) Uvjetni otpust može trajati najdulje tri godine.

- (2) Za vrijeme uvjetnog otpusta sud će na prijedlog liječnika psihijatra, ako utvrdi da neubrojiva osoba više nema teže duševne smetnje ili da nije opasna za okolinu, rješenjem odrediti prestanak liječenja neubrojive osobe.
- (3) Ako kod neubrojive osobe koja je na uvjetnom otpustu dođe do pogoršanja zdravstvenog stanja i uslijed toga do visokog stupnja vjerojatnosti da bi zbog duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo, sud će opozvati uvjetni otpust.

Članak 49.

- (1) Sud će postupak za otpust, uvjetni otpust ili produljenje prisilnog smještaja započeti povodom prijedloga predstojnika odjela psihijatrijske ustanove, zahtjeva osoba iz članka 48. stavka 2. ovoga Zakona, ili po službenoj dužnosti ako petnaest dana prije isteka trajanja prisilnog smještaja ne primi prijedlog za otpust, odnosno za produljenje smještaja neubrojive osobe.
- (2) O produljenju prisilnog smještaja, uvjetnom otpustu ili otpustu neubrojive osobe sud odlučuje nakon provedene rasprave. O raspravi će se izvijestiti neubrojiva osoba, njezin zakonski zastupnik, punomoćnik, bračni ili izvanbračni drug, prema potrebi i druge bliske osobe te njezin liječnik psihijatar, centar za socijalnu skrb (članak 27. stavak 4.) i državni odvjetnik. Rasprava se ne može održati bez prisutnosti opunomoćenika i liječnika psihijatra neubrojive osobe.
- (3) Ako neubrojiva osoba ne može doći na raspravu, sudac će je posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi i, ako je to s obzirom na njezino zdravstveno stanje moguće, obaviti s njom razgovor. Sud će u pravilu raspravu održati u odgovarajućoj prostoriji psihijatrijske ustanove.
- (4) Rješenje o produljenju prisilnog smještaja neubrojive osobe sadrži: osobne podatke o neubrojivoj osobi koja je pri-

silno smještena, podatke o presudi i rješenju na temelju kojih je njen prisilni smještaj određen, psihijatrijsku ustanovu u kojoj je smještena, naznaku da se prisilni smještaj produljuje na rok od jedne godine, dan, mjesec i godinu od kada je prisilni smještaj započeo te dan, mjesec i godinu kada ističe.

- (5) Rješenje o otpustu sadrži osobne podatke o neubrojivoj osobi koja je prisilno smještena, podatke o presudi i rješenju na temelju kojih je njen prisilni smještaj bio određen, psihijatrijsku ustanovu u kojoj je smješten, dan, mjesec i godinu kada je započeo prisilni smještaj.
- (6) Rješenje o uvjetnom otpustu sadrži, uz podatke iz prethodnog stavka, obveze uvjetno otpuštene osobe u njezinom forenzičkom tretmanu na slobodi.

Članak 49.a

- (1) U postupku prestanka uvjetnog otpusta i opoziva uvjetnog otpusta primjenjuju se odredbe članka 49. stavka 2. ovoga Zakona.
- (2) Rješenje o prestanku uvjetnog otpusta sadrži osobne podatke o neubrojivoj osobi koja je bila prisilno smještena, podatke o presudi i rješenju na temelju kojih je njen prisilni smještaj bio određen, podatke o rješenju o uvjetnom otpustu te odluku o prestanku liječenja.
- (3) Rješenje o opozivu uvjetnog otpusta sadrži osobne podatke o neubrojivoj osobi koja je prisilno smještena, podatke o presudi i rješenju na temelju kojih je njen prisilni smještaj bio određen, podatke o rješenju o uvjetnom otpustu koje se opoziva, psihijatrijsku ustanovu u koju će se smjestiti te naznaku da se prisilni smještaj produljuje na rok od jedne godine.
- (4) Sud će, na temelju rješenja o opozivu uvjetnog otpusta, izdati dovedbeni nalog koji sadrži: ime i prezime neubrojive osobe i druge potrebne osobne podatke, podatke o rješenju o opozivu uvjetnog otpusta i

psihijatrijsku ustanovu u koju će neubrojiva osoba biti dovedena, kao i službeni pečat i potpis suca koji izdaje nalog.

- (5) Dovedbeni nalog izvršavaju redarstvene vlasti, u suradnji sa zdravstvenim djelatnicima psihijatrijske ustanove. Osoba kojoj je povjereno izvršenje naloga predaje nalog neubrojivoj osobi i poziva ju da pođe s njom. Ako neubrojiva osoba to odbije, dovest će se prisilno.

Članak 50.

- (1) Kada odlučuje o produljenju, otpustu, uvjetnom otpustu, privremenom izlasku te prestanku ili opozivu uvjetnog otpusta neubrojive osobe zbog složenosti slučaja (op. ur.: sud) može, a zbog nedostatka u obrazloženju prijedloga predstojnika odjela mora zatražiti nalaz i mišljenje vještaka psihijatra.
- (2) Nalaz i mišljenje vještaka iz stavka 1. ovoga članka sud može zatražiti i na prijedlog neubrojive osobe ili njezinog zastupnika.
- (3) Vještak daje svoje mišljenje na temelju psihijatrijskog pregleda neubrojive osobe, uvida u raspoloživu medicinsku dokumentaciju i u spis predmeta.
- (4) Vještačenje u postupku prisilnog smještaja neubrojivih osoba može se zatražiti isključivo od forenzičkih psihijata koji se bave liječenjem prisilno smještenih neubrojivih osoba na drugim forenzičkim odjelima u Republici Hrvatskoj ili od vještaka forenzičkih psihijata koji se nalaze na posebnom popisu vještaka koji odobrava Hrvatska liječnička komora.

Članak 50.a

- (1) Rješenja iz članka 49. stavka 4., 5. i 6. te članka 49.a stavka 2. i 3. ovoga Zakona sud će dostaviti osobama iz članka 36. stavak 2. ovoga Zakona i državnom odvjetniku.

- (2) Protiv rješenja iz stavka 1. ovoga članka pravo žalbe imaju osobe iz članka 36. stavka 2. ovoga Zakona i državni odvjetnik.
- (3) Žalba protiv rješenja o otpustu odgađa njegovo izvršenje.

2. Postupak prisilnog smještaja prema osuđenima

Članak 51.

- (1) Kad se kod osobe koja se nalazi na izdržavanju kazne zatvora utvrdi postojanje duševnih smetnji, postupit će se prema odredbama zakona kojim se propisuje izvršenje kaznenopravnih i prekršajnih sankcija.
- (2) Postupak prema osobama iz stavka 1. ovoga članka osim u pogledu prisilnog smještaja izjednačen je s postupkom prema drugim osobama s duševnim smetnjama.

Članak 52.

Odredba članka 51. stavka 2. ovoga Zakona primjenjuje se i na osuđenika kojemu je uz kaznu zatvora sud izrekao i sigurnosnu mjeru obveznog psihijatrijskog liječenja za vrijeme izdržavanja te kazne.

Članak 53.

Mjera obveznoga psihijatrijskog liječenja na slobodi, primijenit će se na način određen Kaznenim zakonom i propisima o izvršenju kaznenopravnih i prekršajnih sankcija.

VIII. PRIMJENA FIZIČKE SILE U ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Članak 54.

- (1) Fizička sila ili izdvajanje u zaštiti osobe s duševnim smetnjama primijenit će se u psihijatrijskoj ustanovi samo kad je to jedino sredstvo da se tu osobu spriječi da svojim napadom ne ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili zdravlje ili nasilno uništi ili oštetiti tuđu imovinu veće vrijednosti.
- (2) Fizička sila ili izdvajanje iz stavka 1. ovoga članka primijenit će se samo u mjeri i na način prijeko potreban radi otklanjanja opasnosti izazvane napadom osobe s duševnim smetnjama.
- (3) Primjena fizičke sile ili izdvajanja smije trajati samo dok je nužno da se ostvari svrha iz stavka 1. ovoga članka.

Članak 55.

Fizička sila je u smislu ovoga Zakona uporaba sredstava za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja osoba s duševnim smetnjama. Zdravstveni djelatnici u tu svrhu koriste sredstva sukladno propisima ministra zdravstva. Kada tijela unutarnjih poslova postupaju prema članku 24. i 59. ovoga Zakona koriste sredstva sukladno propisima o unutarnjim poslovima.

Članak 56.

- (1) Odluku o primjeni fizičke sile ili izdvajanja iz članka 54. ovoga Zakona donosi psihijatar te nadzire njezinu primjenu.
- (2) Kada zbog iznimne žurnosti nije moguće čekati da odluku donese psihijatar, odluku o primjeni fizičke sile ili izdvajanja može donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili tehničar, koji su dužni o tome odmah obavijestiti psihijatra koji će odlučiti o njenoj daljnjoj primjeni.

Članak 57.

Kod izdvajanja osobe s duševnim smetnjama ili pri uporabi stezulje ili drugog oblika fizičkog obuzdavanja osobe s duševnim smetnjama obvezno je osigurati stalno praćenje tjelesnog i duševnog stanja te osobe od strane stručnoga medicinskog osoblja.

Članak 58.

- (1) Prije nego što se na nju primijeni fizička sila, osoba će, ako je to s obzirom na okolnosti slučaja moguće biti na to upozorena.
- (2) Razlozi, način i mjera primjene fizičke sile te ime osobe koja je donijela odluku o njezinoj primjeni obvezno se upisuju u liječničku dokumentaciju.
- (3) Roditelji maloljetne osobe s duševnim smetnjama ili zakonski zastupnik ili skrbnik osobe s duševnim smetnjama obavijestit će se odmah o primjeni fizičke sile ili izdvajanja.

Članak 59.

- (1) Ovlaštene službene osobe Ministarstva unutarnjih poslova dužne su na poziv doktora medicine pružiti pomoć zdravstvenim djelatnicima pri savladavanju tjelesnog otpora osobe iz članka 22. ovoga Zakona, ali samo dok ta osoba pruža tjelesni otpor te dok se ne osigura zbrinjavanje i otklanjanje neposredne opasnosti te osobe.
- (2) Kada postoji izravna opasnost da će osoba s duševnim smetnjama svojim ponašanjem u psihijatrijskoj ustanovi napasti na život ili tijelo neke osobe ili otuđiti, uništiti ili teže oštetiti imovinu te ustanove, službene osobe Ministarstva unutarnjih poslova dužne su na poziv ravnatelja ili zdravstvenog djelatnika kojeg je za to ovlastio ravnatelj psihijatrijske ustanove žurno pružiti odgovarajuću pomoć.
- (3) Osoba koja je uputila pozive iz stavka 1. i 2. ovoga članka dužna ga je naknadno u pisanom obliku obrazložiti te to obrazloženje uložiti u liječničku dokumentaciju.

IX. POVJERENSTVO ZA ZAŠTITU OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA I PSIHIJATRIJSKE USTANOVE

Članak 60.

- (1) Državno povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama osniva se pri Ministarstvu zdravstva Republike Hrvatske.
- (2) Sredstva za rad Državnog povjerenstva za zaštitu osoba s duševnim smetnjama osiguravaju se u državnom proračunu.

Članak 61.

- (1) Državno povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama nadležno je:
 - a) poduzimati mjere za sprječavanje nastanka duševnih bolesti i drugih duševnih smetnji,
 - b) unaprjeđivati postupanje prema osobama s duševnim smetnjama,
 - c) pratiti provođenje postupaka propisanih ovim Zakonom i predlagati psihijatrijskoj ustanovi i nadležnom državnom tijelu mjere za otklanjanje uočenih nezakonitosti,
 - d) nadzirati poštovanje ljudskih prava i sloboda i dostojanstva osoba s duševnim smetnjama,
 - e) po vlastitoj prosudbi ili na prijedlog treće osobe ispitivati pojedinačne slučajeve prisilnog zadržavanja ili prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu, odnosno smještaja djece, maloljetnih osoba, osoba lišenih poslovne sposobnosti te punoljetnih osoba koje nisu sposobne dati pristanak,
 - f) primati prigovore i pritužbe osoba s duševnim smetnjama, njihovih zakonskih zastupnika, članova obitelji, opunomoćenika, trećih osoba, ili centra za socijalnu skrb te poduzimati potrebne mjere provjere i nadzora,

- g) predlagati nadležnom sudu donošenje odluke o otpustu iz psihijatrijske ustanove.
- (2) Državno povjerenstvo posjećuje najmanje jednom u šest mjeseci i to bez najave psihijatrijsku ustanovu radi provjere uvjeta i načina provođenja zaštite i liječenja osoba s duševnim smetnjama.

Članak 62.

- (1) Ustroj i rad Državnog povjerenstva propisuje ministar zdravstva.
- (2) Na sve članove povjerenstva se primjenjuje obveza čuvanja profesionalne odnosno službene tajne u skladu sa člankom 17. ovoga Zakona.

Članak 63.

- (1) Zaštitu i liječenje osoba s duševnim smetnjama obavljaju psihijatrijske ustanove.
- (2) Smještaj i liječenje neubrojivih osoba obavlja se samo u javnim psihijatrijskim ustanovama koje odredi Ministarstvo zdravstva.

X. KAZNENE ODREDBE

Članak 64.

- (1) Psihijatrijska ustanova kazniti će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 300.000,00 kuna za prekršaj ako:
1. pregleda ili podvrgne osobu s duševnim smetnjama liječničkom postupku bez prethodnog valjanog pristanka (članak 8. i 9.),
 2. osobi s duševnim smetnjama ometa ili uskraćuje prava iz članka 10. ovoga Zakona,
 3. u liječenju osobe s duševnim smetnjama postupi suprotno članku 15. ovoga Zakona,

4. poduzima biomedicinska istraživanja nad osobama s duševnim smetnjama suprotno članku 16. ovoga Zakona,
 5. povrijedi obvezu čuvanja profesionalne odnosno službene tajne (članak 17.),
 6. vodi i postupa s medicinskom dokumentacijom suprotno članku 18. i 19. ovoga Zakona,
 7. dobrovoljno smjesti osobu s duševnim smetnjama suprotno članku 21. ovoga Zakona,
 8. o prisilnom zadržavanju osobe ne obavijesti županijski sud u roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju (članak 27. stavak 1.),
 9. ne otpusti osobu s duševnim smetnjama istekom trajanja prisilnog smještaja ili o otpustu ne obavijesti sud (članak 40.),
 10. u roku od 7 dana prije isteka trajanja prisilnog smještaja ne zatraži od suda donošenje rješenja o otpustu ili o produženom prisilnom smještaju neubrojive osobe (članak. 34. stavak 1.),
 11. dopusti prisilno smještenoj osobi privremeni izlazak iz psihijatrijske ustanove suprotno članku 46. ovoga Zakona,
- (2) Za prekršaje iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 1.000,00 do 10.000,00 kuna osoba čijom je radnjom ostvaren prekršaj iz stavka 1. ovoga članka i odgovorna osoba u psihijatrijskoj ustanovi.

XI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 65.

Ministar zdravstva dužan je donijeti provedbene propise na koje je ovlašten po odredbama ovoga Zakona u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 66.

Psihijatrijska će ustanova u roku od 15 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona obavijestiti nadležni županijski sud o svim osobama koje su se na dan stupanja na snagu ovoga Zakona zatekle u psihijatrijskoj ustanovi bez pristanka.

Članak 67.

Županijski sud će najkasnije u roku od 30 dana po primitku obavijesti iz članka 66. ovoga Zakona donijeti rješenja sukladno članku 34. ovoga Zakona za sve osobe koje su prisilno smještene u psihijatrijsku ustanovu prije stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 68.

U sudskom postupku o prisilnom smještaju ako pojedina pitanja nije moguće riješiti prema pravilima izvanparničnog postupka odgovarajuće će se primjenjivati odredbe Zakona o parničnom postupku ("Narodne novine", br. 53/91.).

Članak 69.

Danom stupanja na snagu ovoga Zakona prestaje važiti članak 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine", br. 11/94., 75/95., 55/96. i 1/97. - pročišćeni tekst).

Članak 70.

Ovaj Zakon stupa na snagu 1. siječnja 1998. godine.