

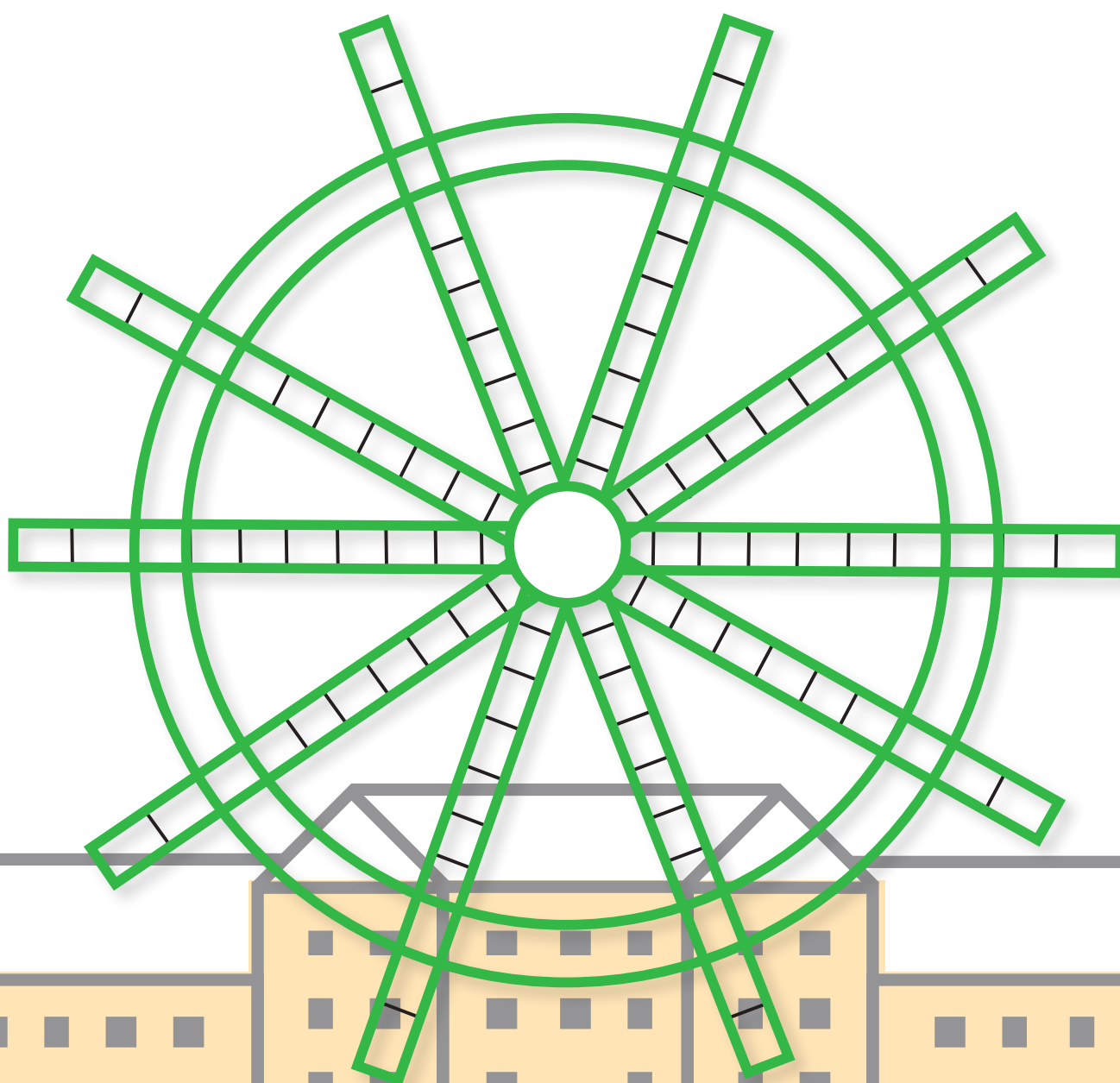
SMJERNICE ZA KLINIČKU PRAKSU U PSIHIJATRIJI

SVEOBUH VATAN PRISTUP OPORAVKU I
POŠTIVANJU LJUDSKIH PRAVA



Klinika za psihijatriju Vrapče

University Psychiatric Hospital Vrapče



SADRŽAJ

INFORMIRANI PRISTANAK NA LIJEČENJE U PSIHIJATRIJSKOJ USTANOVI	5
SMJERNICE ZA IZRADU PSIHOBIOCIJALNE FORMULACIJE I INDIVIDUALNI OG PLAN LIJEČENJA	21
Prilog: Principi oporavka.....	29
SMJERNICE ZA PROCJENU FUNKCIONIRANJA OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOG ZDRAVLJA.....	33
SMJERNICE ZA PREVENCIJU PRIJEMA BEZ PRISTANKA I PRIMJENE MJERA PRISILE U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA.....	41
SMJERNICE ZA POSTUPAK DEESKALACIJE	99
POSTER POSTUPKA DEESKALACIJE	112
BVC KONTROLNA LISTA ZA NASILJE	113
PSIHIČKI POREMEĆAJI SA PSIHOZOM I SHIZOFRENIJA - SMJERNICE ZA PSIHOSOCIJALNE POSTUPKE	115
SMJERNICE ZA PRIMJENU INDIVIDUALNE I GRUPNE PSIHODINAMSKE PSIHOTERAPIJE ZA LIJEČENJE OSOBA S DIJAGNOZOM PSIHOZE I /ILI SHIZOFRENIJE.....	161
PROCJENA TERAPIJSKE KULTURE OPORAVKA I LJUDKIH PRAVA U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA.....	177
LETCI O PRAVIMA	191

Poštovane i cijenjene kolegice i kolege,

Izuzetna nam je čast i zadovoljstvo što u okvirima obilježavanja 143. godišnjice osnutka Klinike za psihijatriju Vrapče imamo priliku predstaviti objedinjene smjernice vezane uz oporavak i zaštitu ljudskih prava te koncept "kormila oporavka" kao svojevrsan podsjetnik na važnost trajne usmjerenosti oporavku i zaštiti ljudskih prava u psihijatriji, to jest, u skrbi za osobe s psihičkim smetnjama i poremećajima.

Klinika za psihijatriju Vrapče je kroz cijelu svoju bogatu, plodonosnu i dugogodišnju povijest trajno usmjerena brizi, skrbi i služenju osobama s psihičkim smetnjama i poremećajima, nerijetko najpotrebitijim i najranjivijim članovima naše zajednice. Neizostavan, a usuđujem se reći i središnji dio te brige i skrbi oduvijek je bila i zaštita temeljnih, no i svih drugih ljudskih prava osoba s psihičkim smetnjama i poremećajima te trajna usmjerenost njihovom punom, osobnom i društvenom, oporavku. Vjerujem kako upravo zbog tih temeljnih vrijednosti i poslanja, a koja su utkana u samu bit Klinike te prožimaju njezinu cjelokupnu povijest, Klinika za psihijatriju Vrapče ujedno je i prepoznata kao vodeća i središnja psihijatrijska institucija u Republici Hrvatskoj.

I u pripremi i izradi ovih smjernica, usuđujem se reći, presudnu ulogu, između ostalih, imali su djelatnici Klinike za psihijatriju Vrapče, a posebno profesorica Slađana Štrkalj Ivezić, koja je u području psihijatrije glavni inicijator i promotor svih programa vezanih uz oporavak i zaštitu ljudskih prava.

Smjernice u sustavu suvremene psihijatrije predstavljaju važan, odnosno nezaobilazni koncept u liječenju i postupanju spram osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. On se temelji na znanstvenim zasadama biopsihosocijalnog pristupa u liječenju psihičkih poremećaja, u maniri individualnog pristupa svakom pojedincu gdje se u planiranju terapije uz znanstvene zasade obligatno poštuje i izbor i preferencije pacijenta čime se promoviraju ljudska prava naših pacijenata, ali i njihovo dostojanstvo.

Pozdravljam Vas s poštovanjem,

Ravnateljica Klinike:
izv. prof. dr. sc. Petrana Brečić, dr. med.



Klinika za psihijatriju Vrapče

Referentni centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode



Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju



Hrvatsko psihijatrijsko društvo

Informirani pristanak na liječenje u psihijatrijskoj ustanovi

SMJERNICE ZA PSIHIJATRE

Autori

**Slađana Štrkalj Ivezić, Alma Mihaljević Peleš, Petrana Brečić, Sunčana Roksandić
Vidilička**

Zagreb, 2020

Uvod

Potpisivanje suglasnosti za liječenje, odnosno pristanak obaviještenog pacijenta rezultat je procesa komunikacije između liječnika i pacijenta u kojem pacijent dobiva informacije važne za donošenje odluke o liječenju. Istraživanja potvrđuju da liječenje obaviještenog pacijenta pokazuje bolje rezultate, stoga je važno raditi na poboljšanju kvalitete ovog procesa.

Smjernice za postupanje u procesu informiranog pristanka imaju za cilj povećati kompetencije psihijatara u ovom procesu, osobito poboljšati kvalitetu komunikacije i razumijevanje pacijenta te povećati znanja iz područja ljudskih prava.

Informirani pristanak na liječenje više je od potpisivanja pravno obvezujućeg dokumenta suglasnosti o liječenju. To je proces dijaloga u kojem psihijatar pacijentu iznosi informacije koje su važne da pacijent donese odluku o liječenju, to je također proces stvaranja povjerenja i osnaživanja pacijenta kao i stvaranja aktivnog savezništva u liječenju.

Postupci povezani s informiranim pristankom na bolničko liječenje često ne prestaju potpisivanjem pristanka, budući da različite okolnosti mogu dovesti do potrebe revizije pristanka kao što su novi prijedlozi u liječenju, promjena psihičkog stanja pacijenta uključujući i oscilacije sposobnosti za donošenje odluka i sl. Stoga je potrebno periodično evaluirati i obnavljati informirani pristanak.

Iskustva tijela koja nadziru rad psihijatrijskih institucija poput Nacionalnog preventivnog mehanizma u sklopu institucije pučkog pravobranitelja otkrivaju neregularnosti u ovom procesu pa se tako vrlo često u praksi nalazi da pacijenti koji su potpisali suglasnost za liječenje izjavljuju da nisu dobili dovoljno informacija, da ne žele bolničko liječenje, te da su potpisali pristanak iz straha od prisilnog zadržavanja. Također, rezultati istraživanja provedenog na uzorku od 254 pacijenta liječenih u različitim psihijatrijskim bolnicama u RH potvrđuju lošu informiranost pacijenta o svom zdravstvenom stanju (Barbiš 2019).

Svi postupci u medicini, pa tako i postupci u okviru psihijatrijskog liječenja provode se na osnovu slobodnog informiranog pristanka. Poticanje kulture dobrovoljnosti liječenja osobito je važno u psihijatriji jer proizvodi bolje učinke liječenja. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (UN 2006) navodi slobodan informirani pristanak na liječenje kao osnovno ljudsko pravo na temelju kojeg je jedino moguće provoditi liječenje. Glavna je svrha pristanka obaviještenog pacijenta potvrditi autonomiju pacijenta i njegovu potrebu na samoodređenje te osigurati zaštitu njegovih prava (Turković 2008). Liječenje bez informiranog pristanka je izuzetak, moguće je u vitalnim indikacijama kao što su primjerice situacije spašavanja života i medicinskim indikacijama – ozbiljnog oštećenja zdravlja (Grozđanić 2015), odnosno jedino ako se radi o neodgodivoj medicinskoj intervenciji čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenata ili izazvalo trajna oštećenja njegova zdravlja (Zakon o zaštiti prava pacijenata 2004), i to samo dok traje ugroženost. U psihijatrijskim poremećajima radi se najčešće o visokorizičnom suicidalnom, agitiranom, agresivnom ponašanju, delirantnim stanjima, stuporoznim stanjima i promijenjenoj svijesti kod malignog neuroleptičkog sindroma.

Pacijenti primljeni na bolničko liječenje bez svog pristanka na osnovu čl. 27. ZZODS-a prema kojemu je moguće osobu s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestiti u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj, ne potpisuju informirani pristanak, međutim to automatski ne znači prisilno liječenje. Ove pacijente također je potrebno informirati o liječenju i tražiti njihov pristanak za postupke liječenja koje planiramo provoditi.

Tko potpisuje pristanak na liječenje?

Sve osobe primljene na bolničko psihijatrijsko liječenje imaju pravo na informacije o svom zdravstvenom stanju i postupcima koji se predlažu za liječenje bez obzira na to jesu li potpisali suglasnost za liječenje, međutim informirani pristanak na liječenje potpisuju samo oni pacijenti koji su primljeni u bolnicu na temelju čl. 25. ZZODS-a kao dobrovoljni smještaj,

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) sve osobe primljene na bolničko psihijatrijsko liječenje po čl. 25. koje su sposobne donijeti odluku o liječenju, uključujući i osobe lišene poslovne sposobnosti, obavezno potpisuju informirani pristanak za liječenje, čime potvrđuju da su dobile dovoljno informacija o svom zdravstvenom stanju i liječenju, kako bi mogle donijeti odluku, te da su svoju suglasnost dali svojom slobodnom voljom.

Što je to slobodan informirani pristanak na liječenje ?

Pristanak obaviještenog pacijenta (engl. *informed consent*) je postupak tijekom kojeg pacijent daje svoj pristanak ili odbijanje za medicinski postupak na temelju informacija koje mu je pružio zdravstveni djelatnik o prirodi i potencijalnim rizicima predloženog postupka (Coy 1989). Prema ZZODS-u (2015) pristanak na liječenje je slobodno dana suglasnost osobe za provođenje određenog medicinskog postupka koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti predloženog postupka i drugih mogućnosti liječenja.

Pristanak obaviještenog pacijenta nije samo jedan događaj ili samo potpis, radi se o procesu koji omogućuje pacijentu da slobodno odlučuje na temelju objektivnih informacija primljenih od zdravstvenih djelatnika, koje su njemu predstavljene na razumljiv način, a uključuju saznanja o bolesti, dijagnostičkim i/ili terapijskim postupcima, rizicima tih postupaka i drugim metodama liječenja (Terry 2007). U procesu pristanka obaviještenog pacijenta vodi se dijalog i izmjenjuju se informacije između liječnika i pacijenta, omogućuje se pacijentu da odlučuje o svim postupcima vezanim za njegovo liječenje te se jača uloga pacijenta u postupku liječenja i on postaje aktivni partner u liječenju.

Preduvjeti za pristanak obaviještenog pacijenta su sposobnost shvaćanja pojedinca da ima izbor i da svaki izbor nosi posljedice, spremnost da se učini izbor, razumijevanje prirode i svrhe predloženog medicinskog postupka, kao i razumijevanje rizika i nuspojava medicinskih postupaka, razumijevanje drugih metoda liječenja i posljedica neliječenja te sloboda u odlučivanju. (Leino Klipi i sur 2000).

Suvremena medicina odmaknula se od paternalističkog pristupa u kojem liječnik donosi odluku prema suodlučivanju liječnika i pacijenta i odlučivanju pacijenta. U hrvatskoj medicini prihvaćen je koncept suodlučivanja u kojem je naglasak na suradnji između liječnika i pacijenta i poštovanju autonomije pacijenta.

Što je to valjan informirani pristanak ?

Da bi informirani pristanak na liječenje bio valjan, neophodno je da budu ispunjeni sljedeći uvjeti: adekvatnost informacija za donošenje odluka, saopćavanje informacija na primjeren način kako bi ih pacijent mogao razumjeti, dobrovoljnost pristanka i sposobnost bolesnika za donošenje odluke o liječenju. Svi ovi kriteriji moraju biti zadovoljeni prije nego što se od osobe traži da potpiše informirani pristanak na liječenje.

U slučajevima kada psihijatar ne može donijeti odluku o zakonskoj regulativi prijema u bolnicu psihijatar ima najviše 48 sati vremena da opservira stanje kako bi mogao donijeti odluku.

1. Informiranost o zdravlju i liječenju: Osobi kojoj se preporučuje liječenje u bolnici potrebno je dati dovoljno informacija o predloženom liječenju da bi mogla donijeti odluku o prihvatanju ili odbijanju liječenja. Informacije uključuju opis zdravstvenog stanja, opis i ciljeve predloženog liječenja, moguće koristi i negativne učinke/rizike predloženog liječenja; moguća alternativna liječenja (npr. dnevna bolnica, ambulantno liječenje, druge metode liječenja) kao i moguće rizike od ne prihvatanja predloženog liječenja.

Informiranost o pravima: Osim zdravstvenih informacija osoba mora biti informirana o pravima, tj. osoba mora obavezno biti informirana da slobodni pristanak na liječenje uključuje pravo slobodnog povlačenja informiranog pristanka i traženja otpusta iz bolnice prije nego što potpiše pristanak na liječenje. Informacije se daju na način da ih osoba može razumjeti, prilagođeno njezinim potrebama primjerice izbjegavanjem upotrebe stručnih izraza koje osoba ne može razumjeti ili upotrebom primjerice pisanih informacija ako osoba ima oštećenje sluha. Ako osoba nije dobila dovoljno informacija potrebnih za donošenje odluke, odnosno nije ih razumjela, pristanak na liječenje nije valjan.

Adekvatnost informacija odnosi se na obavezu liječnika da bolesniku na njemu razumljiv način objasni koja je svrha predloženog postupka, koji rezultati se očekuju, kako će se postupak sprovesti, koje su moguće posljedice, da mu se predoče moguće alternative te da ga se informira o mogućim posljedicama ako se predloženi postupak ne provede. Pacijent mora imati priliku da postavlja pitanja i dobije odgovore,

U hitnim situacijama pacijent ima smanjenu sposobnost slušanja i interpretiranja informacija, stoga one moraju biti sažete i fokusirane.

Informacije moraju biti usmene prema ZZODS-u međutim, prema pravilniku Ministarstva zdravstva uz obrazac suglasnosti kojim se prihvaća pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak pacijent dobiva i pisanu obavijest o pojedinom preporučenom dijagnostičkom odnosno terapijskom postupku.

Napomena: U sklopu projekta QualityRights SZO-a koji se provodio u Hrvatskoj izrađeni su letci o pravima pacijenta vezano uz prijem u psihijatrijsku instituciju sa ili bez pristanka, o informiranom pristanku i poslovnoj sposobnosti čiju distribuciju u psihijatrijske institucije podržava Ministarstvo zdravstva, stoga se preporučuje njihova primjena.

Potrebno je provjeriti je li pacijent čuo i razumio informacije kako bismo bili sigurni da je pacijent dobio informacije koje su mu potrebne za donošenje odluke o liječenju. Pacijenta uvijek treba ohrabriti da postavi dodatna pitanja prije potpisivanja informiranog pristanka.

Koja količina informacija je neophodna da bi pacijent donio odluku?

Pacijent mora dobiti dovoljno informacija kako bi mogao donijeti odluku. Obim informacija ovisit će o potrebama pacijenta, kliničkom stanju pacijenta, raspoloživom vremenu, pritisku posla i sl. Međutim, isprika da nemamo vremena ne može biti razlog da pacijent ne dobije minimum informacija koje su mu potrebne da donese odluku.

Informacije moraju biti sažete i informativne, oslobođene od nepotrebnih detalja.

Napomena: U članku 14. ZZODS-a navodi se niz prava o kojima pacijent treba biti upoznat u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, te poučen o tome kako ih može ostvariti. Usmena informacija o svim pravima koja se navode u članku 14. teško se može provesti u praksi kod

prijema koji se odvija u situaciji hitne psihijatrijske ambulante vezano uz vrijeme koje je potrebno da se osoba informira o svim navedenim pravima članka 14., niti su sva prava navedena u članku 14. relevantna za sve pacijente. Stoga se preporučuje prije potpisivanja informiranog pristanka nužno informirati o pravima koja su relevantna da bi pacijent donio odluku o liječenju kao što su primjerice informacije o njegovom zdravstvenom stanju, prednostima i rizicima liječenja koje se predlaže, odjelu na koji će biti smješten i pravu na povlačenje informiranog pristanka. O ostalim pravima treba biti informiran tijekom liječenja.

2. Dobrovoljnost podrazumijeva da bolesnik donosi odluku samovoljno, bez tuđeg utjecaja, prinude, obmane i manipulacije i da svoj pristanak može povući u svakom trenutku. Ova mogućnost povlačenja pristanka predstavlja garanciju slobode pristanka. Primjerice, liječnik i drugi stručnjaci ne bi smjeli reći osobi da će biti prisilno primljena u bolnicu ako odbije predloženo liječenje, niti osoba smije biti dovedena u situaciju da misli da ako ne prihvati predloženo liječenje da će za nju nastupiti negativne posljedice, poput oduzimanja povlastica, nemogućnosti liječenja i slično. Mnogi pacijenti će odluku donijeti na temelju povjerenja koje imaju u liječnika, stoga je važno da su informacije koje liječnik daje točne i iskrene, oslobođene od manipulacija, npr. opisati antipsihotike kao lijekove za spavanje.

3. Sposobnost za donošenje odluke o liječenju

Sposobnost za donošenje odluka uključuje sposobnost razumijevanja informacija sagledavanja posljedica odluke i donošenja odluke. Odnosi se na sposobnosti osobe da primi, procesuirá, zapamti i razumije informacije i da ih primjeni na svoju situaciju i donese odluku o liječenju bilo da prihvaća ili odbija ponuđeno liječenje.

Sposobnost za donošenje odluke o hospitalnom liječenju je sposobnost osobe da razumije informacije relevantne za donošenje odluke o psihijatrijskom liječenju, da može odvagati razloge za i protiv odluke, da može razumjeti posljedice prihvaćanja i odbijanja liječenja i da može komunicirati svoju odluku.

Sposobnost za donošenje odluke o liječenju procjenjuje se u aktualnoj situaciji kada pacijent donosi odluku. Neprihvatanje liječenja ne podrazumijeva automatski nedostatak sposobnosti za donošenje odluke.

Kapacitet za donošenje odluke za konkretnu odluku nema osoba koja ne može donijeti odluku zato što ne razumije informacije relevantne za odluku, ne može odvagati informacije u smislu prednosti i nepogodnosti da bi donijela odluku i ne može tu odluku izraziti govorom, pismom, ili znakovima (ako je npr. gluhonijema). Informacije relevantne za odluku uključuju procjenjivanje posljedica u svakom konkretnom slučaju.

Pacijentov kapacitet za donošenje odluka može biti oštećen iz različitih razloga kao što su simptomi psihoze, demencija, intelektualne poteškoće, stanja konfuzije, aktualna uznemirenost, intoksikacija, pretjerana sediranost lijekovima i drugo.

Potrebno je znati da tek mali broj pacijenata s dijagnozom mentalnog poremećaja nije sposobno donijeti odluku o liječenju. Sama činjenica prisutnosti različite psihopatologije ne znači automatsku nesposobnost za donošenje odluka. Psihijatri trebaju izvršiti funkcionalnu procjenu te procijeniti utječe li psihopatologija na ozbiljne poteškoće u donošenju konkretne odluke, te procijeniti postoje li ozbiljne posljedice po zdravlje ili opasnost za sebe, druge i sigurnost ako se liječenje ne provede odmah, odnosno dovode do vitalne indikacije ugroženosti života ili medicinske indikacije ozbiljnih posljedica za zdravlje koje će nastati ako se liječenje ne provede odmah.

Potrebno je napomenuti da uvid u bolest nije nužno povezan s nedostatkom kapaciteta za donošenje odluke o liječenju. Čak i pacijenti koji ne prihvaćaju svoju dijagnozu, ali prihvaćaju manifestacije bolesti mogu imati kapacitet za donošenje odluke o liječenju.

Ako je bolesnik nekompetentan za donošenje odluka, tada jedino sud može donijeti odluku tko može donositi odluke u ime bolesnika.

Najčešće će psihijatar koji je pacijentu dao adekvatne informacije kako bi mogao donijeti odluku kroz dijalog koristeći vještine aktivnog slušanja moći zaključiti razumije li pacijent informacije potrebne za donošenje odluke, može li procijeniti koje bi bile koristi od liječenja i donijeti odluku, međutim također treba postaviti neka provjeravajuća pitanja kao što su primjerice: Što vi mislite koje su vaše poteškoće zbog kojih dolazite? Što mislite što bi bilo najbolje poduzeti u ovoj situaciji vezano uz vaše liječenje? Razumijete li koje bi koristi bile od vašeg liječenja? Što mislite koje bi mogle biti štetne posljedice? Što mislite da će se dogoditi ako ne prihvatite liječenje? I slično.

Sposobnost za donošenje odluke o liječenju osobe lišene poslovne sposobnosti

Lišavanje poslovne sposobnosti ne znači automatsku nesposobnost za donošenje odluke o liječenju, kapacitet se uvijek procjenjuje u aktualnoj situaciji kada osoba donosi odluku, stoga kod prijema na bolničko liječenje osobe lišene poslovne sposobnosti psihijatar procjenjuje njenu sposobnost davanja pristanka, odnosno donošenja odluke o liječenju, te u slučaju kada osoba ima kapacitet za donošenje odluke, osoba potpisuje pristanak na liječenje. U slučaju kada osoba nema sposobnost za donošenje odluke o liječenju, pristanak potpisuje skrbnik, međutim ako se osoba lišena poslovne sposobnosti protivi odluci skrbnika, liječnik mora procijeniti postoje li razlozi za prisilno zadržavanje osobe u psihijatrijskoj ustanovi, pa ako postoje, o tome treba izvijestiti sud i upoznati osobu s njezinim pravima. U slučaju kada je pristanak na liječenje potpisao skrbnik, obavijest o tome se u roku od 48 sati upućuje pravobranitelju za osobe s invaliditetom koji provjerava opravdanost smještaja bez pristanka.

Pravo na podršku kod donošenja odluke o liječenju

Da bi dali svoj pristanak na liječenje, odnosno imali sposobnost za donošenje odluke, neki pacijenti trebaju podršku druge osobe kojoj vjeruju, npr. člana obitelji, prijatelja, odvjetnika i drugo, stoga pacijentima koji to žele treba omogućiti da se prije potpisivanja suglasnosti za liječenje savjetuju s osobama u koje imaju povjerenja. Neke osobe koje imaju smanjeni kapacitet za donošenje odluka u aktualnoj situaciji kada se odluka donosi, kao što su to primjerice pacijenti u akutnoj psihozi, pacijenti s kognitivnim poremećajima, mogu postići kapacitet kada dobiju podršku.

Podrška u donošenju odluka nije donošenje odluke umjesto osobe na pretpostavci što bi bio interes osobe, nego je pomoć u odluci koja se bazira na želji i preferencijama osobe. Stručnjaci također mogu pomoći pacijentu u donošenju odluke, međutim, kada pružaju podršku u odlučivanju moraju biti svjesni da ne zloupotrijebe svoju poziciju i donesu odluku umjesto osobe. Također je potrebno pacijente informirati da mogu koristiti obvezujuću izjavu na način da ovlaste jednu osobu od povjerenja da u slučaju kada nemaju sposobnost za donošenje odluka o liječenju, ta osoba od povjerenja umjesto njih da ili uskrati pristanak na određene medicinske postupke prema ZZDOS-u. Također moraju znati da je obvezujuća izjava pravovaljana ako je sastavljena u obliku javnobilježničkog akta.

Tko potpisuje slobodan informirani pristanak na liječenje?

Svi pacijenti imaju pravo na informacije o liječenju i pravima, međutim pristanak na liječenje mogu potpisati samo oni pacijenti koji imaju sposobnost za donošenje odluke o liječenju koju je potrebno procijeniti u trenutku potpisivanja pristanka. Sve informacije relevantne za potpisivanje pristanka daje liječnik. Potpisom na formularu za suglasnost liječnik potvrđuje da je pacijent dobio sve relevantne informacije koje su potrebne za donošenje odluke, da je te informacije razumio, da ima sposobnost odlučivanja i da je pristanak potpisao svojom slobodnom voljom bez pritiska i straha od negativnih posljedica. Bitno je naglasiti da je osiguravanje informiranog pristanka obaveza liječnika i ne može se prebaciti na medicinsku sestru, premda medicinska sestra može značajno pridonijeti kvaliteti procesa komunikacije u procesu informiranog pristanka. S obzirom na to da pravilnik koji definira formular suglasnosti za sve postupke u medicini (Pravilnik 2008) uključuje i pisanu obavijest, prije potpisivanja pristanka pacijentu također treba dati pismene informacije o dobrovoljnom prijemu u psihijatrijsku ustanovu.

Što potpisuje pacijent?

Pristanak koji pacijent potpisuje podrazumijeva da se slaže sa standardnim liječenjem koje podrazumijeva standardnu dijagnostiku i terapijske postupke u određenoj psihijatrijskoj ustanovi, što znači da se od pacijenta neće zahtijevati dodatni pisani pristanak za uzimanje standardnih lijekova i primjene standardnih psihosocijalni postupaka, ali to ne znači da pacijent neće dobiti informaciju o lijeku i o postupcima koji će se primijeniti. U skladu s generalnom praksom u medicini u kojoj se opisuju postupci za čije provođenje pacijent daje pristanak, korisno je da pacijent na raspolaganju ima kratke opise standardnih bioloških, psihoterapijskih i socioterapijskih postupaka kao što su primjerice informacije o korisnim i štetnim učincima lijekova, opisi pojedinačnih metoda liječenja kao što su primjerice terapijska zajednica, individualna i grupna psihoterapija, trening socijalnih vještina, radna terapija, obiteljska terapija i drugo.

Što pacijent ne potpisuje kod prijema i što je potrebno dodatno regulirati?

Prema postojećoj kliničkoj praksi veliki broj pacijenata primljen dobrovoljno zadržava se u uvjetima liječenja pojačane kontrole koja ograničava slobodu kretanja, također se ponekad nad njima provode mjere prisile. Primjerice, neke ustanove imaju praksu da svim novoprimljenim dobrovoljnim pacijentima ograniče kretanje kao garanciju da ne bi pobjegli.

Ograničavanje kretanja dobrovoljno primljenom pacijentu i primjena mjera prisile ne smatraju se standardnim liječenjem.

U Komentaru Zakona (Garašić, J; Goreta M; Grđan, K; Grozdanić, V; Roksandić Vidlička, S; Škorić, M, Tripalo D Veselić I 2015) vezano uz dobrovoljnost navodi se da uvjetovanost slobode kretanja bazirano na dopuštenju zdravstvenog osoblja (u praksi najčešće dopuštenjem liječnika) također tretira ograničavanjem slobode kretanja. Stoga se smještaj dobrovoljno primljene osobe na zatvoreni odjel uz ograničavanje slobode kretanja dopuštenjem medicinskog osoblja smatra nedobrovoljnim smještajem prema ZZODS-u. Dakle, pristanak na liječenje koji se potpisuje kod prijema u bolnicu ne uključuje pristanak na ograničavanje slobodnog kretanja, kao ni pristanak na primjenu mjera prisile.

U kliničkoj praksi ograničavanje kretanja dobrovoljno primljenim pacijentima ima opravdanja jedino kada se radi o terapijskoj mjeri zaštite pacijenta koji je informiran o razlozima zašto se preporučuje ograničenje kretanja, koji ima sposobnost davanja slobodnog informiranog pristanka, te se složio s ograničavanjem kretanja. Primjerice, osoba koja pristaje na liječenje zbog poteškoća kontrole suicidalnih misli može se složiti da se ne kreće samostalno izvan odjela zbog opasnosti od impulzivnog djelovanja pod utjecajem suicidalnih misli, tada to ne predstavlja ograničavanje slobode jer je osoba donijela slobodu odluku da je to u njezinom interesu. Međutim, ako se osoba s tim ne slaže, tada joj se sloboda kretanja ne smije ograničavati osim u slučaju kada postoji opasnost ugrožavanja svog života/zdravlja i tada treba primijeniti prisilno zadržavanje pacijenta po članku 27. ZZODS-a, odnosno potrebno je pokrenuti postupak prisilnog smještaja.

Ovo dobrovoljno terapijsko ograničenje kretanja mora biti dokumentirano i dobro obrazloženo u medicinskoj dokumentaciji iz koje je jasno da pacijent ima kapacitet za donošenje odluke o ograničavanju kretanja i da se s ovom odlukom složio te da je upoznat da je može u svakom trenutku povući, također bi bilo poželjno da pacijent potpiše dodatni pristanak koji može u svakom trenutku povući.

Zakon omogućava da se traži dodatni pristanak kada se poduzimaju postupci nestandardnog liječenja (Grozđanić 2015), kao primjerice neki nestandardni lijekovi, stoga bi to također moglo uključivati ograničenje kretanja kao terapijske mjere kod pacijenta koji je sposoban dati pristanak.

Psijhijatar se treba voditi načelom razmjernosti u primjeni ograničenja kretanja uz pristanak pacijenta, nikada ne smije uvjetovati pristanak pacijenta pokretanjem mjere prisilne hospitalizacije, jer kada pacijent zadovoljava kriterije članka 27., ne treba tražiti potpisivanje suglasnosti za liječenje, međutim treba pacijenta informirati o postupcima koji će se provoditi.

Primjena mjera fizičkog sputavana ili izdvajanja (čl. 54.-58. ZZODS-a) u pravilu se ne provode kod dobrovoljno primljenog pacijenta, iznimno ako se provode, tada to treba biti obrazloženo u medicinskoj dokumentaciji iz koje je jasno da je pacijent dao pristanak za ovaj postupak.

Što kada pacijent traži otpust, odnosno želi povući pristanak na liječenje u bolnici?

Ako pacijent tijekom svog boravka u bolnici želi povući svoj pristanak, odnosno želi otpust, ili ne želi uzimati lijekove, informirani pristanak potrebno je revidirati i nakon razgovora koji uključuje upoznavanje s razlozima povlačenja pristanka, pacijenta treba otpustiti, pokrenuti prisilni smještaj ako postoje razlozi za primjenu čl. 27. ili zabilježiti da je pacijent nakon dobivenih informacija o svom zdravstvenom stanju odlučio slobodnom voljom nastaviti liječenje u bolnici.

Povlačenje pristanka na liječenje može nastati zbog različitih razloga kao što je primjerice poboljšanje zdravstvenog stanja, nezadovoljstvo smještajem, liječenjem i slično, no može nastati i zbog pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta koji je kod prijema procijenjen sposobnim dati pristanak, no u pogoršanju zdravstvenog stanja može željeti povući pristanak, tada je potrebno ponovno procijeniti sposobnost donošenja odluke o prekidu liječenja kao i to postoje li postoje kriteriji za prisilni smještaj.

Informirani pristanak na liječenje kod pacijenata koji su prisilno zadržani i smješteni prema čl. 27. ZZODS-a

Premda kod prijema pacijenta protiv njegove volje nema potpisivanja informiranog pristanka, to ne znači da nismo dužni pacijenta informirati o razlozima zbog kojih ga zadržavamo bez njegovog pristanka i tražiti njegov pristanak za provođenje liječenja.

Europski odbor za sprječavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) navodi da bi sve osobe trebale biti u poziciji da daju svoj slobodni pristanak na liječenje. Prijem bez pristanka ne podrazumijeva automatski liječenje bez pristanka. CPT smatra da bi svaki pacijent bez obzira na svoj pravni status prijema u bolnici (dobrovoljni i nedobrovoljni) trebao imati priliku da odbije liječenje. Svako odstupanje od ovog temeljnog načela treba se temeljiti na zakonu i odnositi se samo na jasno i strogo definirane iznimne okolnosti koje uključuju vitalnu i medicinsku ugroženost zdravlja.

Najčešće greške povezane s informiranim pristankom koje rezultiraju pristankom koji nije valjan uključuju sljedeće situacije:

- pacijent **nije dobio dovoljno informacija** da donese odluku ili informacije koje je dobio nisu bile točne
- pacijent nije dobio informacije na adekvatan način, **nije razumio informacije**
- pacijent je odluku donio **na temelju straha od posljedica ako ne potpiše pristanak**
- pacijent koji **nema sposobnost za donošenje odluke o liječenju** je potpisao pristanak
- **ograničavanje kretanja** i sputavanje **dobrovoljnog pacijenta bez njegovog pristanka**, bez reguliranja dodatnim pristankom pacijenta sposobnim da donese odluku
- **paternalistički stav** da liječnik donosi odluke o liječenju, a pacijentovo potpisivanje suglasnosti puka je formalnost, on treba slijediti upute liječnika
- **stigma** – vjerovanje da pacijent nema sposobnost da donese odluku u liječenju, primjerice ako ima dg shizofrenije
- **nedostatak vještina komunikacije liječnika** – aktivnog slušanja i procjene kapaciteta za donošenje odluka
- **strah od educiranog pacijenta-** poteškoće u balansu moći.

Formular za potpisivanje pristanka na bolničko liječenje u psihijatrijskoj ustanovi

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 2008. godine donijelo je pravilnik kojim se uređuje sadržaj obrasca suglasnosti kojim se prihvaća ili odbija pojedini preporučeni dijagnostički odnosno terapijski postupak. Uz obrazac za suglasnost pacijent dobiva i pisanu obavijest o pojedinom preporučenom dijagnostičkom odnosno terapijskom postupku čiji sadržaj utvrđuje nositelj zdravstvene djelatnosti uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora i uz

suglasnost Agencije za kvalitetu i akreditaciju. Psihijatrijske institucije imaju različite sadržaje na obrascu suglasnosti. U pravilu uz obrazac suglasnosti pacijent ne dobiva pismene informacije o predloženom liječenju/ hospitalizaciji, stoga preporučujemo da obrazac formulara za potpisivanje pristanka na liječenje – dobrovoljni prijem u psihijatrijsku ustanovu uz opće podatke koje su definirane pravilnikom treba sadržavati tekst iz kojeg je jasno da je osoba koja potpisuje pristanak za prijem i liječenje u psihijatrijskoj ustanovi upoznata sa svojim zdravstvenim stanjem i razlozima zbog kojih se predlaže liječenje u bolnici, mogućim alternativama liječenja, koristima i rizicima koji mogu biti povezani s liječenjem, posljedicama koje mogu nastupiti ako se bolničko liječenje ne provede i pravom da povuče svoj pristanak na liječenje, da je pristanak slobodan, ničim uvjetovan, te da ima sposobnost donošenja odluke o liječenju koju utvrđuje psihijatar. Pisane informacije o pravima u psihijatrijskim ustanovama izrađene su u okviru QualityRight projekta Svjetske zdravstvene organizacije. Ove informacije su podržane od Ministarstva zdravlja, te se preporučuje da budu dostupne pacijentima koji se liječe u psihijatrijskim ustanovama

Zaključak

Informirani pristanak na liječenje je proces dijaloga između liječnika i pacijenta tijekom kojeg se komunicira dovoljno relevantnih informacija vezanih za liječenje koje se predlaže na način da ih pacijent može razumjeti, bez pretjerano stručnih pojmova, kako bi osoba mogla donijeti odluku o liječenju. Informacije moraju uključivati ciljeve liječenja, postupke liječenja, koristi i rizike liječenja, mogućnosti alternativnog liječenja. Pacijenti također trebaju biti informirani o posljedicama odbijanja bolničkog liječenja. Informirani pristanak mora biti slobodan, ničim uvjetovan, potpisan slobodnom voljom bez straha od negativnih posljedica. Osoba koja potpisuje informirani pristanak za liječenje u psihijatrijskoj ustanovi mora dobiti informaciju o svom pravu da može svoj pristanak povući bez negativnih posljedica, kao i o nekim drugim pravima iz čl. 14. ZZODS-a koja su za nju relevantna u trenutku potpisivanja pristanka, a o drugim pravima može biti informirana tijekom liječenja. Pristanak na liječenje potpisuju samo pacijenti koji imaju sposobnost donošenja odluke o liječenju koje se predlaže, međutim svi pacijenti imaju pravo na informacije. Informirani pristanak više je od zakonske obveze potpisa dokumenta, radi se o procesu u kojem se osim informiranja, omogućuje pacijentu da odlučuje o svim postupcima vezanim za njegovo liječenje, osnažuje pacijent i jača aktivna uloga pacijenta u postupku liječenja te on postaje partner u liječenju. Psihijatri moraju imati znanja i vještine za vođenje ovog postupka koji uključuje i procjenu sposobnosti za donošenje odluke o liječenju kako bi osigurali valjanost informiranog pristanka i ostvarili terapijsko savezništvo. Pravo na liječenje na temelju informiranog pristanka je osnovno ljudsko pravo na odluku o svom liječenju, međutim to je također omogućavanje stvaranja konstruktivnog savezništva za liječenje koje pridonosi efikasnosti liječenja, prevenciji različitih neželjenih događaja u psihijatriji kao što su to primjerice mjere prisile, kao i izgradnji terapijske kulture prava i oporavka. U sklopu projekta QualityRight SZO- koji se provodi u Hrvatskoj izradili smo letke za informiranje pacijenata o njihovim pravima vezano za informirani pristanak, dobrovoljni smještaj . smještaj bez pristanka , kod primjena mjera prisile i informacija o skrbništvu. Preporučamo institucijama u kojima se provodi liječenje osoba s problemima mentalnog zdravlja da ove letke učine dostupnim pacijentima, te da također izrade letke u kojima se opisuje standardno liječenje koje se provodi u psihijatrijskog instituciji.

PROVJERA VALJANOSTI INFORMIRANOG PRISTANKA

- ✓ Pacijent je dobio relevantne informacije o svom zdravstvenom stanju i liječenju koje se preporuča
- ✓ Pacijent je dobio informacije da dobrovoljni pristanak na liječenje može slobodno povući bez negativnih posljedica za njegovo liječenje
- ✓ Pristanak na liječenje nije ničim uvjetovan
- ✓ Pacijent ima sposobnost donošenja odluke o liječenju (razumio je informacije , sposoban je analizirati prezentirane činjenica kako bi donio odluku i može komunikacijom izraziti svoju odluku.

Ako su svi odgovori potvrdni pristanak na liječenje je valjan

Informirani pristanak na liječenje u psihijatrijskoj ustanovi: Smjernice za psihijatre

Sažetak

Pristanak na liječenje je slobodno dana suglasnost osobe za provođenje određenog medicinskog postupka koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i opasnosti predloženog postupka i drugih mogućnosti liječenja. Da bi pristanak bio valjan on mora zadovoljavati slijedeće kriterije: 1.pacijent na prikladan način mora biti informiran o svom zdravstvenom stanju i preporukama za liječenje, također mora biti informiran o pravima, Potrebno je provjeriti jeli je informacije razumio, 2.odluka mora biti donesena samovoljno, bez tuđeg utjecaja ili prinude, te mora dobiti informaciju da svoj pristanak može povući u svakom trenutku. 3.Mora imati sposobnost za donošenje odluke o hospitalnom liječenju tj. da razumije informacije relevantne za donošenje odluke o psihijatrijskom liječenju, da može odvagnuti razloge za i protiv odluke, da može razumjeti posljedice prihvatanja i odbijanja liječenja i da može komunicirati svoju odluku. Sposobnost za donošenje odluke o liječenju procjenjuje se u aktualnoj situaciji kada pacijent donosi odluku za sve pacijente, čak i kada su lišeni poslovne sposobnosti. Neprihvatanje liječenja ne podrazumijeva automatski nedostatak sposobnosti za donošenje odluke. Informirani pristanak koji potpisuje pacijent kod prijema u psihijatrijsku ustanovu odnosi se na standardne medicinske postupke liječenja, a nikada ne na ograničavanje kretanja koje se jedino može ograničiti na temelju odluke suda. U slučaju da se kretanje ograničava pacijentu koji je potpisao informirani pristanak, tada to može biti samo kada je to u interesu pacijenta zbog njegovog zdravstvenog stanja uz njegov izričiti pristanak koji je potrebno dokumentirati u medicinskoj dokumentaciji. Liječenje se uvijek provodi na temelju individualnog plana liječenja s kojim se pacijent složio. Bez obzira koji postupci liječenja se provode, primjerice lijekovima, psihoterapijom i psihosocijalnim metodama ili njihovom kombinacijom od pacijenta se uvijek traži pristanak.

PRILOZI:

Članak 14 ZZODS-a **Glava III. PRAVA OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA**

(1) Osoba s duševnim smetnjama ima pravo:

- 1. biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, sa svojim pravima te poučena o tome kako ih može ostvariti
 - 2. biti upoznata s razlozima i ciljevima svog smještaja u psihijatrijsku ustanovu te sa svrhom, prirodom, posljedicama, koristima i rizicima provedbe predloženoga medicinskog postupka
 - 3. biti smještena i liječena u najbližoj odgovarajućoj psihijatrijskoj ustanovi
 - 4. biti upoznata s podacima o svom zdravstvenom stanju i dobiti na uvid svoju medicinsku dokumentaciju
 - 5. sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije
 - 6. obrazovati se i radno osposobiti prema općem ili posebnom programu
 - 7. na odgovarajuću novčanu naknadu za rad na radno-terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalazi ostvaruje prihod
 - 8. podnositi pritužbe izravno čelniku ustanove ili odjela i na njih dobiti usmene odgovore odmah, a pisane na njezin pisani zahtjev najkasnije u roku od osam dana
 - 9. podnositi prijave, prijedloge, pritužbe, prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim tijelima
 - 10. po svom izboru i o svom trošku nasamo se savjetovati s liječnikom ili odvjetnikom
 - 11. družiti se s drugim osobama u ustanovi i primati posjete
 - 12. o svom trošku slati i primati, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete i tiskovine, telefonirati, te koristiti elektroničku tehnologiju i komunikaciju
 - 13. pratiti radijske i televizijske programe
 - 14. posjedovati predmete za osobnu uporabu
 - 15. sudjelovati po svom izboru u vjerskim i kulturnim aktivnostima u okviru mogućnosti ustanove
 - 16. predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu
 - 17. na osiguranu podršku za život u zajednici
 - 18. glasovati u skladu s posebnim zakonom
 - 19. ostvarivati i sva druga prava prema ovom Zakonu i posebnim propisima.
- (2) Bilješka o upoznavanju osobe s duševnim smetnjama o njezinim pravima iz stavka 1. točaka 1. i 2. ovoga članka mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju.
- (3) Prava iz stavka 1. točaka 1., 2., 4., 5., 8. i 16. ovoga članka može ostvarivati i osoba od povjerenja, a prava iz stavka 1. točaka 1., 2., 4., 5., 8., 9. i 16. ovoga članka i zakonski zastupnik.
- (4) Prava iz stavka 1. točaka 11., 12. i 14. ovoga članka mogu se ograničiti ako postoji opravdana sumnja da osoba s duševnim smetnjama nastoji pribaviti alkohol, drogu ili oružje, dogovara se o bijegu ili počinjenju težeg kaznenog djela ili bi korištenje tih prava moglo teško narušiti zdravlje ili sigurnost osobe.

Prijedlog formulara za suglasnost

SUGLASNOST KOJOM SE PRIHVAĆA PREPORUČENO BOLNIČKO PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE

Nakon što me liječnik upoznao sa mojim zdravstvenim stanjem, razlozima zbog čega predlaže liječenje u bolnici, dobrobiti za moje zdravlje kao i mogućim negativnostima liječenja, nakon što mi je objasnio na koji način će liječenje biti provedeno i koje su posljedice odbijanja liječenja i nakon što me je upoznao sa mojim pravom da pristanak na liječenje mogu u svakom trenutku povući izjavljujem svojom slobodnom voljom da liječenje prihvaćam. Također potvrđujem da sam dobila pisane informacije o dobrovoljnom liječenju u psihijatrijskoj bolnici.

Naziv ustanove nositelja zdravstvene djelatnosti:

Ustrojstvena jedinica.

Ime i prezime pacijenta (štampanim slovima)

Datum i mjesto rođenja_

Adresa:

Matični broj osiguranika

Potpisa pacijenta:

Ime i prezime zakonskog zastupnika/ skrbnika ili osobe od povjerenja:

Potpis skrbnika (samo ako je skrbnik dao pristanak na liječenje bez protivljenja pacijenta)

Ime i prezime i faksimil liječnika

PROCJENA SPOSOBNOST ZA DONOŠENJE ODLUKE O BOLNIČKOM PSIHIJATRIJSKOM LIJEČENJU

Potvrđujem da sam informirao/la pacijenta o svim važnim činjenicama potrebnim za donošenje odluke o liječenju, procijenio/la sam sposobnost pacijenta da razumije informacije, da ih analizira za donošenje odluke i donese odluku o predloženom liječenju i utvrdio/la da pacijent ima sposobnost za donošenje odluke o liječenju u psihijatrijskoj bolnici.

Ime i prezime pacijenta:

Ime i prezime i faksimil liječnika koji je utvrdio valjanost informiranog pristanka

Potpis liječnika

Mjesto, datum i vrijeme potpisivanja pristanka i utvrđivanja valjanosti pristanka

Literatura

Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007 Nov;357(18):1834-1840.

Beauchamp TL, Childress JF. *Principle of biomedical ethics*, 6th edition. New York: Oxford University Press, 2009.

Bait Amer A Informed Consent in Adult Psychiatry *Oman Medical Journal* (2013) Vol. 28, No. 4:228-231 DOI 10. 5001/omj.2013.67.

Barbiš M Psihijatrijska hospitalizacija poštivanje etičkim načela i stigmatizacija Zagreb Izvori 2019.

Coy JA. Autonomy-based informed consent: ethical implications for patient noncompliance. *Phys Ther* 1989;69(10):826-33.

Debra A. Pinals. Informed Consent: Is Your Patient Competent to Refuse Treatment? *Current Psychiatry* 2009;8(4):33-43.

Dyer AR, Bloch S. Informed consent and the psychiatric patient. *J Med Ethics* 1987 Mar;13(1):12-16.

Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, 1994.

Fulford KW, Howse K. Ethics of research with psychiatric patients: principles, problems and the primary responsibilities of researchers. *J Med Ethics* 1993 Jun;19(2):85-91.

Garrett TM, Baillie H W, Garrett RM. *Health Care Ethics Principles and Problems* 4th Ed. Prentice-Hall, Inc, U.S.A, New Jersey, 2001.

Goreta M, Jukić V, Turković K, Bagarić Š, Beus J, Bojić M i sur., Psihijatrija i zakon: materijal s tečaja Novo hrvatsko zakonodavstvo i njegovo značenje za psihijatrijsku praksu, Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 1998. Str. 12-14, 20, 61.

Goreta M. *Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu*. Zagreb: Naklada Zadro; 2009

Garašić, J; Goreta M; Grđan, K; Grozdanić, V; Roksandić Vidlička, S; Škorić, M, Tripalo D Veselić I Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s provedbenim propisima, primjerima sudskih odluka, međunarodnim dokumentima i presudama Europskog suda za ljudska prava, Rijeka: Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2015 (monografija- urednica. V Grozdanić)

Kitamura T. Assessment of psychiatric patients' competency to give informed consent: legal safeguard of civil right to autonomous decision-making. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000 Oct;54(5):515-522.

Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M i sur. *Patient's autonomy, privacy and informed consent*. Amsterdam: IOS Press; 2000.)

Leo RJ. Competency and the Capacity to Make Treatment Decisions: A Primer for Primary Care Physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999 Oct;1(5):131-141.

Mental Capacity Act 2005 Interim Policy, Procedure and Guidance for Halton, October 2008

Mental Capacity Act 2005 <http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/50009—b.htm>

Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu. Ispitivanje stava doktora medicine o potrebi primjene informiranog pristanka u federaciji Bosne i Hercegovine. Sarajevo, 2009.. Dostupno na: http://www.akaz.ba/Projekti/Dokumenti/Informirani_pristanak_zavrzni_izvjestaj.

Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. Narodne novine [Internet]., br. 10/2008. Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_01_10_305.html.

Ostojić D Informirani pristanak na liječenje U: Štrkalj-Ivezić S ur., Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima: smjernice za primjenu prisilne hospitalizacije u praksi. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje; 2011. Str. 9-26, 35-49, 53-61, 70-95, 119, 143.

Štrkalj-Ivezić Informirani pristanak na liječenje u psihijatrijskoj instituciji U: Britivić D, Štrkalj-Ivezić S Mentalno zdravlje u zajednici Medicinski fakultet u Splitu 2019.

Štrkalj Ivezić S Smjernice za vještake psihijatre u postupku lišenja poslovne sposobnosti u skladu sa socijalnom definicijom invalidnosti i konvencijom UN-a. U Štrkalj-Ivezić S ured, Lišenje poslovne sposobnosti, smjernice za suce, vještake i socijalne radnike Udruga Svitanje i Klinika za psihijatriju Vrapče 2012.

Terry PB. Informed consent in clinical medicine. *Chest* 2007;131(2):563-8.

Turković K. Informirani pristanak i pravo na odbijanje tretmana u Republici Hrvatskoj. Zbornik radova, 1. Kongres pravnika u zdravstvu. Topusko: 1. Kongres pravnika u zdravstvu; 2008, str. 57-85

Ujedinjeni Narodi. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom. 2006. http://www.krila.hr/UserDocsImages/Konvencija_UN.pdf (pristupljeno:14.05.2019)

Vučemilo L., Babić-Bosanac S., Altarac S., Borovečki A Pristanak obaviještenog pacijenta s posebnim osvrtom na Hrvatsku. Liječnički vjesnik, 2014;136(3-4):0-0. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/172598>

Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine [Internet], br. 169/2004. Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004_12_169_2953.html.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Narodne novine br. 76/14.



Klinika za psihijatriju Vrapče

Referentni centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode



Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju



Hrvatsko psihijatrijsko društvo

**SMJERNICE
PSIHOBIOSOCIJALNA
FORMULACIJA I INDIVIDUALNI
PLAN LIJEČENJA**

Zagreb . 2021.

Radna skupina za izradu smjernica: Slađana Štrkalj Ivezić, Dolores Britvić, Tihana Jendričko, Petrana Brečić, Alma Mihaljević-Peleš, Lana Mužinić-Marinić. Marija Kušan Jukić

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem i primjenom biopsihosocijalnih principa na etiologiju, procjenu, dijagnozu, liječenje, rehabilitaciju i prevenciju mentalnih poremećaja. Obavezne kompetencije psihijatra uključuju razumijevanje svih čimbenika koji pridonose predispoziciji, pojavi simptoma i održavanju mentalnog poremećaja, protektivnih čimbenika: interakcije bolesti s osobnim životom; primjenu bioloških, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka u skladu s individualnim ciljevima i okolnostima, kao i izradu psihobiosocijalne formulacije i individualnog plana liječenja koji integrira biološke, psihoterapijske i psihosocijalne postupke.

(UEMS Profil of psychiatrist i UEMS European Framework for Competencies in Psychiatry. <http://uemspychiatry.org/wp-content/uploads/2013/09/2009-Oct-EFCP.pdf>)

Mentalni poremećaj odnosi se na postojanje klinički prepoznatljivog niza simptoma bolesti ili ponašanja povezanih u većini slučajeva s poteškoćama funkcioniranja (UEMS, Profil psihijatra). Mentalni poremećaji posljedica su kompleksne interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Njihov utjecaj na mentalno stanje osobe je jedinstven. Stoga je potrebno individualno procijeniti utjecaj pojedinačnih psihobiosocijalnih čimbenika kako bi se mogla izraditi individualna biopsihosocijalna formulacija i individualni plan liječenja.

Postupak izrade psihobiosocijalne formulacije i individualnog plana liječenja

U postupku izrade psihobiosocijalne formulacije i individualnog plana liječenja treba učiniti sljedeće:

1. identificirati biološke, psihološke i socijalne čimbenike koji utječu na pojavu simptoma bolesti, funkcioniranje i oporavak, specifično za osobu,
2. izraditi individualnu psihobiosocijalnu formulaciju,
3. izraditi individualni plan liječenja koji uključuje određivanje ciljeva liječenja, izbor postupaka liječenja i osoba koje sudjeluju u provedbi plana liječenja.
4. Individualna psihobiosocijalna formulacija i psihobiosocijalni plan liječenja obavezno se unose u medicinsku dokumentaciju.

1. Identifikacija individualnih psihobiosocijalnih čimbenika

Identifikacija psihobiosocijalnih čimbenika odgovara na pitanja zašto je poremećaj nastao, što utječe na njegovo održavanje i koje postupke bismo trebali poduzeti da se postigne oporavak.

U psihijatrijskom intervjuu s osobom koja dolazi na liječenje treba procijeniti njezine specifične psihobiosocijalne čimbenike koji utječu na pojavu simptoma bolesti, njihovo odražavanje, funkcioniranje i oporavak na temelju čega se izrađuje individualna psihobiosocijalna formulacija koja je osnova za izradu individualnog plana liječenja.

Funkcioniranje uvijek procjenjujemo odvojeno od simptoma bolesti. Procjenjuje se ono što osoba može činiti (sposobnosti) i ono što ne može (ograničenja) i za što joj je potrebna podrška. Procjenjuje se što osoba želi mijenjati i pomaže joj se da postane motivirana za promjene. U procjeni funkcioniranja treba utvrditi što je uzrok oštećenja funkcioniranja, na primjer nuspojave lijekova, nedostatak vještina, nedostatak motivacije, gubitak nade, demoralizacija, stigma, nedostatak stimulacije. O odgovoru na ovo pitanje ovisi prijedlog postupaka za poboljšanje stanja i oporavak.

Za identificiranje psihobiosocijalnih čimbenika možete se koristiti tablicom psihobiosocijalnih čimbenika koja se nalazi na kraju ovoga teksta. U tablici su navedeni neki od najčešćih čimbenika koji predstavljaju rizik za poremećaje mentalnog zdravlja kao i zaštitnih čimbenika koji smanjuju rizik za mentalne poremećaje.

2. Individualna psihobiosocijalna formulacija

Psihobiosocijalna formulacija nam pomaže da na sveobuhvatan način razumijemo što sve utječe na pojavu i održavanje simptoma bolesti, poteškoće u funkcioniranju i oporavku, te koji su rizični i protektivni čimbenici kako bismo mogli sagledati što sve može pomoći u liječenju i oporavku.

Psihobiosocijalna formulacija je hipoteza razumijevanja poteškoća mentalnog zdravlja u trenutku procjene na temelju procjene doprinosa individualnih psiholoških, bioloških i socijalnih čimbenika. Specifična je za osobu jer se zasniva na njezinu jedinstvenom životnom iskustvu. Tijekom procesa liječenja na temelju novih informacija treba je nadopunjavati i evaluirati. Psihobiosocijalna formulacija obavezno se unosi u medicinsku dokumentaciju.

U psihobiosocijalnoj formulaciji simptome bolesti i funkcioniranje dovodimo u vezu sa za osobu specifičnim psihobiosocijalnim čimbenicima koji utječu na nastanak i održavanje simptoma kao i poteškoćama u funkcioniranju i oporavku. Primjerice, ako propustimo procijeniti utjecaj samostigmatizacije na oporavak osobe sa psihozom i simptome depresije koji se pojavljuju kao reakcija na spoznaju o dijagnozi težega duševnog poremećaja pa tretiramo depresiju isključivo lijekovima, moguće je da će se simptomi nešto ublažiti, no neće biti značajnog pomaka ako ne pomognemo pacijentu da se oslobodi samostigmatizacije putem psihosocijalnog postupka sa stigmom.

Psihološka i psihodinamska formulacija je dio psihobiosocijalne formulacije, a odnosi se na procjenu doprinosa psiholoških čimbenika na temelju razumijevanja njihova utjecaja putem psihodinamske, kognitivne ili systemske teorije. Poznavanje osnovnih principa psihodinamske psihijatrije nužno je za bolje razumijevanje individualnog iskustva pacijenta i doprinosa psiholoških čimbenika. Psihodinamska teorija nam pomaže u razumijevanju utjecaja nesvjesnog na nastanak simptoma, transfera i kontratransfera. Kognitivna teorija nam približava utjecaj disfunkcionalnih misli, a systemska značaj interakcije i komunikacije.

Bez razumijevanja pacijenta kao osobe, njegovih razvojnih okolnosti i psiholoških obilježja kao i socijalnih okolnosti i bioloških čimbenika u kojima se razvio mentalni poremećaj teško da možemo napraviti osobno relevantan individualni plan liječenja.

3. Individualni plan liječenja

Kod izrade individualnog plana liječenja postavljamo pitanje: Što je sve potrebno da se ovaj pacijent oporavi i tko će sve u to biti uključen?

Individualni plan liječenja je dogovor psihijatra i pacijenta o ciljevima liječenja/oporavka i postupcima liječenja (lijekovi, psihoterapija, psihosocijalni postupci) koje treba primijeniti da se postignu identificirani ciljevi te o stručnjacima i drugim osobama i službama (npr. socijalne, službe zapošljavanja, udruge i slično) koje se preporučuje uključiti jer mogu pomoći u postizanju ciljeva. Plan liječenja uključuje djelovanje na različite psihobiosocijalne čimbenike putem različitih postupaka liječenja kako bi se postiglo poboljšanje i potaknuo oporavak. Prije iznošenja plana liječenja psihijatar će: 1. na prikladan način pacijentu objasniti psihobiosocijalnu formulaciju, zatim će 2. preporučiti postupke koji bi mogli pomoći u postizanju dogovorenih ciljeva liječenja i objasniti zbog čega ih preporučuje. 3. tražiti pristanak pacijenta jer se individualni plan liječenja provodi na temelju informiranog pristanka.

Pacijentu se u individualnom planu liječenja korištenjem psihobiosocijalne formulacije objašnjava što sve pridonosi njegovu stanju bolesti i što sve može pomoći da se psihičko stanje poboljša vezano za simptome, funkcioniranje i osobni oporavak.

Ciljevi liječenja uključuju oporavak od simptoma ili njihovo ublažavanje, poboljšanje/oporavak funkcioniranja i osobni oporavak. Ciljevi su usmjereni na ono što pacijent želi i kako to može ostvariti

putem primjene postupaka liječenja kao i korištenjem različitih resursa zajednice i podrške koji mu je potreban da ostvari ciljeve.

Sva tri cilja su važna i planiraju se s pacijentom. U osobnom oporavku važno je postizanje osobnih ciljeva kao što je primjerice imati prijatelje, posao, pripadati i imati korisnu ulogu u zajednici, što je različito od kliničkih ciljeva koji su često fokusirani na uklanjanje simptoma.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) u QualityRights inicijativi naglašava važnost osobnog oporavka koji se postiže osnaživanjem pacijenta da upravlja svojim životom i vodi ispunjen život, da ispunjava različite uloge u društvu; da ima doživljaj pripadanja zajednici, da bolje razumije svoje emocionalne poteškoće, postaje samostalniji, može i dalje imati simptome ili emocionalne poteškoće, no oni sada nisu u središtu njegova života. Više o osobnom oporavku vidi u dodatku Principi oporavka.

Izbor postupaka liječenja za ostvarenje ciljeva

Kako bismo preporučili postupke liječenje u skladu s ciljevima, osobito u postizanju osobnog oporavka, moramo identificirati osobne ciljeve i prepreke postizanju ciljeva što primjerice može biti gubitak nade, podrške, stigma, simptomi bolesti, neadekvatna farmakoterapija i drugo. Individualni ciljevi koje pacijent identificira obično su povezani s poželjnim životnim ulogama. Na primjer: Gdje se vidi u budućnosti? Što bi htio promijeniti? Što bi želio postići?, no brojne poteškoće povezane sa simptomima, funkcioniranjem, stavovima i okolnostima ga u tome sprječavaju. Socijalni ciljevi uključuju: obrazovanje, zapošljavanje, socijalnu mrežu potpore, stambeno zbrinjavanje, slobodno vrijeme i slično. Psihološki ciljevi uključuju: poboljšanje samopouzdanja, asertivnosti, nošenja s tjeskobom, bolje razumijevanje načina na koji osoba reagira i drugo. Biološki ciljevi povezani su s ublažavanjem ili uklanjanjem simptoma bolesti, uklanjanjem nuspojava i slično što posljedično može utjecati na poboljšanje funkcioniranja i pridonijeti procesu oporavka.

Ciljevi mogu biti kratkoročni, kao što su to primjerice ublažavanje simptoma prilikom bolničkog liječenja, i dugoročni, primjerice pomoć u socijalnom uključivanju, zapošljavanju, povećanju samostalnosti, poboljšanju funkcioniranja u različitim ulogama i drugo.

Ovisno o simptomima, funkcionalnoj procjeni i psihobiosocijalnim čimbenicima koji utječu na simptome i funkcioniranje određujemo ciljeve, postupke i osobe koje pomažu u postizanju ciljeva te stupanj potrebne formalne ili neformalne podrške. Primjerice procijenili smo da osoba ima poteškoća u socijalnoj mreži podrške koje su povezane s rizikom za depresiju. Stoga jedan od planiranih ciljeva može biti povezivanje osobe s mrežom usluga u zajednici, uključujući i pomoć udrugu u mentalnom zdravlju. Liječenje mora biti sveobuhvatno i uključivati biološke, psihoterapijske i rehabilitacijske postupke adekvatne za postizanje dogovorenih ciljeva. U izboru bioloških, psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka rukovodimo se izborom postupaka čija učinkovitost je znanstveno dokazana, prema indikacijama i prema ciljevima liječenja, a na temelju postupaka preporučenih u nacionalnim i internacionalnim smjernicama za liječenje određenoga mentalnog poremećaja.

Informiranje pacijenta o planu liječenja

Liječenje u psihijatriji provodi se na temelju informiranog pristanka. Stoga pacijentu moramo kratko iznijeti psihobiosocijalnu formulaciju našega razumijevanja njegovih poteškoća mentalnog zdravlja/mentalnog poremećaja i postupaka liječenja koji se preporučuje u skladu s ciljevima liječenja. Psihobiosocijalnu formulaciju i preporuke uvijek iznosimo u perspektivi oporavka.

Na primjer: Simptome treba povezati s prikladnim načinom objašnjenja dijagnoze uvijek u perspektivi oporavka, pa pacijentu jednostavno objasniti što od bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika o kojima ste razgovarali tijekom intervjua utječe na nastanak simptoma, poteškoća u funkcioniranju i oporavku; koje postupke (lijekovi, psihoterapija i psihosocijalni postupci, rehabilitacija) predlažete da bi se njegovo stanje poboljšalo/ oporavilo. Uz simptome treba kratko rezimirati poteškoće u funkcioniranju koje ste utvrdili kao i njegov doživljaj situacije i uzroka stanja i odnos prema bolesti. Važno je omogućiti pacijentu da iznese osjećaje i stavove koje ima o svojoj bolesti, da reagira na dijagnozu i liječenje te prorađuje tih osjećaja također uvrstiti u plan liječenja, osobito radi sprječavanja rizika od samostigmatizacije.

Individualni ciljevi liječenja mogu biti: uklanjanje ili ublažavanje simptoma bolesti, bolje funkcioniranje u dnevnoj rutini s dodatnom podrškom ili bez dodatne podrške, bolje sučeljavanje sa stresom, rad na izgradnji mreže podrške, poboljšanje odnosa s obitelji, zapošljavanje, premještaj u samostalno stanovanje, pronalazak hobija, zapošljavanje kao i neki od psihoterapijskih ciljeva. Ciljevi se uvijek dovode u vezu s biološkim, psihoterapijskim i psihosocijalnim postupcima za koje se pretpostavlja da će pomoći da se postignu ciljevi.

Primjeri psihobiosocijalne formulacije i plana liječenja

Ina, 45 godina, trgovkinja, upućena je u dnevnu bolnicu zbog pogoršanja simptoma PTSP-a kroničnog tijeka i simptoma depresije. Neposredni povod za pogoršanje stanja bila je uznemirenost provocirana izlaganjem događaju koji je podsjećao na izvornu traumu pljačke na radnom mjestu (ulazak u trgovinu osobe s kapuljačom). Nakon što je uzeta anamneza u kojoj su identificirani psihobiosocijalni čimbenici koji utječu na pogoršanje i održavanje simptoma PTSP-a i pojavu depresivnih simptoma iznosi se sljedeća psihobiosocijalna formulacija. **Psihobiosocijalna formulacija:** Pacijentica s biološkom predispozicijom za depresiju dolazi na liječenje zbog pogoršanja simptoma PTSP-a i pojave depresivnih simptoma nastalih u okolnostima stresnog događaja ponovnog podsjećanja na doživljenu traumu na poslu. Održavanju simptoma PTSP-a pridonosi rad u sredini u kojoj se ne osjeća sigurno i koja je stalno podsjećala na traumu. Poteškoće u oporavku od traume povezane su s traumatskim situacijama u djetinjstvu kada nije dobila podršku i zaštitu i traume na poslu koje nikada nisu bile prorađene. U stresnim situacijama reagira bespomoćnošću i ne traži pomoć zbog straha od odbacivanja. Ima pozitivan stav prema lijekovima, doživljava da joj pomažu i stabiliziraju njezino stanje. Do traume

pljačke na radnom mjestu posao joj je služio kao obrambeni mehanizam koji je pomagao u održavanju osjećaja samopoštovanja i samopouzdanja, a sada predstavlja nesigurno mjesto. **Individualni plan liječenja:** Pacijentici se empatično iznese psihobiosocijalna formulacija o poteškoćama oporavka zbog doživljaja stalne ugroženosti na radnom mjestu i dijelom zbog reaktiviranja traume iz djetinjstva kada nije dobila potrebnu zaštitu i podršku. Iznese se da su doživljaj bespomoćnosti, očekivanje odbacivanja i niska asertivnost rizični čimbenici. S pacijenticom se dogovori sljedeći plan liječenja: promjena farmakoterapije za smirivanje simptoma uznemirenosti i djelovanja na sniženo raspoloženje (intervencije na biološkoj razini promjenom lijeka), KBT pristup za smanjenje simptoma PTSP-a (psihoterapija), trening vještina za suočavanje sa stresom, trening asertivnosti za bolje zalaganje za svoja prava i interese, psihoedukacija za bolje razumijevanje nastanka bolesti, protektivnih i rizičnih čimbenika (psihosocijalni postupci). Objasni joj se zbog čega se preporučuje KBT. U KBT-u će se identificirati i raditi s disfunkcionalnim mislima o stalnoj opasnosti i očekivanju napada koji pridonose simptomima uznemirenosti, predlažu se psihosocijalni postupci radi ojačanja kapaciteta za podnošenje tjeskobe i boljeg nošenja sa stresom, te trening asertivnosti zbog poteškoća u izražavanju svojeg mišljenja i povremenih gubitaka kontrole ljutnje. Radi boljeg uvida u poteškoće na poslu sastavit će se radna anamneza i procijeniti sposobnosti za rad na postojećem radnom mjestu.

Ana, 54 godine, upućena je u dnevnu bolnicu zbog ponovne epizode depresije koja ju je dovela do radne nefunkcionalnosti. Pacijentica je željela liječenje u dnevnoj bolnici zbog ranijih pozitivnih iskustava. Nakon što su u anamnezi identificirani psihobiosocijalni čimbenici iznosi se psihobiosocijalna formulacija. **Psihobiosocijalna formulacija:** Pacijentica bez biološke predispozicije za depresiju primljena je u ponovljenoj depresivnoj epizodi nastaloj u nepovoljnim vanjskim stresnim događajima zlostavljanja na radnom mjestu i smještanja oca u dom koji su doveli do doživljaja ugroženosti slike o sebi, niskog samopouzdanja kod osobe koja ima dosta visoka očekivanja od sebe i kod koje doživljaj samopouzdanja značajno ovisi o priznanju drugih osoba u održavanju pozitivne slike o sebi. Doživljaj podrške od obitelji i nekih kolegica na radnom mjestu je protektivan čimbenik. **Individualni plan liječenja:** Pacijentici se kratko iznese psihobiosocijalna formulacija, kao cilj liječenja ona identificira brzi povratak na posao. Preporučuje se suportivni psihodinamski pristup kratke psihoterapije radi prorade traumatskog iskustva na radnom mjestu, obnove samopouzdanja i poboljšanja ego funkcioniranja preko asertivnog zalaganja za svoja prava kao i korištenje podrške prijatelja koja joj je dostupna te korekcija psihofarmakološke terapije uvođenjem antidepresiva koji se u prvoj epizodi pokazao učinkovitim. Svi postupci provest će se u dnevnoj bolnici, a kod otpusta će se učinci liječenja evaluirati i predložiti će se plan ambulantnog liječenja.

DODATAK 1: TABLICA PSIHOBIO SOCIJALNIH ČIMBENIKA

Identificirajte rizične i protektivne čimbenike za mentalno zdravlje i oporavak

SOCIJALNI ČIMBENICI
Stresni događaji: gubitak posla, gubitak emocionalno značajne osobe, razvod, tjelesna bolest člana obitelji i sl., kumulativni stres, kronični stres, trauma i zlostavljanje, problemi sa zakonom
Socijalna podrška i izolacija: obitelj, prijatelji, društvo, udruge, osamljenost, nedostatak prijatelja, nedostatak podrške, nedostatak poticaja u sredini u kojoj živi, dosada, loši odnosi u smještaju, sociokulturni utjecaji, pripadnost nacionalnoj manjini i vulnerabilnim skupinama
Životne navike: prehrana, fizička aktivnost, pušenje, alkohol, droga, hobiji
Rad i školovanje: nezaposlenost, stres na poslu, sagorijevanje, zlostavljanje, poteškoće u izvršavanju radnih zadataka, doživljaj nesposobnosti za posao, neuspjeh na školovanju, poteškoće u učenju
Obitelj: odnosi u obitelji, prisutnost emocionalne napetosti u obitelji, nedostatak podrške, funkcioniranje u obiteljskoj ulozi, primjerice briga za djecu
Uvjeti stanovanja, okolina, financijski status: financije, prometna nepovezanost, nezadovoljstvo smještajem
Invalidnost i benefiti: poteškoće prihvaćanja, nedostatak podrške za vještine koje nedostaju, nije ostvario prava na osnovi invalidnosti
Funkcioniranje: problemi u svakodnevnoj rutini brige o sebi, primjerice raspolaganje novcem, organizacija slobodnog vremena, poteškoće funkcioniranja bez organizirane podrške drugih, funkcioniranje u obiteljskoj ulozi
Odnos prema bolesti, stigma, samostigmatizacija i diskriminacija po bilo kojoj osnovi, organizacija službi liječenja: psihička bolest, nacionalnost, seksualna orijentacija, izolacija zbog stigme, iskustva s diskriminacijom, nedostupnost psihosocijalnih usluga, programa rehabilitacije
PSIHIČKI ČIMBENICI
Samopouzdanje, povjerenje prema drugim ljudima; mehanizmi obrane (nezreli/zreli), stilovi sučeljavanja sa stresom, kontrola impulsa; asertivnost, agresivno ponašanje, bespomoćnost, sram, niska tolerancija tjeskobe, pretjerani osjećaj krivnje, demoralizacija, poteškoće prepoznavanja i izražavanja emocija, gubitak nade, nedostatak uvida u bolest i drugo. Uključuje procjenu utjecaj ranoga emocionalnog razvoja na razvoj psihološke strukture ličnosti (ego i self) i procjenu utjecaja disfunkcionalnih misli.
BIOLOŠKI ČIMBENICI I PSIHIČKE BOLESTI U OBITELJI
Psihička bolest u obitelji, tjelesna bolest, tjelesna težina, menopauza, seksualno zdravlje, odgovor na dosadašnje liječenje lijekovima, nuspojave lijekova, nagli prekid uzimanja lijekova, učinci psihoaktivnih supstanci i drugo.

DODATAK 2: PRINCIPI OPORAVKA

U suvremenoj psihijatrijskoj praksi osobni oporavak jedan je od ključnih ciljeva liječenja. Osobni oporavak podrazumijeva osobni doživljaj osnaženja da osoba upravlja svojim životom. Procjenjuje se neovisno o remisiji bolesti, tako da osoba može biti oporavljena neovisno o tome je li postignuta remisija simptoma i povratak na funkcioniranje prije bolesti. Remisija je dio medicinskog modela bolesti, odnosi se na izlječenje kada osoba više nema simptoma bolesti, a funkcioniranje je oporavljeno na razinu prije bolesti. Osobni oporavak označava oporavak identiteta. Socijalni oporavak može se postići remisijom bolesti kao i bez remisije bolesti kada još uvijek postoje neka ograničenja vezana za bolest, no nisu prepreka za oboljele da vode život kakvim su zadovoljni.

Jedna od najčešće citiranih definicija osobnog oporavka je:

„Oporavak je za osobu jedinstven, duboko osoban proces mijenjanja stavova, vrijednosnih sudova, osjećaja, ciljeva, vještina i uloga. To je način življenja zadovoljavajućeg, ispunjenog života s optimizmom i nadom čak i kada postoje ograničenja nastala zbog poteškoća mentalnog zdravlja.

Oporavak uključuje razvoj novih značenja i smisla u ljudskom životu u kojem mentalni poremećaj nije doživljen kao katastrofa koja se ne može popraviti, nego kao iskustvo na temelju kojeg se može učiti i razvijati“ (Anthony, 1993).

Postizanje remisije i oporavka određeno je nizom različitih čimbenika koji uključuju složenu interakciju osobe, sustava liječenja, stavova stručnjaka, formalne i neformalne podrške kao i nizom drugih čimbenika. Kroničnost koja se odnosi na ponavljanje epizoda bolesti ili stalno prisutnih nekih od simptoma bolesti u kontekstu oporavka gubi povezanost s neizlječivosti i postaje iskustvo iz kojeg se može učiti i postići oporavak. Oporavak je proces promjene kroz koji osoba poboljšava svoje zdravlje i živi životom kojim je zadovoljna te nastoji dostignuti svoje pune potencijale.

Kako biste bolje razumjeli značenje osobnog oporavka, pogledajte video

<https://www.youtube.com/watch?v=AUjDXHOXFm8>

Deset principa oporavka

Identificirani principi oporavka su rezultat dogovora između osoba s iskustvom bolesti, stručnjaka i rezultata istraživanja čimbenika koji doprinose oporavku. Principi oporavka pomažu u postizanju oporavka pa trebaju biti dio terapijske kulture uključujući i sve terapijske postupke – liječenjem lijekovima, psihoterapiju ili psihosocijalne postupke. Ovdje prikazani principi predstavljaju integraciju principa SAMHSA i CHIME sa sve tri dimenzije oporavka: oporavak simptoma, funkcioniranja i osobni oporavak, kako to sugerira *EUCOMS consensus*.

1. Nada i optimizam oporavka jedan su od osnovnih uvjeta oporavka, bez nade i optimizma nema oporavka. Optimizam i nada moraju biti osnova terapijske kulture u kojoj se liječe osobe s mentalnim poremećajima. Važno je da ljudi koji se liječe od mentalnog poremećaja, stručnjaci koji im pomažu i druge institucije društva kao i društvo u cjelini vjeruje da je oporavak realno ostvariv cilj.

2. Osobni put oporavka

Oporavak je proces, nije linearna uzlazna crta, uključuje kontinuirani osobni razvoj i povremene zastoje. Osoba je kreator i sukreator svojega oporavka. Svaka osoba za sebe određuje ciljeve, planove i putove svojega oporavka. Osobni put oporavka odnosi se na ciljeve koji su u skladu s individualnim željama u različitim područjima života kao što su intimni odnosi, prijateljstva, hobiji, organizacija slobodnog

vremena, posao, sport ili druga za osobu važna životna područja. Sastavljanje osobnih planova oporavka može biti korisno. Osobni plan oporavka nije isto što i individualni plan liječenja, riječ je o osobnom dokumentu koji izrađuje sam pacijent uz pomoć osoblja ili bez pomoći osoblja. Oporavak može početi za vrijeme bolničkog liječenja, no on se odvija u zajednici.

3. Putovi oporavka su individualno različiti jer se ljudi razlikuju prema ciljevima koje imaju, željama, sustavima vrijednosti, pripadaju različitim kulturnim zajednicama s različitim životnim situacijama. Profesionalci i drugi pomagači u oporavku trebaju prihvatiti da ljudi imaju kapacitet za osobni rast, promjenu i oporavak.

4. Sveobuhvatni pristup oporavku

Kako bi oporavak zaživio dugoročno, potrebno je sagledati sve aspekte osobe kao što su: mentalno zdravlje i liječenje, fizičko zdravlje; posao (uključuje osim zaposlenja, volontiranje i druge poslove bez formalnog zaposlenja); odnosi s drugima kao što su prijateljske veze, intimna partnerstva, obitelj i socijalne veze uključujući i podršku koju dobivaju od drugih ljudi, organizaciju slobodnog vremena, fizičku aktivnost, financije, zadovoljstvo uvjetima stanovanja i druga područja koja osoba smatra važnim za svoj život. Za mnoge su lijekovi važni za održavanje psihološke stabilnosti, vještine za samostalan život i život u zajednici i povećanje otpornosti na stres. Stručnjaci koji pomažu u procesu oporavka trebaju se dogovoriti o ciljevima u sva tri područja oporavka i raditi na onim područjima u kojima pacijent želi biti uspješan. Da bi bile učinkovite intervencije trebaju biti u skladu s fazom oporavka. Planovi se dogovaraju s pacijentom, pacijent i terapeut zajedno otkrivaju što se dogodilo, poštuje se pacijentov pogled na poteškoće koje ima. Susret stručnjaka i pacijenta je susret dva eksperta – jedan je stručnjak, a drugi je ekspert na temelju osobnog iskustva. Oni zajedno pronalaze rješenja.

5. Podrška vršnjaka

Oporavljene osobe s iskustvom mentalnog poremećaja važan su izvor podrške u poticanju procesa oporavka, putem vlastitog iskustva predstavljaju koristan model za oporavak i pružaju nadu da je oporavak moguć. Osobe sa sličnim iskustvom problema mentalnog zdravlja/psihičke bolesti potiču jedni druge i pružaju jedni drugima važan osjećaj pripadnosti, podrške i uvažavanja. Biti član grupe za podršku korisno je za mnoge koji se smatraju oporavljenima.

6. Značaj sociokulturne sredine, svrhe i smisla života

Sustav osobnih vrijednosti, svjetonazor, tradicija i pripadnost određenoj sociokulturnoj skupini imaju utjecaj na određivanje osobnog puta oporavka. Smisao i svrha života nalaze se na mnogo načina, no jedan od ključnih aspekata je kroz duhovnost (osobni sustav vjerovanja) i religiju. Podržavanje ljudi u osvješćivanju njihovih sustava vrijednosti može pomoći da se ovi sustavi povežu s ciljevima oporavka.

7. Razgovor o traumi

Traumatska iskustva (sadašnja i prošla) koja se odnose na fizičko nasilje, emocionalno zlostavljanje i bilo koja druga, uključujući i traumatsko iskustvo primjene mjera prisile, nepovoljno djeluju na oporavak. Stoga moraju biti dio individualnog plana liječenja.

8. Snage i odgovornosti

Oporavak uključuje odgovornost pojedinaca, obitelji i zajednice – svaka osoba koja se oporavlja odgovorna je za brigu o svojem zdravlju. Obitelj i drugi bliski pojedinci također snose odgovornost za podršku osobi koja se oporavlja. Zajednice su odgovorne za osiguravanje uvjeta za optimalno liječenje,

osiguravanje sigurnog i zadovoljavajućeg stanovanja, zaposlenja i obrazovanja kao i za poticanje socijalne uključenosti i borbu protiv stigme i diskriminacije. Za osobni oporavak važno je identificirati snage, ambicije, talente i slabosti osobe, poticati sposobnosti, raditi na poboljšanjima područja koje osoba želi poboljšati poticanjem samostalnosti ili osiguranjem podrške. Osobe koje se u procesu liječenja osjećaju osnaženo bolje se oporavljaju. Osobna odgovornost odnosi se na ispunjavanje različitih aktivnosti i uloga, poput odgovornoga financijskog ponašanja, održavanja dobrih odnosa s ljudima i preuzimanja odgovornosti za svoje postupke i odluke, zdravlje, način života i poštivanje zakona. Princip oporavka uključuje i pravo na rizik jer rizik može biti potencijal za osobni razvoj kao i priliku za učenje iz iskustva. Ovdje se radi o pravu na rizik koji imaju svi ljudi.

9. Poštovanje i identitet

Prihvatanje i uvažavanje važni su za postizanje oporavka kao i za doživljaj pozitivnog identiteta. Oporavljene osobe navode da liječenje u ozračju optimizma, nade i poštovanja pomaže u oporavku. Doživljaj osobe da se prema njoj odnosi s poštovanjem i uvažavanjem njezinih stavova i mišljenja potiče oporavak. Također pomaže realističnom prihvatanju sebe, svojih dobrih i loših strana, opće pozitivni doživljaj sebe i doživljaj sebe kao osobe vrijedne poštovanja. Osobe koje nisu fokusirane na to da je mentalni poremećaj njihov glavni identitet, nego bolest doživljavaju kao jedno od svojih obilježja – ali ne glavno zato što imaju puno drugih osobina, npr. dobri su prijatelji, radnici, roditelji, vješti su u sportu, nekom specifičnom hobiju... – bolje se oporavljaju. Neki navode da ponos što se mogu dobro nositi s problemima mentalne bolesti također pomaže u oporavku. Bolje se oporavljaju osobe koje se ne samostigmatiziraju i koje se dobro nose sa stigmom. Oporavljena osoba osjeća se dobro u osobnom identitetu.

10. Odnosi, podrška i socijalna mreža

Ljudi se teško mogu oporaviti bez podrške. U procesu oporavka ljudi trebaju različite izvore podrške: podršku stručnih osoba, poput psihijatra i drugih stručnjaka kao što su medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, drugih službi izvan zdravstva kao što je služba za zapošljavanje, obrazovanje, socijalna služba, pomoć osoba iz udruga, istovrsnika kao i neformalnih pomagača kao što su obitelj, partneri, prijatelji, volonteri i drugi resursi koji postoje u zajednici. Podrška uključuje razumijevanje, uvažavanje, poticanje nade, ohrabrenje, nekritiziranje, poticanje na samostalno donošenje odluka na aktivno sudjelovanje u liječenju i drugim aktivnostima života. Osobi se pruža podrška uvijek u onim područjima u kojima ona želi podršku. Oporavak potiče povezanost s drugim ljudima što uključuje važne odnose kao što su članovi obitelji, bliski prijatelji i intimni partneri, kao i terapijske odnose povjerenja sa stručnjacima. Doživljaj uključenosti u zajednicu i doživljaj prihvaćenosti i pripadanja sredini u kojoj osoba živi potiče oporavak. Osobe koje sudjeluju na putu oporavka uključujući stručnjake moraju se uvijek pitati pomažu li svojim postupcima ili ometaju proces oporavka. Osobe koje pomažu ljudima s mentalnim poteškoćama da se oporave, bilo da su stručnjaci ili laici, suputnici su na putu oporavka u razdoblju koje može biti kratko, no isto tako onoliko koliko je to potrebno. Osobe koje pružaju podršku prvo moraju izgraditi odnos povjerenja.

Literatura: principi oporavka

Anthony WA: Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s; Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16(4), 11–23

Keet R, de Vetten-McMahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, Mulder CL, van Zelst C, Murphy B, Westen K, Nas C, Petrea I, Pieters G. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. BMC Psychiatry. 2019, 19: 174.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. British Journal of Psychiatry. 2011, 199: 445-452.

SAMHSA's Recovery Support Initiative <http://www.samhsa.gov/recovery>

Slade M. Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals. Cambridge, Cambridge University Press. 2009.

World Health Organization. Quality Rights Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Quality Rights. Person-centred Recovery Planning for Mental Health and Wellbeing – Self-Help Tool. Who QualityRights Self-Help Tools. Geneva: World Health Organization. 2019.

Literatura smjernice za psihobiosocijalnu formulaciju i individualni plan liječenja:

European Framework for Competencies in Psychiatry. <http://uemspychiatry.org/wp-content/uploads/2013/09/2009-Oct-EFCP.pdf>

The profil of psychiatrist UEMS 2018 uemspychiatry.org

Sladana Štrkalj Ivezić Psihobiosocijalna formulacija i individualni plan liječenja u: Britivić D, Štrkalj Ivezić (urednice) Mentalno zdravlje u zajednici, Sveučilište u Splitu, Split 2020



Klinika za psihijatriju Vrapče

Referentni centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode



Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju



Hrvatsko psihijatrijsko društvo

**SMJERNICE ZA PROCJENU FUNKCIONIRANJA OSOBA S POTEŠKOĆAMA
MENTALNOG ZDRAVLJA**

Autori:

Slađana Štrkalj Ivezić, Tihana Jendričko, Lana Mužinić Marinić, Dolores Britvić, Krešimir Radić, Martina Grubiša, Maja Bajs-Janović, Srebrenka Mesić

Zagreb, 2021

Cilj smjernica iznesenih u ovom dokumentu je povećati kompetencije psihijatra za procjenu funkcioniranja. Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije funkcioniranje je potrebno procjenjivati odvojeno od simptoma bolesti. Područja funkcioniranja koja je potrebno procjenjivati opisana su u Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja Svjetske zdravstvene organizacije (MKF). Mentalni poremećaj odnosi se na postojanje klinički prepoznatljivih simptoma bolesti ili ponašanja u većini slučajeva povezanih s poteškoćama funkcioniranja (UEMS, Profil psihijatra). Procjena funkcioniranja nužna je za procjenu težine bolesti, izradu individualnog plana liječenja i rehabilitacije, procjenu razine potrebne podrške i invaliditeta iz kojeg proizlazi niz prava u različitim područjima kao što je socijalna skrb, mirovinsko, zapošljavanje i drugo.

Međunarodna klasifikacija funkcioniranja (MKF) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) , na kojoj se temelji ovaj dokument daje smjernice za procjenu funkcioniranja osobe kako bi se bolje odredile potrebe osobe vezano za ciljeve liječenja, rehabilitaciju, potporu i prava, kao i praćenje rezultata liječenja. Procjena funkcioniranja je ključna kako bi osoba ostvarila različita prava u sustavima u kojima se provode vještačenja kao što su socijalna skrb, mirovinski sustav i sustav zapošljavanja te kako bi se pratili rezultati liječenja.

Izvor informacija za procjenu funkcioniranja: Funkcioniranje se procjenjuje na temelju informacija koje mogu biti iz različitih izvora kao što je osobni razgovor s pacijentom, važnim osobama iz njegove okoline, izvještaji s radnog mjesta, opservacija osoblja za vrijeme liječenja, informacije dobivene terenskim ispitivanjem na mjestu gdje osoba živi ili radi. Mogu se koristiti upitnici za procjenu, ali ne kao jedini izvor procjena, kao što je to primjerice upitnik WHODAS 2 koji je usklađen s područjima funkcioniranja MKF-a. Upitnik WHODAS 2 može se upotrebljavati kao samoprocjenski upitnik ili u obliku intervjua s pacijentom i članom njegove obitelji. WHODAS2 je preveden na hrvatski i njime se mogu koristiti stručnjaci u svojoj praksi. Kada se procjenjuje funkcioniranje radi utvrđivanja invaliditeta treba se voditi definicijom osobe s invaliditetom: Osoba s invaliditetom je osoba s dugotrajnim tjelesnim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njezino puno i učinkovito sudjelovanje u društvu ravnopravno s drugima.

Ciljevi procjene funkcioniranja. Procjenjuju se sposobnosti, onesposobljenost, stupanj samostalnosti i stresa u obavljanju pojedinih aktivnosti u određenom području funkcioniranja i uključenosti u situacije u usporedbi s prosječnom zdravom osobom. Procjenjuju se i prepreke u izvođenju, to jest zašto netko ne provodi aktivnost za koju ima sposobnosti, primjerice zbog niskog samopouzdanja, stigme, straha, nedostatka prilika i slično.

Standard za usporedbu očekivano je funkcioniranje prosječno zdrave osobe u područjima funkcioniranja koja se procjenjuju.

Postupak procjene funkcioniranja

Postupak procjene uključuje slijedeće korake: 1. procjenu sposobnosti i ograničenja u pojedinim područjima funkcioniranja prema MKF-u, 2. poteškoće funkcioniranja dovode se u vezu sa psihobiosocijalnim čimbenicima, 3. procjenjuje se potreba za podrškom i preporučuje individualni plan rehabilitacije kada se procjena provodi radi izrade plana liječenja.

U postupku procjene prvo treba identificirati poteškoće funkcioniranja u različitim područjima bez obzira na razloge, zatim utvrditi razloge, predložiti mogućnosti poboljšanja liječenjem i/ili organiziranjem podrške, kao i dati prijedlog za utvrđivanje prava u odnosu na invaliditet kada postoji.

Prvi korak Procjena sposobnosti i ograničenja u pojedinim područjima funkcioniranja

Procjenjuje se sedam navedenih područja funkcioniranja i područje olakšica i prepreka.

Više o procjeni pojedinačnih područja vidi u literaturi na temelju koje su izrađene ove smjernice.

1. Učenje i primjena znanja – procjena kognitivnog funkcioniranja odnosi se na procjenu sposobnosti učenja, primjenu naučenih znanja, proces razmišljanja, rješavanja problema i donošenja odluka. Procjenjuju se poteškoće u koncentraciji i pamćenju, sposobnosti fokusiranja na zadatak, sposobnosti prenošenja znanja u praksu – naučeno u konkretnu životnu situaciju, sposobnosti čitanja, pisanja i računanja. Kognitivne poteškoće uključuju poteškoće s održavanjem pažnje, procesuiranjem informacija, verbalnim i neverbalnim učenjem i pamćenjem, radnom memorijom, lošom percepcijom socijalnih i emocionalnih znakova, poteškoće u vizualno-spacijalnim sposobnostima u planiranju i rješavanju problema, uvidu i u planiranju orijentiranom prema cilju.

2. Briga o sebi – sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti procjenjuje se u kategorijama efikasnosti, adekvatnosti i neovisnosti o pomoći drugih osoba. Uključuje brigu o osobnoj higijeni i vanjskom izgledu, prikladnoj prehrani, nabavci hrane, samostalnost kod pripreme jela i organiziranja prehrane, postupanje s novcem i kupnju, urednost, održavanje vlastitog prostora i sigurnost u kući, brigu o vlastitom zdravlju i suradljivost u liječenju.

3. Pokretljivost uključuje sposobnost samostalnog kretanja, usporenost, pasivnost, nuspojave lijekova, socijalnu izolaciju.

4. Komuniciranje i interakcije odnose se na sposobnost osobe da se adekvatno odnosi spram

kvalitetu odnosa s drugim ljudima, socijalne vještine u komunikaciji s drugim ljudima, kontrolu izražavanja emocija i impulsa. Narušeno socijalno funkcioniranje podrazumijeva: socijalnu izolaciju, strah od stranaca, izbjegavanje kontakata, eksplozivnost u kontaktima i učestale poteškoće u interpersonalnoj komunikaciji.

5. Funkcioniranje u ulogama uključuje procjenu funkcioniranja u obitelji, na radnom mjestu, školovanju, zajednici, u slobodno vrijeme i uključenost u život zajednice.

Radno funkcioniranje uključuje bilo koji posao koji osoba radi (zapošljavanje, volonterski, dobrovoljni rad). Procjena funkcioniranja u radnoj ulozi mora uvažiti kontekst procjene ovisno o radnom statusu osobe, funkcioniranje u svim područjima funkcioniranja mora se dovesti u kontekst radnog funkcioniranja. Važno je ispitati motivaciju za posao jer novija istraživanja pokazuju da se i osobe s težim mentalnim poremećajima kada su motivirane i kada imaju organiziranu podršku mogu zaposliti i zadržati posao. Za radno funkcioniranje sposobnosti komunikacije i kognitivno funkcioniranje pokazuju se ključnima za radnu sposobnost, kao i rizik dekompenzacije psihičkog stanja zbog stresa na radnom mjestu, dok je stigma jedna od najvećih prepreka zapošljavanju osoba s mentalnim poremećajima.

6. Svladavanje stresa i drugih psihičkih zahtjeva uključuje otpornost na stres i ponašanje u stresnim situacijama. Procjenjuje se podnošenje uobičajenog stresa potrebnog za adekvatno funkcioniranje u svakodnevnom životu. Procjenjuje se odgovor, reakcija, sučeljavanje na psihičke zahtjeve potrebne za obavljanje aktivnosti i sudjelovanje u svim područjima djelovanja (dnevna rutina, obitelj, posao, društvene aktivnosti) koji se doživljavaju stresnim, kao i sposobnosti nošenja s kriznom situacijom – nošenje s odlučujućim trenucima u kriznoj situaciji ili vremenu akutne opasnosti ili poteškoća, reakcija na iznenadni događaj. Procjena uključuje i način reagiranja na stresne situacije: npr. uznemirenost, osoba se povlači, postaje agresivna i slično.

7. Potpora uključuje doživljaj razumijevanja osoba iz okoline te traženje i dobivanje podrške za aktivnosti koje su poteškoća, kao i različite institucije koje pružaju potporu. Procjenjuje se potpora osoba koje pružaju fizičku ili emocionalnu potporu, skrb, njegu i pomoć. Potpora može biti: obitelj (uža i šira); prijatelji, kolege na poslu, susjedi, znanci, poslodavci, zdravstveno osoblje; službene osobe; osobni pomagači i kućni ljubimci.

8. Prepreke i olakšice uključuju identificiranje različitih čimbenika u okolini pacijenta koji predstavljaju poticajnu sredinu ili prepreku za aktivnosti. Ovo se posebno odnosi na prisutnost stigme i diskriminacije te razvijene sustave podrške u zajednici. Uključuje osobne stavove

prema bolesti i liječenju (negiranje, samostigmatizaciju, prihvaćanje) i stavove sredine koji mogu biti prepreka, primjerice stigma i diskriminacija s posljedicama utjecaja na funkcioniranje, postojanje ili izostanak različitih službi u zajednici koje potiču socijalno uključivanje, poštivanje ljudskih prava i potiču oporavak poput mobilnih timova, nevladinih institucija korisnika koji provode različite programe i pružaju različite vrste potpore i zaštite.

Drugi korak: procjena utjecaja psihobiosocijalnih čimbenika na funkcioniranje

Kada se napravi procjena funkcioniranja i utvrde sposobnosti, nesposobnosti ili ograničenja, važno je znati uzrok poteškoća u funkcioniranju, tj. utvrditi razloge. Razlozi mogu biti povezani sa simptomima bolesti, nedostatkom motivacije, nedostatkom vještina, negativnim učincima lijekova, nedostatkom programa rehabilitacije, ne primjenom ili neučinkovitosti psihosocijalnih metoda i psihoterapije, okolinskim čimbenicima kao što su primjerice stigma i nedostatak potpore. Zadatak psihijatra je da identificira sposobnosti i poteškoće, podrži sposobnosti, a za nesposobnosti identificira njihove razloge te da pomaže u njihovu uklanjanju planiranjem provedbe različitih psihobiosocijalnih postupaka tako da funkcionalna oštećenja budu što manja i da ne budu prepreka socijalnom uključivanju i načinu života kojim je osoba zadovoljna. Kada se funkcionalna ograničenja ne mogu otkloniti, važno je utvrditi stupanj potrebne podrške i informirati pacijenta o pravima vezano za invaliditet. Nisko samopouzdanje, nedostatak vještina i podrške, stigma i samo-stigmatizacija su jedni od najčešćih razloga poteškoća u funkcioniranju. Česti razlozi su također nuspojave lijekova, osobito kada djeluju na kognitivno funkcioniranje.

Treći korak: plan rehabilitacije i pisanje nalaza i mišljenja psihijatra

Funkcionalni profil dobiven procjenom funkcioniranja služi kao okvir za izradu individualnog plana rehabilitacije koji predstavlja dogovor psihijatra i pacijenta o ciljevima funkcionalnog oporavka, odabir područja oporavka, izbor metoda i stručnjaka koji će sudjelovati u rehabilitaciji. Rehabilitacija uključuje primjenu niza psihosocijalnih metoda radi povećanja vještina za samostalnost u svakodnevnom životu te organizaciju podrške za one aktivnosti koje osoba zbog bolesti sama ne može provoditi.

Kada se piše nalaz i mišljenje psihijatra na zahtjev tijela vještačenja, nalaz uz opis simptoma bolesti, tijek bolesti i ishod liječenja treba sadržavati i detaljnu procjenu pojedinačnih područja funkcioniranja, rezultate liječenja u odnosu na funkcioniranje, preporuke za daljnje liječenje i podršku.

Nalaz procjene funkcioniranja uvijek se unosi u medicinsku dokumentaciju odvojeno od opisa simptoma bolesti i treba uključivati kratki opis funkcioniranja u svim područjima koja se navode u MKF-u, uzrok poteškoća funkcioniranja i plan rehabilitacije i određivanje podrške kada se radi o planiranju liječenja. Potrebno je također navesti i koje aktivnosti se provode uz podršku. Funkcioniranje se opisuje bez obzira na trajanje poteškoća koje može biti kratko ograničeno samo na akutnu fazu bolesti i dužeg trajanja kada su unatoč liječenja i dalje oštećena određena područja funkcioniranja za koja je tada potrebno osigurati podršku.

Sažetak smjernica

Mentalni poremećaji izazivaju poteškoće u funkcioniranju u različitom stupnju u mnogim područjima. Oporavak funkcioniranja povezan je s povoljnijim ishodom bolesti. Oštećenje funkcioniranja povezano je s pravom na optimalno liječenje primjenom različitih postupaka, osobito postupaka rehabilitacije na temelju individualnog plana liječenja, organiziranom formalnom i neformalnom podrškom i pravima povezanim s invaliditetom. Funkcioniranje se uvijek procjenjuje odvojeno od simptoma bolesti. U procjeni funkcioniranja procjenjuju se sposobnosti, onesposobljenost, stupanj samostalnosti i stresa u obavljanju pojedinih aktivnosti u određenom području funkcioniranja i uključenosti u situacije u usporedbi s prosječnom zdravom osobom. Procjenjuje se funkcioniranje u sedam područja: kognitivno, briga o sebi, pokretljivost, komunikacija i odnosi s drugima, funkcioniranje u ulogama, svladavanje stresa te procjenu potpore, prisutnost olakšica i prepreka. Procjena se temelji na vlastitom ispitivanju i na temelju drugih informacija. Za procjenu se može upotrebljavati vođeni intervju na temelju upitnika WHODAS 2, koji se može koristiti i za samoprocjenu kada se procijeni da se mogu dobiti pouzdani podaci od osobe koja ima zadovoljavajući uvid u svoje poteškoće, kao i za dobivanje informacija od trećih osoba. Rezultati procjene funkcioniranja dovode se u vezu s različitim psihobiosocijalnim čimbenicima kako bi se mogao izraditi individualni plan liječenja ili dati preporuke. Nalaz funkcioniranja unosi se u medicinsku dokumentaciju i treba uključivati kratki opis funkcioniranja u svim područjima koja se navode u MKF-u, uzrok poteškoća funkcioniranja i plan rehabilitacije te određivanje podrške kada se radi o planiranju liječenja, kao i preporuke za prava koje osobi pripadaju na osnovi invalidnosti kada je to primjereno.

Literatura

Štrkalj Ivezić S Funkcioniranje između zdravlja i bolesti HLZ, Klinika za psihijatriju Vrapče, Hrvatsko psihijatrijsko društvo Zagreb 2016.

World Health Organization International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) Geneva: WHO 2001.

Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0))



Klinika za psihijatriju Vrapče

Referentni centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode



Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju

Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za forenzičku psihijatriju



Hrvatsko psihijatrijsko društvo

Smjernice za prevenciju prijema bez pristanka i primjene mjera prisile u psihijatrijskim ustanovama

Autori

Sladana Štrkalj-Ivezić, Petrana Brečić, Aleksandar Savić, Krešimir Radić, Dolores Britvić, Alma-Mihaljević Peleš, Miroslav Herceg, Nataša Đuran, Draženka Ostojić, Nada Buzina, Štefica Bagarić, Jasminka Bektić-Hodžić, Senka Repovečki

Zagreb, 2021.

Smjernice za redukciju nedobrovoljnih prijema i primjena mjera prisile u psihijatrijskim ustanovama u skladu su s preporukama Svjetske psihijatrijske organizacije (WPA) i QualityRights inicijative Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) da se uvijek traže alternative nedobrovoljnim prijemima i mjerama prisile. Ove smjernice mogu biti koristan vodič za izradu strategije prevencije nasilja na radnom mjestu koja je obavezna za sve psihijatrijske institucije kao i za njezinu implementaciju.

Kada se psihijatri na temelju Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama odlučuju za prijem protiv volje pacijenta i kada primjenjuju metode prisile nakon što su prethodno primijenili metode prevencije koje nisu bile učinkovite, moraju biti posve sigurni da je to jedini način postupanja u konkretnoj situaciji kako bi se smanjila šteta i omogućilo liječenje. Također moraju znati da metode prisile mogu izazvati negativne učinke po zdravlje ljudi i ishode liječenja. Stoga nakon mjera prisile moraju primijeniti postupke za prevenciju negativnih učinaka primjene mjera prisile.

Zakonski okvir za nedobrovoljne hospitalizacije i primjenu mjera prisile

Liječenje u psihijatriji provodi se na temelju slobodnoga informiranog pristanka. Prednost se uvijek daje liječenju u najmanje restriktivnoj sredini. Liječenje bez pristanka i primjena mjera prisile je izuzetak.

Slobodni informirani pristanak na liječenje temelji se na pravu osobe da samostalno, slobodnom voljom odlučuje o svojem liječenju. Liječnici su obavezni za sve postupke koje provode tražiti pristanak pacijenta. Iznimka u medicine, pa tako i u psihijatriji su postupci vitalne ugroženosti, spašavanja života koji se mogu provoditi bez pristanka.

Da bi pristanak bio valjan osoba mora dobiti dovoljno relevantnih informacija o svojem zdravstvenom stanju i preporučenom liječenju na način koji može razumjeti kako bi mogla donijeti odluku o liječenju. Informacije moraju uključivati potencijalne koristi i rizike od liječenja za zdravlje osobe, alternative preporučenom liječenju i moguće posljedice odbijanja preporučenog liječenja. Dobrovoljnost pristanka znači da osoba odlučuje svojom voljom bez bilo kakvog uvjetovanja, što uključuje i pravo odbiti liječenje i povući pristanak na liječenje u bilo kojem trenutku. Da bi pristanak bio valjan osoba mora imati mentalni kapacitet za donošenje odluke o liječenju u trenutku kada donosi odluku, tj. da može razumjeti informacije koje je dobila, razmisliti i odvagati za i protiv preporuka liječnika, te komunicirati svoju odluku. Ako osoba nema kapaciteta za donošenje odluke o liječenju, prvi postupak mora biti pomoć za povećanje kapaciteta u donošenju odluka kako bi osoba mogla sama donijeti svoju odluku. Obaveza je psihijatra da kod svih osoba koje se dobrovoljno primaju na bolničko liječenje procijeni kapacitet za donošenje odluke o liječenju na psihijatrijskom odjelu u trenutku kada tu odluku donosi kako bi njihov pristanak bio valjan (više vidi u smjernicama za informirani pristanak i kapacitet za donošenje odluka).

Prema pravilniku Ministarstva zdravstva o obrascu suglasnosti i obrascu izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (Narodne novine, 169/04) za područje medicine, osoba prije potpisivanja informiranog pristanka mora dobiti pisanu informaciju o postupcima koji se predlažu. Stoga se predlaže psihijatrijskim institucijama da sastave pisane informacije o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koje provode.

Informiranje o pravima

Informacije o pravima pridonose terapijskoj atmosferi koja smanjuje napetost, strah, vjerojatnost konflikta i pridonosi kulturi dobrovoljnosti liječenja, smanjuje rizik za primjenu metoda prisile i pridonosi boljim ishodima liječenja. Stoga potičemo ustanove da uz ono što je zakonom propisano, u regularne terapijske programe uvedu informiranje o pravima i da učine lako dostupnim pisane informacije o pravima. Terapijska kultura koja poštuje prava pacijenta na pritužbe gleda kao na priliku za poboljšanje programa rada, a time i ishoda liječenja i prevencije primjene metoda prisile.

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS), osoba s duševnim smetnjama mora biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, sa svojim pravima te poučena tome kako ih može ostvariti.

Informiranje o pravima navedenim u članku 14. ZZODS-a je obavezno (vidi članak 14. ZZODS-a). Bilješka o upoznavanju osobe s njezinim pravima iz članka 14. mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju. U slučaju primjene mjera prisile osoba nad kojom su primijenjene mjere prisile, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik osobe koja je pod skrbništvom moraju biti informirani da ako oni to zatraže, psihijatrijska ustanova mora uputiti zahtjev sudu da ispita opravdanost primjene metoda (članak 66.).

Napomena: letci o pravima izrađeni u sklopu projekta QualityRights SZO koji se provodio u Hrvatskoj dostupni su u elektroničkom obliku. Ministarstvo zdravstva preporučuje da ovi letci budu dostupni pacijentima psihijatrijskih ustanova.

Dobrovoljno i nedobrovoljno liječenje u psihijatrijskoj bolnici/odjelu

ZZODS člankom 25. uređuje dobrovoljno liječenje u psihijatrijskoj bolnici/odjelu na osnovi slobodnoga informiranog pristanka koji osoba može opozvati u svakom trenutku, prisilno zadržavanje i prisilni smještaj bez pristanka na temelju zadovoljavanja kriterija iz članka 27. i prijem bez pristanka za osobe koje imaju skrbnika (članak 26.).

Odluku o zadržavanju i smještaju u bolnici osobe bez njezina pristanka na liječenje donosi psihijatar na temelju procjene opasnosti osobe s dijagnozom teškoga duševnog poremećaja za njezin život, život drugih osoba i/ili ozbiljnog ugrožavanja vlastitog zdravlja. Osoba koja se može prisilno, bez svojega pristanka, primiti u bolnicu mora imati teži duševni poremećaj, to jest mentalni poremećaj koji otežava psihičke funkcije u toj mjeri da joj je nužna psihijatrijska

pomoć, što znači ako se osoba ne primi u bolnicu, neposredno će nastati opasnost za njezin život, život drugih osoba ili će se njezino zdravlje izrazito pogoršati.

Psihijatar mora procijeniti da je liječenje bez pristanka mjera koja će spriječiti opasnost i omogućiti liječenje jer ne postoji mogućnost izvanbolničkog liječenja koje bi spriječilo opasnost i ozbiljno ugrožavanje zdravlja. Osoba koja se prima bez svojeg pristanka po članku 27. Zakona ne potpisuje informirani pristanak, ali mora biti obaviještena o razlozima svojega zadržavanja, te je treba informirati o postupcima koji se preporučuju u liječenju, također treba tražiti njezinu suradnju.

Posebna vrsta prijema bez valjanog pristanka je prijem/smještaj bez pristanka (članak 26.) koji se primjenjuje kod osobe koja ima skrbnika i to jedino kada je psihijatar procijenio da osoba lišena poslovne sposobnosti u trenutku prijema nema kapaciteta za donošenje odluke o prijemu u bolnicu i ne protivi se odluci skrbnika. Međutim, u situaciji kada se osoba koja nema sposobnost davanja valjanog pristanka protivi ostanku u bolnici, tada pristanak skrbnika nije pravno valjan i osoba se može primiti u bolnicu jedino ako zadovoljava kriterije članka 27. Zakona.

Važno je napomenuti da je, prema ZZODS-u, psihijatar obavezan procijeniti kapacitet za odlučivanje o liječenju prilikom prijema u psihijatrijsku instituciju bez obzira na postojanje lišenja poslovne sposobnosti.

Zakonski okvir za primjenu mjera prisile

Prema ZZODS-u, mjere prisile su sredstva i metode za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja osobe s težim duševnim smetnjama smještene u psihijatrijskoj ustanovi, uključuju odvajanje (izolaciju) i sputavanje (fiksaciju). Odvajanje ili izolacija je nedobrovoljni smještaj pacijenta samog u sobu ili u područje iz kojeg mu je fizički spriječen izlazak. Sputavanje/fiksacija je fizičko ograničavanje kretanja korištenjem različitih pomagala kao što su remenje ili korištenje fizičkog ljudskog „zida“, tj. kada osoblje rukama ili tijelom sprječava kretanje osobe.

Kemijsko ograničavanje je brza sedacija lijekovima, tj. korištenje lijeka kako bi se ograničila pacijentova sloboda kretanja. Ne radi se o standardnim dozama lijeka za liječenje mentalnog poremećaja. Nije regulirano Pravilnikom Ministarstva zdravstva.

Pravilnik Ministarstva zdravstva nije propisao uvjete za sobe za izdvajanje pa se preporučuju preporuke za sobu za izdvajanje iz NICE smjernica.

Soba za izdvajanje svojom arhitekturom mora omogućiti osoblju da može opservirati stanje pacijenta i komunicirati s njim. Soba mora biti dobro izolirana i ventilirana s mogućnošću kontrole temperature izvan sobe, pristupom toaletu i prostoru za održavanje higijene te s namještajem, prozorima i vratima koji se ne mogu uništiti, niti koristiti kao oruđe za ozljeđivanje (NICE, 2005).

Primjena mjera prisile uređena je člankom 60. – 67. ZODSS-a i Pravilnikom Ministarstva zdravstva o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama.

Kada je moguće primijeniti mjere prisile

Teža duševna smetnja, prema ZZODS-u, definirana je kao bilo koji poremećaj prema važećim klasifikacijama mentalnih poremećaja koji po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije osobe u mjeri da je osobi neophodna psihijatrijska pomoć. Dakle osoba nad kojoj se iznimno mogu primijeniti mjere prisile mora zadovoljiti sva tri kriterija: 1. imati mentalni poremećaj; 2. intenzitet toga poremećaja mora ograničavati ili otežavati psihičke funkcije; 3. oštećenje psihičkih funkcija je takvog intenziteta da je osobi neophodna psihijatrijska pomoć, tj. ako se ne pruži odmah, nastupit će opasnost za život osobe, drugih osoba i/ili ozbiljno oštećenje njezina zdravlja.

Mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smiju se primijeniti samo iznimno ako je to:

1. Jedino sredstvo da se ukloni neposredna opasnost koja proizlazi iz ponašanja osobe s težim duševnim smetnjama, a kojom ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život ili zdravlje.
2. Mjere prisile mogu se primijeniti tek nakon što se neprisilnim mjerama (misli se na postupke prve linije postupanja stručno-znanstveno utvrđene učinkovitosti kao što su deeskalacija, *time out* soba, senzorna modulacija) nije uklonila opasnost vezana za izravno ugrožavanje vlastitog ili tuđeg života ili zdravlja.
3. Mjere prisile primijenit će se jedino u mjeri i na način prijeko potreban da se ukloni opisana opasnost te smiju trajati samo dok je to nužno da se ukloni opasnost.

Kada se primjenjuju mjere prisile, moraju se primijeniti na siguran način za pacijenta i osoblje, vodeći računa o zaštiti dostojanstva pacijenta.

Obaveza prijavljivanja primjene mjera prisile

Prema članku 64. ZZODS-a, o primjeni mjera prisile psihijatrijska ustanova je obavezna obavijestiti osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika i etičko povjerenstvo. Psihijatrijska ustanova obavezna je najmanje dva puta godišnje izvijestiti Državno povjerenstvo o primijenjenim mjerama prisile, no mora obavijestiti Povjerenstvo o svakoj primjeni mjera prisile prema djetetu. Prema članku 66. ZZODS-a, ustanova je dužna prijaviti primjenu mjera prisile sudu ako to sam pacijent, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik traže.

Obaveza praćenja tjelesnog i psihičkog stanja za vrijeme trajanja metoda prisile i prevencije negativnih posljedica mjera prisile

Mjere prisile povezane su s nizom negativnih učinaka na tjelesno i mentalno zdravlje. Stoga je nužno intenzivno praćenje tjelesnog i psihičkog stanja pacijenta za vrijeme trajanja mjera prisile i nakon njihova prekida.

Pravilnik Ministarstva zdravstva o primjenama mjera prisile nalaže praćenje tjelesnog i psihičkog stanja za vrijeme trajanja mjera prisile i provođenja terapijskih postupaka (lijekovi i psihoterapijski postupci) kako bi se trajanje metoda prisile svelo na najmanju mjeru, kao i postupak razgovora nakon primjena mjera prisile kako bi se prevenirale negativne posljedice primjene mjera prisile.

Dokumentacija o primjeni mjera prisile

Primjena mjera prisile za svakog pacijenta obavezno se evidentira u medicinskoj dokumentaciji prema uputama iz članaka 15. i 16. Pravilnika Ministarstva zdravstva. Dokumentaciju od samog početka do prekida mjere uredno mora voditi psihijatar i medicinska sestara. Mora biti precizno navedeno kada je mjera počela, tko je sudjelovao, ime psihijatra koji je odobrio mjeru s njegovim nalazom. **Nalaz psihijatra** mora sadržavati: 1. opis psihičkog stanja i opasnosti koji su razlog primjena mjera prisile. Opis stanja mora odgovarati definiciji težeg duševnog poremećaja s neposrednom opasnosti ugrožavanja vlastitog i tuđeg života, zdravlja i sigurnosti; 2. opisuju se prethodno poduzete mjere za prevenciju mjera prisile, tj. da ono što je poduzeto nije bilo učinkovito; 3. navodi se plan liječenja; 4. praćenje tjelesnog i mentalnog stanja pacijenta redovito je u skladu s kliničkom situacijom vodeći računa da se mjera prisile prekine čim prestanu razlozi za njezinu primjenu, tj. kada je uklonjena neposredna opasnost; 5. kod svakog obilaska pacijenta ako nije došlo do prekida mjera prisile treba obrazložiti razloge

produljenja. **Napomena:** Dokumentacija koju vode psihijatri i medicinske sestre treba biti odvojena.

Primjena lijeka bez pristanka pacijenta

Premda je primljen po postupku za prisilni smještaj bez svojeg pristanka, pacijent ima pravo na obaviještenost. Kada se aplicira lijek, od njega se traži pristanak. Protiv volje pacijenta lijek se može aplicirati jedino kada se radi o vitalnoj ugroženosti koja se ne može spriječiti drugim metodama, to jest u slučaju da ako se lijek ne aplicira, nastupa ozbiljno pogoršanje zdravstvenog stanja kao posljedica nepružanja pomoći zbog zdravstvenog stanja.

Kada se pacijentu koji je primljen bez pristanka po postupku za prisilni smještaj primjenjuje lijek, u medicinskoj dokumentaciji treba zabilježiti je li lijek primijenjen s njegovim pristankom ili prisilno bez pristanka. Na primjer, da je pacijent koji je primljen po postupku za prisilni smještaj dobio lijek bez svog pristanka zbog stanja agitiranosti kako bi se spriječilo daljnje ozbiljno pogoršanje njegova zdravlja.

Obveze ustanove za prevenciju mjera prisile i njezinih negativnih posljedica (članak 17. – 19. Pravilnika)

Ustanova je obavezna donijeti strategiju prevencije nasilja na radnom mjestu i kontinuirano educirati zdravstvene radnike radi ranog prepoznavanja eskalacije ponašanja pacijenta i stjecanja vještina brzog postupanja u slučaju incidenta primjenom deeskalacijskih postupaka, edukacije o samozaštiti u situacijama opasnosti, sigurnog načina sputavanja pacijenata, organizacije “interventnih” timova za postupanje u kriznim situacijama kao i dogovorenog sustava poziva u pomoć od tehnologije do kompetencija. Ustanova je također obvezna osigurati pisane upute za postupanje i upravljanje agresivnim ponašanjem, dostupnost pomoći i alarmni sustav za lakšu komunikaciju između zdravstvenih radnika (članak 17. Pravilnika), nakon primjene mjera prisile potrebno je analizirati uzroke i poduzete mjere radi povećavanja razumijevanja i prevencije negativnih posljedica (članak 18). Stoga je potrebno razgovarati s pacijentom, osobljem i drugim pacijentima ako su bili prisutni o svim okolnostima koje su dovele do primjene mjera prisile i učincima koje su mjere prisile imale na psihološki doživljaj svih uključenih, te je li bilo i drugih tjelesnih posljedica. Razgovor s pacijentom i osobljem potrebno je dokumentirati u medicinskoj dokumentaciji.

UN Konvencija o pravima osoba s invaliditetom

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (Konvencija), preciznije interpretacija Konvencije UN izvjestitelja za ljudska prava traži od država potpisnica, pa tako i od Hrvatske, da ne primjenjuju liječenje bez pristanka, tj. da ne provode nedobrovoljne prijeme u bolnicu, ni da primjenjuju mjere prisile. Konvencija smatra da svi ljudi imaju pravo donositi odluke, ako imaju poteškoća trebaju dobiti podršku, a kada podrška ne uspijeva, tada odluke treba donositi prema njihovim preferencijama ili prema najboljoj interpretaciji njihove volje i preferencija (Izvještaj UN, 2013). Prema Konvenciji, nedobrovoljni prijem u psihijatrijsku bolnicu i primjena mjera prisile smatraju se kršenjem ljudskih prava i to prava na poslovnu sposobnost, prava na slobodu, prava na privatnost i prava na slobodu od mučenja kao i nekih drugih prava. Prema Konvenciji, liječenje se provodi isključivo na temelju informiranog pristanka. U trenutku donošenja ovoga dokumenta postoji neslaganje između konvencijskog prava i nacionalnog zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i to ne samo u Hrvatskoj nego i u drugim zemljama Europske unije.

Premda se liječenje bez pristanka i primjena mjera prisile u Republici Hrvatskoj provodi kao iznimni postupak na osnovi Zakona, važno je istaknuti da prijema bez pristanka, osobito primjena mjera prisile imaju brojne negativne posljedice stoga se psihijatre potiče da ove postupke primijene uistinu iznimno, a kada to čine da primijene i postupke prevencije negativnih posljedica. Jedna od glavnih prepreka primjeni mjera prevencije kao prvog izbora pristupa agresivnom pacijentu su stavovi da se agresija u psihijatriji ne može riješiti razgovorom. U promjeni stavova korisni su **priručnici i Power Point prezentacije povezane s QualityRights inicijativom dostupni na: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>**

Procjena kapaciteta za odlučivanje i podrška u odlučivanju za prevenciju nedobrovoljnih prijema

Podrška u odlučivanju važna je u prevenciji nedobrovoljnih prijema jer pomaže osobi da poveća kapacitet za donošenje odluke za liječenje ili neprihvatanje liječenja, a ne da netko drugi donosi odluku.

Poslovna sposobnost odnosi se na pravo donošenja odluka. UN konvencija smatra da je to neotuđivo pravo, to jest da svaka osoba ima pravo na donošenje odluka, a kada ima poteškoća, ima pravo na podršku kako bi se osiguralo da osoba sama donosi odluke. Kada podrška ne uspijeva, odluke treba donositi na temelju poznatih želja osobe ili u skladu s najboljom interpretacijom njezinih želja. Sposobnost za donošenje odluke o liječenju kod nekih osoba oboljelih od mentalnih poremećaja može biti oštećena u trenutku kada osoba donosi odluku. O kapacitetu osobe za donošenje odluke o liječenju i adekvatno pruženoj podršci kada je potrebno ovisi tko će donijeti odluku. Važno je naglasiti da podrška u odlučivanju nije nagovaranje pacijenta da donese odluku za koju smatramo da je u njegovu najboljem interesu, nego pomoć da on sam donese odluku koju želi.

Psihijatar mora imati znanja i vještine da procijeni sposobnost osobe da donese odluku i da joj pomogne da donese svoju odluku bez obzira na to je li ta odluka u skladu s njegovom preporukom.

Kapacitet za donošenje odluke o liječenju procjenjuje se na temelju sposobnosti osobe da razumije relevantne informacije potrebne za donošenje odluke koje je prethodno dobila od psihijatra na adekvatan način, da može prosuditi razloge za i protiv odluke, izabrati ono što želi te da može komunicirati tu odluku, bilo govorom, koristeći se znakovnim jezikom ili bilo kojim drugim sredstvima.

Nedostatak sposobnosti može se utvrditi jedino ako mentalno stanje sprječava osobu da razumije informacije relevantne za odluku, zapamti ih i odvagane za i protiv odluke te komunicira svoju odluku. Početna pretpostavka mora uvijek biti da osoba ima sposobnost, sve

dok ne postoje dokazi da joj nedostaje. Svatko tko zaključi da osoba nema sposobnost trebao bi za to pružiti dokaze, kao i dokaze da postupak pomoći osobi da donese odluku nije uspio.

Načela u procjeni sposobnosti donošenja odluke uključuju: 1. Sve osobe imaju sposobnost da donesu odluku dok se ne utvrdi nedostatak sposobnosti; 2. Prije nego što se donese odluka o nesposobnosti mora se dokazati da pomoć osobi u donošenju odluke nije uspjela; 3. S osobom se ne smije postupati kao da nema kapaciteta za donošenje odluke samo zato što je donijela nerazumnu odluku ili odluku s kojom se mi ili netko drugi ne slaže; 4. Kada se odluka donosi umjesto osobe, odnosno u njezinu najboljem interesu, tada se ona mora temeljiti na poznavanju preferencija te osobe ili na temelju najbolje interpretacije njezinih preferencija; 5. Odluke koje se donose trebaju što manje ograničavati prava osobe.

Podrška za donošenje odluke o liječenju znači pomoć osobi koja ima oštećenje kapaciteta za odlučivanje o liječenju da donese odluku koja odražava njezine želje, umjesto da netko drugi donosi odluku u njezino ime. U potpomognutom donošenju odluke, neće se jednostavno pretpostaviti najbolji interes osobe, već će se pomoći osobi da donese odluku na temelju njezinih želja i preferencija.

ISTRAŽIVANJA O UČINCIMA NEDOBROVOLJNIH HOSPITALIZACIJA PRIMJENE MJERA PRISILE, RIZIČNIM I PROTEKTIVNIM ČIMBENICIMA

U ovom dijelu iznosimo pregled literature o posljedicama nedobrovoljnih prijema i primjene mjera prisile, te brojnim rizičnim i zaštitnim čimbenicima koji utječu na primjenu i redukciju primjene mjera prisile i nedobrovoljnih hospitalizacija.

Istraživanja učinaka nedobrovoljnih prijema i primjene metoda prisile

U usporedbi s dobrovoljnom hospitalizacijom, nedobrovoljna hospitalizacija povezana je s duljim boravkom u bolnici, većim brojem hospitalizacija i većim rizikom za ponovljene hospitalizacije bez pristanka, s lošijim ishodom liječenja, lošom suradnjom sa službama liječenja te većim rizikom smrti zbog suicida (Akther i sur., 2019). Velik broj pacijenata koji su primljeni bez pristanka nakon otpusta smatraju da je prijem bio opravdan (Priebe, Katsakou,

Glöckner, 2010), no to ne isključuje negativne učinke prijema bez pristanka. Pravni status prijema dobrovoljni/nedobrovoljni nije povezan s osobnim doživljajem dobrovoljnosti, niti je dobrovoljnost prijema garancija dobrih iskustava pacijenta tijekom hospitalnog liječenja.

Više od 60 % pacijenata liječenih u različitim psihijatrijskim bolnicama ili odjelima u Republici Hrvatskoj je izjavilo da je njihovo iskustvo hospitalizacije negativno bez obzira na to jesu li primljeni dobrovoljno ili protiv svoje volje (Barbiš 2019).

U navedenom istraživanju pola sudionika smatra da nije bilo odgovarajuće informirano, a svaka treća osoba navela je da je osjećala kako mora prihvatiti određeno liječenje protiv vlastite volje zbog straha od prisile ili zlostavljanja ako to ne učini.

Istraživanja o učincima prijema bez pristanka sugeriraju da se prijem bez pristanka doživljava kao zastrašujući i uznemirujući, međutim brojna istraživanja također otkrivaju do postoje određeni čimbenici koji mogu pomoći u smanjenju negativnih posljedica kao što je to dobro postupanje osoblja koje može promijeniti percepciju dobrovoljnosti bez obzira na pravni status hospitalizacije. Terapijske sredine koje njeguju atmosferu dobrodošlice imaju manji broj prijema bez pristanka.

Broj pacijenata nad kojima se primjenjuju mjere prisile varira u različitim državama Europske unije. Čak i kada pacijenti prihvaćaju da su mjere prisile bile nužne, svejedno to doživljavaju kao uznemiravajuće iskustva s visokim rizikom da reaktivira traumatske događaje iz prošlosti kao i razvoj posttraumatskoga stresnog poremećaja (Guzmán-Parra i sur., 2018).

Od brojnih negativnih učinaka primjene mjera prisile osim visokog rizika doživljaja traume i njezinih negativnih posljedica navode se brojne posljedice kao što su: utjecaj na suradnju u liječenju, stigmatu i poteškoće u oporavku. Osobe nad kojima su primijenjene mjere prisile doživljavaju se poniženima, demoraliziranima, napuštenima, ustrašenima, bespomoćnima, ljutima i frustriranima (WHO, 2019). Pri primjeni mjera prisile česte su tjelesne ozljede uključujući smrt. Osobito je rizično fizičko sputavanje i ubrzana sedacija. Primjena mjera prisile produljuje bolničko liječenje, a primjena lijekova bez pristanka povezana je s neprihvatanjem liječenja (McLaughlin, Giacco, Priebe, 2016).

Premda je većina iskustava primjene mjera prisile negativna, mali broj pacijenata, uglavnom onih koji su bili izdvojeni, navodi pozitivna iskustva poput doživljaja zaštite od nasilnog ponašanja i prilike da srede osjećaje i misli.

Mjere prisile imaju i negativne psihološke i tjelesne posljedice na osoblje, dovode do psiholoških trauma, tjelesnih ozljeda, povećanja broja dana na bolovanju i sagorijevanja na poslu.

Premda su razlozi za primjenu mjera prisile jasno definirani u ZZODS-u i moraju predstavljati iznimne situacije, izvješća neovisnih tijela koja prate njihovu upotrebu u Republici Hrvatskoj, kao što su Državno povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama i pučki pravobranitelj, upućuju na to da primjena mjera prisile, kao i ograničavanje slobode dobrovoljno primljenim osobama često nisu u skladu s nacionalnim zakonodavstvom.

Brojni su razlozi za nesrazmjernu primjenu mjera prisile kao što su primjerice: nedostatak protokola o postupanju, nedovoljno educirano osoblje vezano za ranu identifikaciju uznemirenosti i rane intervencije kao što su postupci deeskalacije, razumijevanja agresivnog ponašanja, primjene *time-out* soba i senzorne modulacije, loše procjene rizika, primjene iz komoditeta, vlastitog straha, nedostatak osoblja ili potrebe da se pacijent kazni kao i neadekvatna fizička obilježja odjela, nedostatak pristupa da su potrebe pacijenta na prvom mjestu, nepoznavanja zakonskog okvira i drugo. Stoga institucije trebaju identificirati čimbenike rizika za primjenu mjera prisile, kao i zaštitne čimbenike što im može pomoći u izradi strategije za prevenciju nasilja na radnom mjestu i prevencije metoda prisile te njezine implementacije u praksi.

Zaštitni čimbenici za prevenciju primjene mjera prisile i ublažavanje njihovih negativnih posljedica

Istraživanja potvrđuju da različiti čimbenici vezani za organizaciju liječenja, fizički izgled odjela, primjenu deeskalacije kao prve linije intervencije, primjenu time-out sobe, senzorne modulacije, interventnih timova, informiranje pacijenata o liječenju i pravima, poticanje kulture dobrodošlice, oporavka i prevencije traume mogu značajno prevenirati primjenu mjera prisile i ublažiti negativne učinke njihove primjene.

Uređenje odjela kao ugodnih i sigurnih mjesta koji njeguju atmosferu susretljivosti i dobrovoljnosti smanjuje rizik za agresivnost i primjene mjera prisile.

Svjetska psihijatrijska udruga, kao i SZO, smatra da se mjere prisile pretjerano primjenjuju i da se treba koristiti alternativama.

Za prevenciju nedobrovoljnih prijema u bolnicu i primjenu mjera prisile kao i za ublažavanje negativnih posljedica primjene metoda prisile važni su, među ostalima, sljedeći čimbenici:

- ✓ sveobuhvatno razumijevanje agresivnog ponašanja kao interakcije različitih čimbenika, od kojih su simptomi bolesti samo jedan čimbenik
- ✓ uređenje odjela kao ugodne i sigurne terapijske sredine koja njeguje atmosferu susretljivosti i dobrovoljnosti
- ✓ uključenost pacijenata u odluke o liječenju
- ✓ optimalno stimulativni terapijski program koji smanjuje dosadu
- ✓ terapijska kultura oporavka koja uključuje deset principa oporavka
- ✓ odnos osoblja koje pokazuje empatiju, interes, poštovanje i stavlja potrebe pacijenata na prvo mjesto
- ✓ doživljaj sigurnosti osoblja u svojim radnim sredinama uključujući pouzdan alarmni sustav i dovoljan broj osoblja
- ✓ vještine osoblja za stvaranje terapijskog odnosa suradnje
- ✓ osoblje educirano za primjenu deeskalacijskog postupka
- ✓ vještine osoblja za procjenu rizika opasnosti i vještine za smanjenje rizika
- ✓ osoblje je educirano za prepoznavanje individualno specifičnih okidača uznemirenosti
- ✓ osoblje je educirano za poznavanje individualno specifičnih čimbenika umirenja
- ✓ osoblje je educirano za prepoznavanje ranih znakova uznemirenosti
- ✓ osoblje je educirano za izradu individualnog plana liječenja za smanjenje agresivnog rizika
- ✓ ustanova ima *time out* sobu i koristi se senzornom modulacijom
- ✓ ustanova ima educirani interventni tim za krizne situacije koji kao prvu liniju intervencije primjenjuje deeskalaciju
- ✓ pacijenti se informiraju o razlozima hospitalizacije i liječenju, o djelovanju lijekova i drugim informacijama potrebnim kako bi dali svoj pristanak na liječenje
- ✓ pacijenti se informiraju o pravima usmeno i pismeno
- ✓ ne daju se lijekovi koji ograničavaju kretanje
- ✓ pacijenti mogu nositi vlastitu odjeću, posjedovati osobne predmete
- ✓ ustanova osigurava privatnost
- ✓ ustanova omogućuje slobodu kretanja
- ✓ kretanje ograničeno na temelju Zakona osigurava se pod nadzorom
- ✓ u ustanovi se izrađuje individualni plan liječenja
- ✓ ustanova poštuje osobne direktive kada postoje

- ✓ ustanova osigurava dostupnost podrške od oporavljenih pacijenata
- ✓ kada se primjene mjere prisile, tada se o iskustvu mjera prisile razgovara s pacijentom i osobljem, a sve u cilju prevencije njihovih negativnih učinaka I njihove ponovne primjene.

Sveobuhvatno razumijevanje agresivnog ponašanja

Agresija je niz ponašanja ili radnji kojima se nanosi ozljeda drugoj osobi bez obzira na to je li to izraženo u ponašanju ili verbalno i neovisno o tome je li tjelesna povreda nanesena ili postoji jasna namjera (NICE, 2015).

Agresivno ponašanje često je povezano s osjećajem ugroženosti, straha, bespomoćnosti, poniženja, frustracije, nepravde, neadekvatnosti, percepcijom da situacija nema drugog rješenja i gubitkom kontrole da osoba upravlja svojim ponašanjem.

Agresivnost je povezana s visokim stupnjem uznemirenosti, verbalnim i neverbalnim znacima prijetećeg ponašanja koje može eskalirati do izrazite agresivnosti kada postoji neposredna opasnost za ozljedu osobe ili drugih osoba. Osobe koje pokazuju visok stupanj uznemirenosti i agresivnosti imaju poteškoća u kontroli osjećaja i ponašanja te trebaju pomoć da ponovno uspostave kontrolu. Razumijevanje uzroka agresivnog ponašanja pomaže u izboru postupka umirenja.

Agresivnost nije isključivo uzrokovana simptomima psihičkog poremećaja nego je češće posljedica interakcije više čimbenika kao što su individualna reakcija na stres, obilježja sredine, cjelokupni kontekst u kojem se osoba nalazi, stavovi i ponašanje osoblja, drugih pacijenata, kruta pravila, ograničenja koja utječu na slobodu kretanja i djelovanja i slično (NICE, 2015).

Zadatak psihijatra i drugoga zdravstvenog osoblja je da utvrdi što uzrokuje uznemirenost i pomogne pacijentu primjenom postupka deeskalacije da se smiri, da poveća kapacitet za kontrolu emocija i ponašanja. Nedostatak vještina za primjenu deeskalacije može dodatno uznemiriti i povećati rizik za agresivno reagiranje i primjenu mjera prisile. Edukacija iz provedbe postupka deeskalacije obavezna je za sve zdravstvene radnike.

Identificiranje okidača agresivnog ponašanja

Sveobuhvatni pristup utvrđivanju razloga agresivnog ponašanja uključuje analizu sveobuhvatnoga konteksta u kojem se događa agresivno ponašanje, a ne samo simptoma bolesti. Potrebno je identificirati sve osobne okidače kao i vanjske okidače i pronaći čimbenike umirenja, te izraditi plan prevencije.

Premda su neke psihijatrijske dijagnoze kao što su akutna psihotična stanja i upotreba psihoaktivnih supstanci više povezane s rizikom agresivnog ponašanja, agresivno ponašanje nije specifično vezano za bilo koju psihijatrijsku dijagnozu, te se također može javiti u sklopu odgovora na stres i nekih somatskih poremećaja. Rizik agresivnog ponašanja povećan je kada se osoba nalazi u situaciji povećanog stresa, uključujući i stres dolaska u psihijatrijsku ustanovu i prijem na psihijatrijski odjel. Kada uobičajeni načini efikasnog nošenja sa stresom zakazuju, osobi je potrebna empatična podrška drugih osoba, tj. podrške koju pruža zdravstveno osoblje osobama koje pokazuju uznemirenost.

O provođenju postupka deeskalacije vidi u prilogu.

Istraživanja su identificirala sljedeće okidače za agresivno ponašanje: uznemiravajuće okruženje kao što je buka, galama, mračni prostori, kada netko viče na osobu; kada se osobu kritizira, nedostatak privatnosti, osobe koje prebrzo govore; kada osoba ne razumije ili nema informacija o tome što se događa oko nje ili s njom; kada se osobu ne sluša; nepoštivanje osobnog prostora – pretjerano približavanje, dodirivanje; kada se prema osobi odnosi bez poštovanja; kada se osobu prisiljava da učini nešto što ne želi učiniti; premetanje ili uzimanje osobnih stvari; kada je osoba izolirana; kada se osjeća osamljeno; kada netko netremice promatra osobu; kada nema kontakt s obitelji ili prijateljima; kada se osoba prisjeća loših uspomena; kada osoba nema mogućnost izbora, nema informacije o zdravstvenom stanju, liječenju, pravima, uključujući pravo na pritužbu, kućnom redu ustanove, informacije o odjelu, civilnoj odjeći i slobodnom kretanju.

Snažni okidači u bolničkoj sredini su: neinformiranost o zdravstvenom stanju, pravima i uvjetima u kojima se provodi liječenje, ograničavanje slobode kretanja, nedostatak privatnosti, nefleksibilan kućni red, pretjerano stroga atmosfera, nedostatak ljubaznosti i razgovora s pacijentom, stavovi osoblja, uznemireni pacijenti, nedostatak aktivnosti, doživljaj nesigurnosti,

osoblje koje ne posvećuje dovoljno pozornosti pacijentima, neslušanje zahtjeva pacijenata, odbijanje zahtjeva bez obrazloženja, odnos bez poštovanja, inzistiranje na krutom poštivanju pravila, premalo stimulacije ili pretjerana stimulacija, prisiljavanje na terapijsku aktivnost koju osoba odbija ili je ne može slijediti. Jedan od izrazitih okidača je kada ljudi doživljavaju da ih nitko ne sluša.

Čimbenici umirenja

Osim što je važno utvrditi što pacijenta uznemiruje, koji su njegovi okidači agresivnog ponašanja, potrebno je utvrditi što pacijenta umiruje.

Treba uvijek pitati pacijenta što mu pomaže da se umiri u drugim situacijama u životu. Prisjetite se da je to za svaku osobu različito, razmislite što vas umiruje kada ste uznemireni, tako ćete bolje razumjeti zašto je važno znati što pacijenta umiruje, te mu predložite postupke umirenja. Ovo je osnova za primjenu senzorne modulacije koja može značajno pomoći da pacijent ponovno stavi pod kontrolu svoje ponašanje, da se umiri i surađuje. Ono što smiruje za svaku je osobu specifično i stoga treba istražiti individualne načine za umirenje, primjerice razgovor, piće i hrana, šetnja, povlačenje u osamu, razgovor s obitelji, metode relaksacije kao što su usporeno disanje, opuštajuća glazba, topli tuš i drugo.

Adekvatno uklanjanje ili smanjivanje djelovanja okidača ovisno je o vrsti okidača, primjerice to može biti pažljivo slušanje zahtjeva osobe, nuđenje mogućnosti izbora, smještaj osobe u mirnu sobu, omogućavanje telefonskog poziva obitelji, udovoljavanje razumnim zahtjevima osobe i/ili objašnjenje zašto se ne može udovoljiti, neinzistiranje da se osoba odmah presvuče u drugu odjeću, pažljivo slušanje onoga što govori bez obzira na to što govori, davanje nužnih informacija o zdravstvenom stanju i drugih informacija o funkcioniranju odjela, poštivanje privatnosti, rješavanje problema i drugo.

SZO navodi sljedeće načine odnosa prema pacijentu preventivne za primjenu metoda prisile: pokazivanje poštovanja i empatije, aktivno slušanje onoga što je brine i njezinih želja, nastojanje da se razumiju osjećaji osobe i da joj se prenese da znamo kako se osjeća, traženje da osoba kaže kako joj možemo pomoći i kakvu podršku želi, pokazivanje strpljivosti, podrške,

umirivanja osobe, davanje dovoljno vremena i prostora osobi i održavanje smirenosti i traženja rješenja bez primjena mjera prisile. Potrebno je rano intervenirati na uznemirenost prikladnom komunikacijom koja smanjuje rizik za eskalaciju ponašanja prema agresivnom.

Procjena rizika opasnosti i nužne psihijatrijske pomoći

Procjena opasnosti za život pacijenta i drugih osoba te opasnosti za ugrožavanje zdravlja ključna je kompetencija psihijatra za donošenje odluke o hospitalizaciji bez pristanka i primjeni mjera prisile.

Redovita procjena rizika i plan postupanja s rizikom može značajno smanjiti pojavu agresivnog ponašanja i primjenu metoda prisile.

Kompetencije za procjenu rizika opasnosti i smanjenje rizika uključuju sveobuhvatno razumijevanje agresivnog ponašanja putem procjene svih čimbenika koji pridonose agresivnom ponašanju, prepoznavanje okidača za agresiju, prepoznavanja znakova ranog upozorenja za agresivno ponašanje kao i primjene postupaka za smanjenje rizika koji će pomoći pacijentu da se umiri i da surađuje.

Procjena rizika agresivnog ponašanja uključuje procjenu vjerojatnosti agresivnog ponašanja kod osobe čiji aktualni rizik agresivnog ponašanja procjenjujemo. Rizik se ne može predvidjeti sa sto postotnom točnošću. Rizik je dinamičan i može se promijeniti ovisno o okolnostima. Tako primjerice empatična komunikacija psihijatra s pacijentom može ukloniti ili značajno smanjiti pojavu agresivnog ponašanja.

U procjeni rizika treba procijeniti sljedeće rizične čimbenike:

Predisponirajući čimbenici ili tko ima sklonost agresiji – za to nam je važna ranija anamneza i ranije ponašanje, primjerice da se osoba u stresu ili u pogoršanju bolesti ponaša agresivno, često koristi obrazac provokativnog ponašanja, ima malu toleranciju na frustracije, impulzivnost, imala je problema sa zakonom, u pogoršanju bolesti postoji emocionalna angažiranost u sumanutim idejama i halucinacijama, osobito persekutornog sadržaja, maniformna razdražljivost, nasilne fantazije, uporaba psihoaktivnih tvari, suicidalnost ili

autodestruktivnog ponašanja, akatizija, niska razina socijalnog funkcioniranja, slabe verbalne sposobnosti, niža obrazovna razina i drugo.

Precipitirajući čimbenici ili što je okidač agresije – odnosno što je prethodilo uznemirenosti, npr. konflikt u obitelji, gubitak drage osobe, gubitak posla, neugodni incident u susjedstvu, unutarnji poticaji kao što je prisutnost aktualne psihopatologije s nasilnim sadržajima, razdražljivošću i/ili gubitkom kontrole impulsa, kao i konflikt s osobljem i drugo.

Perpetuirajući čimbenici ili što ne dopušta zaustavljanje agresivnog ponašanja – kao što su primjerice ostajanje u situaciji koja osobu uznemiruje, nedovoljna informiranost, percepcija ugroženosti, poniženja, izrazita zaokupljenost psihopatološkim doživljajima i drugo.

Zaštitni čimbenici – jednako je važno utvrditi zaštitne čimbenike koji mogu pomoći da ne dođe do agresivnog ponašanja kao što su metode samopomoći za kontrolu agresivnog ponašanja, pomoć mreže podrške, postupci koje primjenjuje osoblje da umiri pacijenta, osobni profil umirenja – ono što osobu obično umiruje kada je uznemirena.

Za procjenu agresivnog rizika možemo se kao pomoćnim sredstvom koristiti skalama koje mogu pomoći u povećanju osjećaja kompetencije i sigurnosti osoblja kao što su: Brøset Violence Checklist (BVC) (Woods, Almvik, 2002), koja se pokazala učinkovitom u procjeni kratkotrajnog rizika agresivnog ponašanja, i Staff Observation Aggression Scale SOAS R (Nijman i sur., 1999) za praćenje učestalosti, prirode i ozbiljnosti agresivnih incidenata.

Postupci za procjenu i praćenje rizika agresivnog ponašanja

Opservacija se koristi kada nije u potpunosti uspjelo smanjenje rizika komunikacijom pa je potrebno pratiti rizik agresivnog ponašanja. Paralelno s opservacijom provode se terapijski postupci u skladu s rizikom. Za pacijenta u opservaciji potrebno je u dogovorenim vremenskim razmacima procjenjivati rizik i dokumentirati u formularu za praćenje. Psihijatrijska ustanova treba imati program opservacije za osobe s povećanim rizikom za agresivno ponašanje koji uključuje definiciju razine opservacije s preporukama tko nadzire i tko je odgovoran za praćenje uključujući i spol osobe; intenziteta opservacije u skladu s rizikom, koliko često treba evaluirati

stanje i koliko dugo će trajati opservacija. Pacijenta koji je opserviran potrebno je informirati što je cilj opservacije, koliko će trajati i kada će prestati.

Preporučuju se sljedeći stupnjevi opservacije: **niska razina povremene opservacije** – učestalost svakih 30 do 60 minuta; **visoka razina povremene opservacije** – učestalost 15 do 30 minuta koristi se kada postoji rizik agresivnosti, ali nema trenutačnog rizika; **kontinuirana opservacija**: koristi se kod akutne prijetnje i potrebe za opservacijom jedan na jedan, na razdaljini pogleda. Ne preporučuje se da isti član osoblja provodi opservaciju dulje od dva sata. Ako je potrebna dulja opservacija, mora se napraviti stanka.

Prepoznavanje ranih znakova uznemirenosti i rana intervencija

Rana identifikacija ranih znakova agresivnosti i rana primjena deeskalacije može značajno prevenirati primjenu mjera prisile. Čim se primijete rani znaci uznemirenosti, potrebno je primijeniti deeskalacijski postupak i druge terapijske postupke za umirenje pacijenta i smanjenje agresivnog rizika.

Rani znaci uznemirenosti vidljivi su u promjenama u ponašanju koje se mogu opservirati prije nego što nastupi agresivni incident. Rani znaci upozorenja agresivnog ponašanja predstavljaju kontinuum od rane faze uznemirenosti, npr. pokazivanje neverbalnih znakova uznemirenosti poput uznemirenog kretanja, napetosti tijela, povećanja sumnjičavosti do faze bliže agresivnosti, npr. povećanje ljutnje i eskalacije u ponašanju prijetnjama i rizikom za ozlijede drugih osoba. Simptomi eskalacije uznemirenosti od ranih do vrlo izraženih uključuju: 1. emocionalna tenzija i napetost; 2. neverbalni znakovi agitacije (npr. izraz lica, položaj tijela, hod, cupkanje); 3. verbalni znakovi agitacije (nedistanciranost, psovke); 4. verbalna agresija/prijetnje; 5. fizička agresija usmjerena na predmete (npr. bacanje predmeta, razbijanje, kidanje papira); 6. fizička agresija usmjerenu prema drugoj osobi ili sebi. Važno je uočiti ranu fazu uznemirenosti navedenu pod 1. i 2. te intervenirati preventivno deeskalacijom i drugim metodama umirenja.

U identifikaciji znakova agresivnosti potrebno je opservirati neverbalno ponašanje pacijenta – govor tijela i verbalno ponašanje koji upućuju na to da pacijent ima rizik da postane agresivan.

Neverbalni znakovi – govor tijela uključuju ljutit i napeti izraz lica, povećanje ili produljeno razdoblje nemira, tjelesnu uznemirenost, uznemirene pokrete i uznemireno šetanje, stisnute šake, stisnutu čeljust, tjelesnu mišićnu napetost, kruto držanje tijela koje upućuje na intenzivan napor da osoba kontrolira emocije i ponašanje, opću uznemirenost – povećanje disanja i pulsa, širenje zjenica, povećanje volumena govora, produljeni kontakt s očima.

Ponašanje, osjećaji i simptomi: odbijanje komunikacije, povlačenje, strah, iritacija, nejasan način razmišljanja, slaba koncentracija, deluzije ili halucinacije s nasilnim sadržajem, verbalne prijetnje ili gestikulacije, ponavljanje ponašanja ili ponašanje slično onom koje je prethodilo ranijoj epizodi agresivnosti, iznošenje ljutnje ili nasilnih osjećaja, blokiranje puta izlaza.

Verbalno ponašanje: verbalne prijetnje, provokativno ponašanje, psovke, sklonost raspravljanju, izražavanje nezadovoljstva, pretjerano reagiranje – preosjetljivost i drugo.

Kada pacijent pokazuje rane znakove agresivnosti, on još uvijek može sudjelovati u procesu prevencije agresivnosti i trebat će mu manje napora i vremena da se vrati u početnu poziciju kontrole svojega ponašanja. Stoga rana primjena deeskalacije kod pojave prvih znakova uznemirenosti kod pacijenta s rizikom od agresivnosti može dovesti do prevencije agresivnog ponašanja. Ako se u ranoj fazi ne intervenira psihosocijalnim i farmakološkim postupcima, velika je vjerojatnost da će stanje napredovati prema agresivnosti za koju je potrebno puno više profesionalnog angažmana da se zaustavi pa se mjere prisile često ne mogu izbjeći.

Individualni plan prevencije krizne situacije i osobna direktiva

Istraživanja potvrđuju da su individualni plan prevencije krizne situacije (Barett i sur., 2012.; Ruchlewska i sur., 2014.; Henderson i sur., 2004.; Thornicroft i sur., 2013.; Thornicroft, Henderson, 2016) i poštivanje unaprijed danih osobnih uputa pacijenta za postupanje u slučaju krize (Henderson i sur., 2009.; Swanson i sur., 2006) učinkoviti u prevenciji primjene mjera prisile.

Individualni plan prevencije krizne situacije donosi zajednički dogovor između psihijatra (terapeuta) i pacijenta za prevenciju kriznih situacija povezanih s agresivnim rizikom.

Plan prevencije ponovnih epizoda agresivnosti uključuje edukaciju pacijenata: o čimbenicima koji pridonose njegovim poteškoćama kontrole ljutnje/agresivnosti, prepoznavanju okidača, ranih znakova uznemirenosti koji bi mogli dovesti do agresivnosti i o primjeni postupaka samopomoći koji umiruju, kao i ranog traženja podrške i profesionalne pomoći te provedbe specifičnih postupaka, primjerice kognitivno-bihevioralnog pristupa u rješavanju problema agresivnosti.

Fizički izgled odjela

Osobe s iskustvom mjere prisile navode značajan utjecaj fizičke okoline kao što je ugodnost fizičkog okruženja, mogućnost nošenja vlastite odjeće, mogućnost zadržavanja osobnih predmeta, atmosfera na odjelu, buka, privatnost, susretljivost osoblja što se tiče njihova doživljaja mjere prisile i smanjenje potrebe za njom.

Neuredan, bučan i pretrpan odjel, bez adekvatnih zajedničkih prostora, bez *time-out* sobe, osjećaj ugroženosti i nesigurnosti na odjelu, osjećaj da će ga napasti drugi pacijenti, da će mu predmeti biti otuđeni, nedostatak informacija o aktivnostima može povećati rizik za agresivno ponašanje.

Kvaliteta odnosa s osobljem

Pacijenti dobar odnos s osobljem opisuju kao razumijevanje, empatiju, dobru komunikaciju, fleksibilnost osoblja, sudjelovanje u donošenju odluka, poticanje autonomije, a ne donošenje odluka umjesto njih, što manje ograničavanje slobode kretanja, zajednički plan liječenja, poštivanje njihovih osobnih direktiva i dostupnost podrške oporavljenih pacijenata (engl. *peer-worker*). Navode da su ljubaznost, toplina, iskrenost, poštovanje, povjerenje, interes za pacijenta i podrška poticajni, suprotno ima negativne efekte. Naglašavaju važnost da budu saslušani, da im se vjeruje i da ih se razumije. Svjedočenje nasilju na odjelu negativno utječe na iskustvo hospitalizacije, dok iskustvo da se drugi oporavljaju pomaže. Isto tako važni su kontakti s obitelji i njezina podrška.

Pacijenti s osobnim iskustvom mjera prisile navode da nedobrovoljna hospitalizacija i primjena mjera prisile nepovoljno utječe na doživljaj vlastite vrijednosti, smanjuje samopoštovanje,

izaziva osjećaj bespomoćnosti i obesnaženosti te potiče stigmju, stoga je razgovor nakon primjene mjera prisile o razlozima koji su pokrenuli mjere prisile kao i prijem bez njihova pristanka važan kako bi bolje razumjeli zašto je prisila pokrenuta.

Informiranje

Informiranje o pravima pridonosi izgradnji terapijske kulture poštivanja ljudskih prava i oporavka koja smanjuje rizik za agresivno ponašanje

Pacijenti navode da im je pružanjem jasnih informacija smanjen strah i doživljaj prisile, poboljšan im je odnos s osobljem i osjećaju se psihički snažnijim. Pacijenti ističu da su im u stanjima kada su više uznemireni potrebne jasne i kratke informacije jer imaju lošu koncentraciju i da je te informacije potrebno ponavljati. Informacije trebaju biti izrečene na prikladan način njima razumljivim jezikom

Nedobivanje informacija produbljuje osjećaj bespomoćnosti, može izazvati bijes i agresivnost.

Informacije o pravu na pritužbu i poticanje slobode podnošenja pritužbi kao i djelotvornost reagiranja na pritužbu obilježja su službi za mentalno zdravlje koje njeguju kulturu oporavka i ljudskih prava. Ove službe pritužbe prihvaćaju kao priliku za poboljšanje usluga.

SZO u preporukama za prevenciju mjera prisile ističe da institucije ne bi trebale tretirati pritužbe kao osobne napade, već kao mogućnosti za poboljšanja usluga. Ističe važnost kulture ohrabivanja iznošenja nezadovoljstva. Zbog straha kako će se to odraziti na njihovo liječenje, tj. straha da će biti kažnjeni, mnogi pacijenti oklijevaju iznijeti pritužbu. Također, pacijentima koji žele pisati pritužbe treba reći da im u pisanju pritužbi mogu pomoći osobe od povjerenja i druge osobe, primjerice iz udruga. Potiče se dostupnost službi posredovanja (engl. *advocacy*) koje najčešće provode udruge. Kada postoje, broj telefona za te službe treba biti dostupan.

Rezultati inspekcija nezavisnih trebaju se prihvatiti kao prilika za poboljšanje te o njima raspravljati radi donošenja mjera za ispunjavanje preporuka koje mogu utjecati na poboljšanje pružanja usluga.

Osobne direktive, upute za postupanje u budućim kriznim situacijama

Osobna direktiva za buduća postupanja u situacijama krize u skladu je s praksama orijentiranim na oporavak. Osobe se potiču da unaprijed navedu koje postupke žele da se primijene za vrijeme budućih kriza u situacijama kada imaju smanjene kapacitete za odlučivanje. Istraživanja su potvrdila da ovakve direktive povećavaju osjećaj autonomije i osnaženja. Riječ je o pisanom dokumentu ili usmenoj izjavi u kojoj osoba navodi svoje želje što se tiče liječenja ili određivanja osobe od povjerenja da donose odluke u njezino ime ako smatra da neće biti sposobna samostalno donositi odluke.

METODE I PROGRAMI PREVENCIJE PRIMJENE METODA PRISILE

Postoje učinkoviti, znanstveno dokazani alternativni postupci mjerama prisile koji značajno mogu reducirati uporabu mjera prisile te ih stoga treba primjenjivati (WHO, 2019; WPA, 2020; EPA 2018).

Uspješni primjeri smanjenja nedobrovoljnih hospitalizacija i primjene mjera prisile povezani su sa stvaranjem kulture oporavka i prevencije traume, prihvaćanjem stava da je primjena mjera prisile terapijski neuspjeh: primjene deeskalacije kao prve linije pomoći uznemirenoj osobi, tima za kriznu intervenciju, individualnog plana prevencije krizne situacije, komforne/time-out sobe i primjene senzorne modulacije. Najbolji rezultati u prevenciji postižu se kombinacijom metoda.

Terapijska kultura oporavka i prevencija traume

Terapijska kultura oporavka promatra metode prisile kao terapijski neuspjeh, a ne kao metodu liječenja, a agresivnost promatra kao kompleksnu interakciju osobe s njezinom okolinom uključujući i sredinu liječenja. Terapijsko okruženje koje potiče procese oporavka podrazumijeva terapijsku kulturu u ozračju optimizma i nade koja potiče osnaživanje, odgovornost za liječenje suradnju i samopouzdanje.

Ciljevi oporavka pomaknuti su prema osobnim ciljevima i kvaliteti života bez obzira na to ima li osoba simptome ili ih nema, uzima li ili ne uzima lijekove. Naglasak je na individualnom procesu u kojem su važni svi aspekti života, ciljevi nisu fokusirani samo na uklanjanje simptoma i obnovu funkcioniranja, nego na sposobnosti, planove, želje, socijalno uključivanje

s doživljajem pripadanja zajednici. Fokus više nije psihička bolest, nego kvaliteta života s individualnim ciljevima za svakoga pojedinca.

Terapijska kultura okrenuta oporavku vjeruje da je oporavak moguć, odmaknuta je od ideje da je psihička bolest katastrofa koja se ne može popraviti. Takva ideja je prepreka koju treba ukloniti da bi se osoba oporavila.

Terapijska kultura okrenuta oporavku također potiče vještine, povećava otpornost na stres, prevenira samostigmatizaciju i potiče jačanje socijalne mreže i odnose podrške. Kultura oporavka zahtijeva promjenu stavova osoblja, odmaka od kroničnosti u značenju nemogućnosti oporavka prema mogućnostima oporavka kao realističnom cilju. U kulturi oporavka važno je da je osoblje susretljivo i da njeguje kulturu "reci da i mogu" koja potrebe i zahtjeve pacijenta stavlja na prvo mjesto. Kako biste procijenili uvažava li vaša institucija principe oporavka, pogledajte tablicu u prilogu 10 principa oporavka.

Stvaranje kulture „reci da i mogu“

Prijemom u bolnicu osoba doživljava da je izgubila kontrolu, da je sada ovisna o osoblju koje određuje što joj je dopušteno, što smije, a što ne smije, što može povećati osjećaj frustracije i tjeskobe. To se često događa kada osoblje zbog velikog radnog opterećenja, nedostatka osoblja, nedostatka edukacije, krutih propisa ili drugih razloga ne reagira na potrebe ljudi. NE je jedan od poznatih okidača agresivnog ponašanja stoga je jedna od ključnih strategija prevencije agresivnog ponašanja i prevencije primjene mjera prisile stvoriti terapijsku kulturu „reci da i mogu“ tako da se automatski ne izgovori "ne" na zahtjeve ljudi. Za stvaranje ove kulture treba razmisliti prije nego se izgovori "ne".

Zašto ne bih rekao/rekla da? Je li „ne“ jednostavniji odgovor? Kako će se osoba osjećati i kako će reagirati ako kažem „ne“? Jesam li zaista slušao dotičnu osobu i čuo što pita? Mogu li objasniti dotičnoj osobi zašto ne mogu udovoljiti njezinu zahtjevu? Postoji li neki drugi način na koji bih mogao pokušati naći rješenje da udovoljim zahtjevu osobe, mogu li biti kreativan i pokušati? Uzimam li dovoljno vremena kako bih razmotrio zahtjev?

Prevenција traume: pristupi temeljeni na razumijevanju socijalnih odrednica mentalnog zdravlja, osobito utjecaja trauma, zasnivaju se na kvaliteti interakcija na razini odjela koje smanjuju mogućnost ponovne traume te posvećivanje pažnje radu s traumom. Pristup liječenju

koji uvažava traumatsko iskustvo osobe vidljiv je i u načinu kako razgovaramo s pacijentom. Pristup ne počinje pitanjem Što nije u redu s vama, u čemu je problem? nego Što vam se dogodilo?

Komforne/time out sobe i senzorna modulacija

Time out sobe pružaju okruženje u kojem ljudi mogu imati malo prostora za sebe, osjećati se sigurno i smiriti se. Često se primjenjuju sa senzornim pristupima koji se koriste za poticanje različitih osjetila (dodira, sluha, mirisa, vida i okusa) kako bi se osoba osjećala smirenije. Neki primjeri uključuju glazbu, masažu, mekane pokrivače, smirujuće boje i aromaterapiju, ali to se razlikuje prema preferencijama ljudi.

Time out soba nije soba za izdvajanje, ona se koristi dobrovoljno kao prevencija eskalaciji agresivnosti i alternativa je primjeni mjera prisile. Pri dizajniranju sobe važno je uzeti u obzir sigurnost ljudi koji će u njoj boraviti. Staklene predmete, zapaljive predmete, predmete koji se lako mogu baciti ili predmete koji bi mogli poslužiti za samoozljeđivanje ili ozljeđivanje drugih ljudi treba ukloniti. Smirujuća atmosfera u sobi može pomoći u smirivanju ljudi, npr. mekani pokrivači, umirujuće boje, umirujuća glazba itd. Senzorne pristupe treba individualizirati. Važno je znati da ono što smiruje jednu osobu može biti stresno za drugu (WHO QualityRights 2019).

Senzorna modulacija odnosi se na regulaciju i adaptaciju na podražaje iz naše okoline. Vanjski podražaji pobuđuju naša osjetila (vid, sluh, njuh, miris, dodir i okus). U kontekstu mentalnih poremećaja reakcija na podražaje može biti smanjenja ili pretjerana. Stanja visoke senzorne pobuđenosti mogu biti okidači za agresivno ponašanje. Cilj senzorne modulacije je omogućiti osobi da poboljša ili ponovno uspostavi samoregulaciju na senzorne podražaje kako bi se održala optimalna razina senzorne pobuđenosti. Svaka osoba ima individualni profil senzornih potreba i preferencija koji uključuje sve osjetilne sustave, stoga individualni izbor senzornih podražaja može utjecati na smanjenje uznemirenosti povezane s rizikom za agresivno ponašanje

Individualni plan rješavanja/ prevencije krizne situacije

Individualni plan opisuje postupke koji mogu pomoći osobi da se smiri i opusti u trenucima uznemirenosti, frustracije ili ljutnje kao i za smanjenje eskalacije uznemirenosti, ovisno o osjetljivosti na okidače te o uobičajenim obrascima ponašanja koje ju umiruju. Potrebno je s

osobom identificirati okidače i znakove upozorenja koji bi potencijalno mogli dovesti do eskalacije napete situacije te izabrati postupke koji će je umiriti.

Individualni planovi pomažu osobi i osoblju da razumije zbog čega se osoba osjeća uznemireno i što joj pomaže da se smiri. Plan je jedinstven za svaku osobu. Uključuje prepoznavanje znakova uznemirenosti i postupke umirenja prije nego što situacija eskalira. Plan se donosi kada je osoba smirena, može biti integriran u individualni plan liječenja, plan oporavka i u osobnu direktivu, te ga treba povremeno evaluirati u skladu s promijenjenim okolnostima. U osobnom planu osoba navodi listu situacija koje ju uznemiruju, opisuje kako pokazuje uznemirenost i navodi metode kojima bi voljela da joj drugi pomognu da se smiri. Također navodi što bi joj pomoglo za smanjenje osjetljivosti. Primjeri metoda smirivanja razlikuju se od osobe do osobe, primjerice mogu uključivati: šetnju – svježi zrak, da netko razumije njezine osjećaje, polagano disanje, stiskanje kuglice ili pokrivača, plakanje, boravak u *time out* sobi, razgovor s prijateljem ili članom obitelji i drugo.

Vještine komunikacije koje uključuju odnos poštovanja i poštivanja dostojanstva osobe, aktivno slušanje, pokazivanje empatije, poticanje sposobnosti da pronađe metode da se sama smiri te davanje vremena osobi da se smiri mogu značajno prevenirati eskalaciju ponašanja i prevenirati mjere prisile. Više vidi u prilogu deeskalacija.

Deeskalacija je psihosocijalni postupak za smirivanje uznemirenog pacijenta radi pomoći u postizanju samokontrole i uspostavljanja suradnje u liječenju. Preporučuje se kao preventivna mjera i prva linija postupanja kako bi se spriječilo pogoršanje stanje pacijenta. Mjere prisile primjenjuju se tek kada deeskalacija i drugi postupci za smirivanje nisu bili uspješni (NICE, 2015). Za provođenje deeskalacije zdravstveno osoblje mora biti educirano i posjedovati vještine koje uključuju aktivno slušanje, pokazivanje empatije, vještine verbalne i neverbalne komunikacije, smireni način pristupanja pacijentu, sa samokontrolom i empatijom, davanje pacijentu mogućnosti izbora kao i zaštitu dostojanstva pacijenta.

Krizni tim educiran za provođenje postupka deeskalacije koristi se prema dogovorenom protokolu za poziv te mora biti dostupan u kratkom vremenu u slučaju krize (manje od pet minuta). Sačinjava ga skupina osoba educirana za primjenu komunikacije u krizi i provođenje postupka deeskalacije. U kriznom timu mogu biti samo zdravstveni radnici no u nekim su zemljama uključene druge osobe, primjerice *peer workeri*. Tim provodi deeskalaciju kao prvu liniju intervencije za uznemirene pacijente čije ponašanje može eskalirati u agresiju. Premda

mu prva zadaća nije provođenje mjera prisile, može također pružati pomoć osoblju u provođenju mjera prisile kada intervencija deeskalacije nije učinkovita. Tim ima vođu. Zadatak vođe tima je da osigura sigurnost svih osoba uključenih u kriznu situaciju, delegira uloge i odgovornosti na druge članove tima (npr. da nema potencijalnih štetnih ili opasnih predmeta, da nema drugih osoba u sobi u kojoj se odvija deeskalacija, da se smanji buka itd.). Radi dobre koordinacije u kriznoj situaciji članovi tima moraju znati principe timskog ponašanja. Vođa tima određuje osobu koja će voditi komunikaciju s uznemirenom osobom, najčešće je to član tima koji je poznaje i s njom ima najbolji odnos. Nakon što se situacija riješi, članovi tima u što kraćem roku analiziraju situaciju.

Terapijski odnos između psihijatra/zdravstvenog osoblja i pacijenta je terapijski postupak povezan s povoljnim ishodima liječenja. Istraživanja potvrđuju važnost kvalitete odnosa kao zaštitnog čimbenika u prevenciji agresivnog ponašanja i u ublažavanju i prevenciji negativnih učinaka mjera prisile. Dobar terapijski odnos uključuje: individualni pristup pacijentu kao osobi, a ne kao dijagnozi, pokazivanje empatije, optimizam i nadu u oporavak, povjerenje, fleksibilnost, poštivanje sustava vrijednosti pacijenata i jačanje samopouzdanja. Vještine terapeuta za aktivno slušanje, pokazivanje empatije, samokontrolu, razumijevanje transfera i kontratransfera važne su za stvaranje učinkovitoga terapijskog odnosa. S terapijskim odnosom usko je povezan terapijski savez i individualni plan liječenja koji predstavlja dogovor o ciljevima liječenju u kojem je odgovornost zajednička, suradnički odnos radi postizanja dogovorenih ciljeva i dogovora o postupcima koji će se koristiti u ostvarenju ciljeva.

Multimodalne strategije u prevenciji mjera prisile

Premda su individualni postupci u prevenciji mjera prisile učinkoviti, najbolji rezultati se postižu kada se više postupaka primjenjuje zajedno u sustavnom pristupu prevencije primjene mjera prisile. Ustanove koje imaju multimodalni, sistemski pristup primjenjuju neke od sljedećih strategija: šest temeljnih strategija za minimizaciju primjena mjera prisile (Azeem i sur. 2011), ne prisila na prvom mjestu (Ashcraf i sur., 2008,2012), sigurni odjeli (Baumgardt i sur. 2019; Bowers i sur., 2014; 2015, Davies i sur., 2020., Flecher i sur., 2017.; 2019.) i politika otvorenih vrata (Gather i sur., 2017.; Zinkler, Nyhuis, 2017.; Kalagi i sur., 2018). Primjena ovih modela daje odlične rezultate koji se ogledaju u izostanku mjera prisile ili u njihovu značajnom smanjenju u psihijatrijskim ustanovama koje ih primjenjuju. Većina ustanova koje primjenjuju sistemske strategije smatraju da je u svladavanju otpora promjeni važan stav da mjere prisile nisu terapijsko sredstvo nego terapijski neuspjeh.

Sigurni odjeli (engl. *safewards*) predstavljaju sistemski pristup u prevenciji agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile koji se temelji na postupanju s konfliktom (Bowers i sur., 2014). U prevenciji metode prisile model se koristi sljedećim elementima: **uređenje terapijske okoline** na temelju principa oporavka integriranih u kvalitetu interakcije osoblja s pacijentima, obitelji i prijateljima i fizičkim karakteristikama odjela. **Konflikt** tretira kao događaj koji prijeti sigurnosti osoblja ili pacijenata uključujući verbalnu i fizičku agresiju, samoozljeđivanje, samoubojstvo, bježanje i slično te ga sagledava u interakciji s tim kako osoblje reagira (sadrži i postupak) s konfliktom. Kako bi se navedeni događaji prevenirali ili se umanjile štetne posljedice ako se dogode, primjenjuju se različiti postupci kao što su dodatni sedativni lijekovi, opservacija, i primjena mjera prisile poput fizičkog sputavanja ili izdvajanja kao zadnje mogućnosti. Identificirano je šest područja koji mogu biti okidači za konflikt i izazvati reakciju na događaj koji je bio okidač. To su: sredina u kojoj pacijent živi, karakteristike pacijenta, regulatorni okvir odjela, osoblje, fizičko okruženje odjela i čimbenici izvan bolnice. Model opisuje modificirajuće čimbenike kojima se mogu koristiti pacijenti i osoblje kako bi spriječili da okidač situacija izazove sukob. **Jasna uzajamna očekivanja**: osoblje redovito održava sastanke s pacijentima kako bi razgovarali o očekivanjima međusobnog ponašanja. Očekivanja se ispisuje na posteru tako da su vidljiva pacijentima i osoblju. **Mekane riječi**: osoblju se savjetuje kako razgovarati s pacijentima kada se pojave potencijalni okidači, na primjer kada osoblje ne može ispuniti zahtjev i mora reći ne, kada osoblje mora tražiti od pacijenta da učini nešto što on ne želi ili kada osoblje mora tražiti od pacijenta da prestane raditi nešto što ne bi trebao raditi. **Smirujući razgovor**: osoblje se educira za primjenu deeskalacije u svakodnevnoj praksi. **Pozitivne riječi**: osoblje se potiče da kaže nešto pozitivno o pacijentima tijekom primopredaje službe, potkrijepljeno pozitivnim opservacijama pacijentova ponašanja. **Ublažavanje loših vijesti**: osoblje se podučava načinima prenošenja “loših” vijesti pacijentima. **Poznavanje jedni drugih**: osoblje otkriva neke stvari o sebi poput hobija ili interesa što pomaže u interakciji s pacijentima. **Sastanak o uzajamnoj pomoći**: dobrovoljni sastanak na kojem se razgovara o tome kako osoblje i pacijenti mogu pomoći jedni drugima tijekom cijelog dana. **Kutija za smirenje**: niz alata za opuštanje, alternativa sedativima, koji se nudi kada su pacijenti napeti ili uznemireni. **Osiguranje**: razgovor o konfliktima i neželjenim događajima koji su se dogodili kako bi se prevenirale štetne posljedice. **Poruke kod otpusta**: kratke poruke pacijenata kod otpusta s odjela o tome što im se sviđalo tijekom boravka na odjelu. U nekim porukama daju i pozitivne upute o tome što pomaže novoprimljenim pacijentima da smanje

tjeskobu prilikom prijema. Više o ovom modelu na:
<https://www.youtube.com/channel/UCSmHNS2fTE81Wa3BCa5UC4g>

Model šest temeljnih strategija uključuje skup postupaka za sprječavanje agresivnog ponašanja i primjenu mjera prisile. Naglasak je na prevenciji incidenta, a ako se dogodi, tada je naglasak na smanjenju štete i učenju za buduće postupanje. Šest temeljnih strategija obuhvaća: **1. vodstvo ustanove** usmjereno je organizacijskim promjenama radi smanjenja primjene mjera prisile što uključuje analizu postojeće prakse, praćenje primjene mjera prisile, analiziranje razloga primjene mjera prisile i praćenje utjecaja primjene mjera prisile na pacijente i na osoblje; **2. razvoj poticajne radne sredine** temelji se na principima oporavka i sprječavanja traume, edukaciji osoblja o okidačima, prevenciji, kulturi “reci da i reci mogu” nasuprot kulturi “reci ne”. Odgovor “ne” prepoznat je kao jedan od okidača agresivnog ponašanja stoga treba dobro razmisliti može li se reći “da”. Kada odgovori ne može biti “da”, “ne” treba reći pažljivo s objašnjenjem; **3. individualizirani pristup** prevenciji agresiji i primjeni metoda prisile putem prepoznavanja okidača, ranog prepoznavanja uznemirenosti, multidimenzionalnog pristupa razumijevanju agresivnosti, pomoći osobi u razvoju boljih strategija suočavanja sa stresom, razvoju individualnog plana rješavanja krize i prevencije njezine ponovne pojave; **4. uključivanje peer workera** u inicijativama redukcije primjene mjera prisile; **5. metode debriefinga** uključuju analizu događaja koji su doveli do primjene mjera prisile i analiziraju njihov učinak na pacijente koji su bili izloženi ovom iskustvu, učenje iz iskustva o tome što je dovelo do konflikta, multidimenzionalni pristup razumijevanju agresivnog incidenta i što se moglo napraviti drukčije; **6. uključivanje pacijenta, članova obitelji i udruga u inicijative za redukciju mjera prisile i debriefing postupke**. Istraživanja učinaka ove strategije potvrđuju dobre rezultate u uklanjanju i redukciji primjene mjera prisile. Više informacija dostupno je <https://youtu.be/by4gnMmr6CA>

Kultura „reci da“ i „možeš“ uključuje stvaranje prostora za razmišljanje o načinu donošenja odluka i o tome može li se reći „da“ umjesto “ne“. To pomaže osoblju da ljude stavi na prvo mjesto, zajedno s njihovim potrebama i zahtjevima.

Ne prvo prisilnim mjerama (“No force first” – NFF). Cilj programa je prevencija mjera prisile putem rješavanja agresivnog ponašanja na nenasilan način. Ovaj pristup na prvo mjesto stavlja promjenu stava da su prisilne mjere neuspjeh u liječenju. Uključuje edukaciju osoblja o

postupcima deeskalacije i o NFF-u, o razgovoru o iskustvu osobe na kojoj su primijenjene mjere prisile, nadalje uključuje analizu incidenta, praćenje i izvještavanje o svim vrstama prisilnih intervencija, korištenje vršnjačke pomoći osobito u izvanbolničkom pristupu, stacionarno liječenje samo za osobe koje predstavljaju jasnu opasnost za sebe ili druge i tek nakon primjene alternativnih postupaka izvanbolničkog liječenja. Postupak razgovora pacijenata i osoblja o iskustvu nakon primjene mjera prisile vodi se na empatičan način bez osuđivanja. Može se uključiti analizu restriktivne prakse kao što je nefleksibilnost u kućnom redu, na primjer obavezan odlazak u krevet u određeno vrijeme.

Politika NFF-a mjere prisile postavlja na zadnje mjesto kod liječenja osobe s opasnim ponašanjem. Provedba NFF-a uključuje terapijsku kulturu oporavka. Program naglašava važnost odlučnog, dosljednog vodstva ustanove za prevenciju agresivnih konflikata i redukciju primjene mjera prisile.

Više o iskustvima pacijenata i osoblja s ovim programom pogledajte video No force first, Mersey Care NHS Trust (7:15) <https://youtu.be/sCNdpDK3V3g>

Politika otvorenih vrata. Većina pacijenata koji se liječe odlukom suda na akutnim odjelima (u Republici Hrvatskoj je to članak 27.) smještaju se na zatvorene odjele. U nekim pokrajinama Njemačke traži se da se liječenje provodi na otvorenom odjelu. Za ostvarenje liječenja ovih pacijenata na otvorenom odjelu potrebno je osigurati dovoljan broj educiranog osoblja u odnosu osoblje pacijent jedan prema jedan i dva prema jedan da bi se mogla osigurati opservacija i briga za pacijenta koji je u riziku da pobjegne. Osoblje u ovom pristupu nadgleda vrata, ali je i u terapijskoj interakciji s pacijentom stvarajući s njim dobar odnos. Za provedbu ovoga modela treba dovoljno prostora da se pacijenti mogu slobodno kretati, jer je obično riječ o uznemirenim pacijentima. Nepovoljnost je što osoblje ulogu stražara doživljava stresnom jer smatra da je u suprotnosti s njihovom profesionalnom ulogom. Dobar odnos pacijenta s osobljem ključan je za uspjeh koncepta jer pacijent bolje razumije zbog čega je primljen na odjel i prihvaća da mu osoblje želi pomoći, a osoblje bolje razumije kako točno treba komunicirati s pojedinačnim pacijentom da bi ga smirili ili spriječili da napusti odjel. Dovoljno prostora za kretanje pomaže u prevenciji uznemirenosti koja može dovesti do agresivnog ponašanja. Da bi se ostvarila ova politika važna je inicijativa na svim razinama – od razine politike, organizacije službi za mentalno zdravlje do razine psihijatrijske ustanove. Istraživanja učinkovitosti modela otvorenih vrata u usporedbi s liječenjem na zatvorenom odjelu pokazalo je da nije došlo do povećanog

broja samoubojstava, pokušaja samoubojstva i bježanja te da su se agresivno ponašanje i primjena mjera prisile smanjili (van der Merwe i sur. 2009; Jungfer i sur., 2014; Gather i sur., 2017; Zinker i Nyhuis, 2017., Kalagi i sur., 2018).

Edukacija zdravstvenog osoblja o prevenciji nedobrovoljnih hospitalizacija i primjeni mjera prisile

Psijatar i zdravstveno osoblje trebaju znati da liječenje bez pristanka i primjena prisilnih mjera, iako regulirano nacionalnim zakonom, krši velik broj ljudskih prava kao što su pravo na slobodu i sigurnost, pravo na poslovnu sposobnost, pravo na slobodu od nasilja i zlostavljanja, pravo na slobodu od mučenja i okrutnog, neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, pravo na integritet osobe, pravo na privatnost. Stoga treba pažljivo donositi odluke koje ograničavaju prava ljudi te one uvijek moraju biti utemeljene na zakonu koji predviđa liječenje bez pristanka i primjenu mjera prisile kao iznimnu situaciju.

Edukacija iz postupanja s agresivnim pacijentom i prevencija mjera prisile nužan je dio u prevenciji agresivnog ponašanja i primjene metoda prisile, treba biti kontinuirana i provedena u redovitim razmacima. Prema našem Pravilniku o prevenciji mjera prisile, postoji obaveza psihijatrijskih institucija da educiraju zdravstvene radnike iz psihosocijalnih postupka u cilju prevencije i redukcije primjene mjera prisile, kao i sigurne primjene mjera prisile kada ih se ne može izbjeći.

Evaluacija edukacije na temelju pregleda literature pokazuje učinke na promjenu stavova osoblja, poboljšanje odnosa osoblja i pacijenata, poboljšanje samopouzdanja osoblja, poboljšanje atmosfere na odjelu i smanjenje učestalosti agresivnih incidenata.

U edukaciji osoblja važni elementi su: sveobuhvatno razumijevanje čimbenika koji dovode do agresivnog ponašanja od kojih su simptomi bolesti samo jedan od čimbenika, identificiranje okidača uznemirenosti i čimbenika umirenja, upoznavanje s osobnim iskustvima osoba nad kojima su primijenjene mjere prisile i osoblja koje je provodilo mjere prisile, tjelesnim i psihičkim posljedicama mjera prisile, identifikacija ranih znakova uznemirenosti koje mogu eskalirati prema agresiji, kao i individualnih čimbenika koji mogu umiriti osobu, edukacija o alternativnim postupcima mjerama prisile kao odgovoru na agresivno ponašanje na individualnom i na sistemskom nivou, individualni planovi prevencije krizne situacije,

poticanje terapijske kulture „reci da“ i „mogu učiniti“ i kulture oporavka i prevencije traume, korištenje tim out sobe, učenje provođenja vještina deeskalacije – postupka za umirenje uznemirenih pacijenata i rješavanje napetih, agresivnih i konfliktnih situacija, uloga interventnog tima, vještine stvaranja dobrog terapijskog odnosa i dobre komunikacije s pacijentom. Edukacija također uključuje osvještavanje stava da mjere prisile nisu terapijski postupak nego terapijski neuspjeh.

Edukacija se treba provoditi i iz područja pravne regulative Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i UN konvencije o pravima osoba s invaliditetom; o kapacitetu za odlučivanje i povećavanju kapaciteta za odlučivanje, informiranom pristanku, planu liječenja, osobnoj direktivi.

SZO preporučuje sljedeće teme: što je oporavak, definiranje izolacije i sputavanja, osobno iskustvo utjecaja izolacije i sputavanja, stavovi o nužnosti sputavanja, prepoznavanje napetih situacija i postupci uspješnog odgovora: individualizirani planovi za istraživanje osjetljivosti i znakova uznemirenosti i reagiranje na njih, stvaranje terapijske kulture „reci da i mogu“, *time out* sobe i senzorna modulacija; deeskalacija napetih i konfliktnih situacija, timovi za odgovor na krizu i plan prevencije mjera prisile.

Edukaciju je dobro provoditi kroz edukaciju trenera koji dalje educiraju u svojim sredinama i na godišnjoj razini razmjenjuju iskustva. Edukacija radi prevencije mjera prisile treba uključiti sve zaposlenike ustanove, a opseg i sadržaj edukacije trebaju biti u skladu s njihovim ulogama u terapijskom procesu.

Prikaz iz kliničke prakse

Prijem u bolnicu bez pristanka

P 1: Marjan – postavljena mu je dijagnoza shizofrenije prije deset godina. Uzima vrlo niske doze psihofarmaka i dobro surađuje sa psihijatrom i izvanbolničkim timom bolnice u sklopu kojeg ostvaruje grupnu podršku. U zadnjih nekoliko mjeseci dolazi do promjene životnih okolnosti koje za njega postaju stresne: majka je bolesna i slabo pokretna, a on je jedina osoba koja joj pomaže. Član grupe podrške poziva psihijatra i ispriča mu da je Marijan postao psihotičan, da tvrdi da je u kontaktu s nekim vodećim svjetskim facama i da su mu drugi zavidni, o njemu se govori na televiziji. Majka pacijenta naziva psihijatra i navodi da Marijan ne spava, stalno govori o neprijateljima, svađa se s ljudima na televiziji, što kod nje stvara uznemirenost. Psihijatar telefonom razgovara s Marijanom i utvrđuje da se radi o akutno psihotičnom stanju u kojem Marijan nema uvida u realitet, negira da je bolestan i da mu trebaju lijekovi, pa ih je prestao uzimati. Kaže da on zna svoja prava i da ne želi ići u bolnicu. Kako ne postoji mogućnost liječenja putem akutnog psihijatrijskog tima koji može otići na teren, psihijatar, koristeći svoj raniji dobar odnos, pacijentu savjetuje da bi zbog stanja uznemirenosti i uznemirenosti majke s kojom inače ima dobar odnos bilo dobro da dođe na bolničko liječenje. Marijan sam dolazi na prijem i kaže da želi ostati u bolnici premda nije bolestan niti mu je bolničko liječenje potrebno. Psihijatar na prijemu odlučio zadržati pacijenta bez potpisivanja pristanka jer nije siguran da je pristanak valjan pa koristi mogućnost od 48 sata kako bi se procijenila situacija valjanosti pristanka.

Komentar u odnosu na članak 27.: Kod ovoga su pacijenta zadovoljeni kriteriji navedenog članka zakona jer ima teži duševni poremećaj, to jest dijagnozu shizofrenije sada u akutnoj fazi bolesti kada ne može vladati svojim mišljenjem i ponašanjem. Takvim ponašanjem ugrožava sigurnost svoje majke koja postaje izrazito uznemirena bez prava na privatnost jer joj on stalno ulazi u sobu i priča stvari koje su njoj nerealne i koje ju uznemiravaju, a ne može ništa učiniti da se zaštiti. S obzirom na to da psihijatar poznaje ovog pacijenta od prije i zna da dobro reagira na lijekove u sličnim situacijama, smatra da je u okolnostima u kojima nema mobilnog tima koji bi mogao liječiti ovoga pacijenta u kući, najbolje da on bude primljen u bolnicu jer se radi o zdravstvenom stanju za koje postoje liječenja, a ako se ne primijeni, doći će do daljnjeg pogoršanja zdravlja

P2 Ivana – inače ima dobar odnos sa psihijatrom i surađuje u liječenju. Nakon depresivne faze bolesti (liječi se od bipolarnog poremećaja) dolazi do manične epizode bolesti u kojoj neprekidno govori do promuklosti, skače s teme na temu, prelazi s jedne aktivnosti na drugu, ne spava, dijeli svoje stvari, u doba pandemije ne poštuje epidemiološke mjere, agresivna je prema ocu, naziva ga pogrđnim imenima, snima ga nedopušteno i šalje te snimke znancima preko interneta, fizički nasrće na osobu koja im pomaže u kućanstvu. U razgovoru sa psihijatrom (telefon) navodi da nije bolesna, da joj lijekovi nisu potrebni, da njezina oca treba odvesti na psihijatriju, zbog toga je već zvala policiju, ali policija to nije učinila. Ne želi uzimati lijekove koji bi joj mogli pomoći da se smiri.

Komentar: Kod ove pacijentice koja nema uvid u svoju bolest i u stanju je u kojem ozbiljno ugrožava sigurnost svojega oca i drugih ljudi koji joj pomažu kao i svoje zdravlje, a postoji liječenje koje joj može pomoći da bude bolje, stekli su se uvjeti za primjenu članka 27. smještaja na odjel psihijatrije protiv volje pacijenta, dakle bez njezina pristanka na liječenje kako bi se spriječila šteta koja bi mogla nastati za njezina oca kao i šteta za njezino zdravlje.

Kriteriji koji zadovoljavaju zakonsku definiciju teže duševne smetnje kada je jedino moguće primiti na psihijatrijski odjel pacijenta bez njegovog pristanka:

1. osoba mora imati medicinsku dijagnozu mentalnog poremećaja (bilo kojeg)
2. **zbog toga poremećaja u aktualnoj situaciji**, kada se odlučuje o prijemu bez pristanka, osoba je u stanju bolesti koje joj značajno ograničava ili otežava psihičke funkcije čime neposredno ugrožava svoj život, život ili sigurnost drugih ili svoje zdravlje u toj mjeri da joj je nužna psihijatrijska pomoć, to jest da će ako joj se pomoć ne pruži odmah, nastupiti šteta po osobu, na primjer suicid, ozljeda sebe ili druge osobe ili ozbiljno narušavanje zdravlje – njezino će se stanje pogoršati i dovesti do loših posljedica za njezino zdravlje.

Primjena mjera prisile

P3 Ante je doveden u psihijatrijsku bolnicu u lisicama jer je napao člana obitelji tvrdeći da ga on truje. Tijekom razgovora s liječnikom koji pokušava doznati što se mu se dogodilo, ne može slijediti razgovor, stalno se okreće u smjeru prisutnog osoblja, djeluje izrazito uplašeno. Pacijentu je da je ovdje siguran, kako mu liječnik i medicinsko osoblje želi pomoći da se osjeća bolje, da će mu skinuti lisice te je zamoljen da sjedne kako bi mogli nastaviti razgovor. U

trenutku kada mu skinu lisice kreće prema jednoj medicinskoj sestri i zgrabi je za ruku. S obzirom na to da se radilo o ozbiljnoj prijetnji ozljede druge osobe, brzom intervencijom osoblja je zaustavljen te su primijenjeni magnetski remeni sputavanja na krevetu. Nakon toga je nastavljen razgovor s pacijentom. Objašnjeno mu je da su primijenjene mjere prisile kako ne bi ozlijedio medicinsku sestru i da će dobiti lijek koji će mu pomoći da se osjeća bolje, pa će se nakon toga nastaviti razgovor. Nije imao reakciju odbijanja, intenzivno je praćeno njegovo tjelesno i mentalno stanje. Nakon tri sata pacijent se smirio, mjera prisile je prekinuta te je nastavljena opservacija pacijenta radi sprječavanja ponovnog rizika. Idući dan pacijent je bio znatno bolje. S pacijentom je dogovoreno da će se kada mu se stanje još više stabilizira zajedno s njim sastaviti plan prevencije.

Komentar: Ovo postupanje bilo je u skladu s člankom 61. Zakona jer je primjena mjera prisile bila jedino sredstvo da se ukloni neposredna opasnost koja je proizlazila iz njegova ponašanja kojim je ozbiljno i izravno ugrožavao tuđi život i svoje zdravlje, a nakon što se prva linija postupanja deeskalacije nije pokazala učinkovitom. Kada je uklonjena opasnost, mjere prisile su prekinute.

Liječnik se u postupanju prema pacijentu koji ne daje svoj pristanak na liječenje rukovodi načelima medicinske etike koristeći se načelom da djeluje u pacijentovu najboljem interesu a da ne šteti pacijentu i/ili smanjuje štetu prema drugoj osobi ili prema zdravlju pacijenta. Prijem u bolnicu protiv volje pacijenta i mjere prisile da se spriječi veća šteta u funkciji su omogućavanja liječenja pacijenta te su u skladu s etičkim načelom postupanja liječnika, premda su u sukobu s načelom autonomije (prava pacijenta da odbije liječenje).

U svakom pojedinačnom slučaju uvijek treba razmotriti mogućnost najmanje restriktivnog liječenja, kao što je to liječenje putem mobilnog tima za akutne slučajeve na čijem razvoju treba raditi.

PREPORUKE ZA IZRADU PLANA PROMJENE ZA PREVENCIJE NEDOBROVOLJNIH HOSPITALIZACIJA, AGRESIVNOG PONAŠANJA I PRIMJENE MJERA PRISILE PO MODELU WHO QULITYRIGHTS INICIJATIVE

Svjetska zdravstvena organizacija potiče psihijatrijske službe da se transformiraju koristeći se principima oporavka i ljudskih prava. Transformacija je proces koji počinje od analize postojećeg stanja, određivanja ciljeva promjene, izrade planova promjene, određivanja resursa potrebnih za promjenu, osoba koje sudjeluju, rokova postizanja ciljeva i evaluaciju učinka. Jedan od ciljeva može biti plan redukcije primjene mjera prisile i smanjenje broja nedobrovoljnih hospitalizacija.

U planu promjene važni su sljedeći elementi: stvaranje zajedničke vizije transformacije koja može motivirati ljude da sudjeluju u provođenju promjena; poznavanje čimbenika i načela koji pomažu da se ostvari vizija i vodstvo koje je odlučno u provedbi promjena. Plan promjene treba povezati s izradom strategije prevencije agresivnog ponašanja koje su psihijatrijske institucije obavezne izraditi. Promjena je proces i otpori su očekivani pa treba raditi na njihovu uklanjanju putem zajedničkog dogovora o sudjelovanju u ostvarivanju ciljeva

Prvi korak je analiza postojećeg stanja u primjeni mjera prisile kako biste je usporedili s preporukama za redukciju primjena mjera prisile i sastavili plan promjene, tj. sadašnje stanje uspoređujemo sa standardima koji se želi postići. U analizi početnog stanja može nam pomoći WHO Toolkit za procjenu organizacije liječenja institucija u poštivanju načela oporavka i ljudskih prava, kao i lista čimbenika koji smanjuju rizik agresivnog ponašanja i primjenu mjera prisile u prilogu.

Drugi korak u procesu promjene je prepoznati i odrediti prioritete za područja planiranih promjena i probleme/prepreke koje treba riješiti. Važno je raditi na zajedničkoj viziji i na participiranju u promjenama, jer zajedništvo stvara dugoročne pozitivne promjene u područjima koje želimo promijeniti. Treba razlikovati probleme koji se trebaju riješiti odmah u odnosu na one sa srednjoročnim i dugoročnim planom. Važno je ljudima objasniti zašto ćemo nešto raditi prije te se dogovoriti o tome da će se zajednički raditi na dogovorenim prioritetima, zatim je važno razviti strategiju za rješavanje problema koje ćemo rješavati prve. Potrebno je odrediti koje sve resurse trebamo da bismo napravili promjene. Ne mogu se sva područja planiranih

promjena riješiti jednom mjerom, na primjer edukacijom, za neke promjene će trebati više rješenja.

Pitanja poput – Koji su izvori problema? Što treba učiniti da se riješi ovaj problem? Koji su resursi dostupni? Tko treba biti uključen u rješavanje ovoga problema i kako ga uključiti? Opiru li se neki ljudi promjeni? Koji su njihovi razlozi? Što misle pacijenti na čije živote problem/promjena utječe? Je li potrebna radna skupina koja će pomoći u definiranju strategija? Koje aktivnosti treba pokrenuti? – mogu pomoći u definiranju područja, prakse, ponašanja, stavova koje želimo promijeniti.

Planirane aktivnosti su odgovor na problem za koji tim vjeruje da će biti najučinkovitije u generiranju pozitivnih rezultata. Sve aktivnosti trebaju imati rokove, potrebne resurse, imena ljudi odgovornih za provođenje aktivnosti. Također treba odabrati pokazatelje za praćenje učinaka. Procjena se može ponoviti nakon nekog vremena QualityRights instrumentom i listom čimbenika prevencije te listom načela koja je korištena na početku procjene.

Evaluacija i praćenje promjena: Potrebno je pratiti implementaciju dogovorenih promjena, osobito pozitivne učinke, međutim treba prepoznati i ima li promjena negativne učinke te pronaći način kako to riješiti. Plan promjene i učinke implementacije treba redovito evaluirati i po potrebi revidirati. Ljudska prava pacijenata i osoblja moraju biti ugrađena u proces promjene, jer mora postojati svijest o tome da svi imaju jednaka prava bez obzira na to jesu li pacijenti ili osoblje.

Smjernice za prevenciju prijema bez pristanka i primjene mjera prisile u psihijatrijskim ustanovama

SAŽETAK

Prijem bez pristanka i primjena mjera prisile s gledišta medicinske etike predstavljaju kršenje etičkog principa autonomije pojedinca, a s gledišta ljudskih prava kršenje mnogobrojnih ljudskih prava, stoga se prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama mogu primjenjivati iznimno. Kako bi se izbjegla njihova primjena, uvijek prvo treba primijeniti alternativne postupke. Imamo saznanja da primjena liječenja bez pristanka i primjena mjera prisile ima mnoge negativne posljedice na zdravlje osoba nad kojim su primijenjene kao i na zdravlje osoblja. Zna se i koji čimbenici i postupci mogu pridonijeti prevenciji mjera prisile. Od ustanova se traži da izrade i implementiraju strategiju prevencije nasilja na radnom mjestu koja uključuje prevenciju nedobrovoljnih hospitalizacija i mjera prisile. Smjernice za prevenciju prijema bez pristanka i mjera prisile mogu biti vodič ustanovama za izradu strategije prevencije nasilja na radnom mjestu. Strategija se treba temeljiti na implementiranju brojnih čimbenika za koje se zna da imaju utjecaja na prevenciju mjera prisile, a uključuju primjerice fizički izgled odjela, organizaciju rada odjela, ponašanje osoblja, edukaciju osoblja, terapijsku kulturu susretljivosti i oporavka što sve pridonosi kulturi dobrovoljnosti i smanjenju primjene mjera prisile. Jedna od najvećih prepreka prevenciji mjera prisile je stav da je agresivnost simptom bolesti na koji se može djelovati jedino lijekovima, a ne rezultat interakcije s brojnim čimbenicima od kojih je terapijska kultura koja vlada u instituciji značajan čimbenik.

Sljedeći čimbenici pridonose prevenciji nedobrovoljnih hospitalizacija i primjene mjera prisile te ih treba ugraditi u strategiju prevencije mjera prisile i implementirati u praksi:

- ✓ sveobuhvatno razumijevanje agresivnog ponašanja kao interakcije različitih čimbenika, od kojih su simptomi bolesti samo jedan čimbenik
- ✓ uređenje odjela kao ugodne i sigurne terapijske sredine koja njeguje atmosferu susretljivosti i dobrovoljnosti
- ✓ uključenost pacijenata u odluke o liječenju
- ✓ optimalno stimulativni terapijski program koji smanjuje dosadu
- ✓ terapijska kultura oporavka koja uključuje deset principa oporavka
- ✓ odnos osoblja koje pokazuje empatiju, interes, poštovanje i stavlja potrebe pacijenata na prvo mjesto
- ✓ doživljaj sigurnosti osoblja u svojim radnim sredinama uključujući pouzdan alarmni sustav i dovoljan broj osoblja
- ✓ vještine osoblja za stvaranje terapijskog odnosa suradnje
- ✓ osoblje educirano za primjenu deeskalacijskog postupka
- ✓ vještine osoblja za procjenu rizika opasnosti i vještine za smanjenje rizika
- ✓ osoblje educirano za prepoznavanje individualno specifičnih okidača uznemirenosti
- ✓ osoblje educirano za prepoznavanje individualno specifičnih čimbenika umirenja
- ✓ osoblje educirano za prepoznavanje ranih znakova uznemirenosti
- ✓ osoblje educirano za izradu individualnog plana liječenja za smanjenje agresivnog rizika

- ✓ ustanova ima *time out* sobu i koristi se senzornom modulacijom
- ✓ ustanova ima educirani interventni tim za krizne situacije koji kao prvu liniju intervencije primjenjuje deeskalaciju
- ✓ pacijenti se informiraju o razlozima hospitalizacije i liječenju, o djelovanju lijekova i svim drugim informacijama potrebnim da daju svoj pristanak na liječenje
- ✓ pacijenti se informiraju o pravima usmeno i pismeno
- ✓ ne daju se lijekovi koji ograničavaju kretanje
- ✓ pacijenti imaju mogućnost korištenja vlastite odjeće, posjedovanja osobnih predmeta,
- ✓ ustanova osigurava privatnost
- ✓ ustanova omogućuje slobodu kretanja
- ✓ ako postoji ograničenje kretanja na temelju Zakona, kretanje se osigurava pod nadzorom
- ✓ u ustanovi se izrađuje individualni plan liječenja
- ✓ ustanova poštuje osobne directive, upute kada postoje
- ✓ ustanova osigurava dostupnost podrške od oporavljenih pacijenata
- ✓ kada se primjene mjere prisile, tada se o iskustvu mjera prisile razgovara s pacijentom i osobljem, a sve u cilju prevencije njihovih negativnih učinaka i njihove ponovne primjene.

Istraživanja potvrđuju da je za uspješnu prevenciju primjene mjera prisile potrebno kombinirati različite postupke i poticati izgradnju kulture oporavka i ljudskih prava.

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, mjere prisile primjenjuju se nakon što nisu uspjele druge mjere koje uključuju deeskalaciju, senzornu modulaciju i *time out* sobu, kada je to jedino sredstvo za uklanjanje neposredne opasnosti za ugrožavanje vlastitog života, života drugih ljudi i ozbiljnog ugrožavanja zdravlja. Ako se poduzimaju mjere prisile, primjenjuje ih educirano osoblje prema protokolu o postupanju koji mora izraditi ustanova, zdravstveno stanje osobe nad kojom su primijenjene mjere prisile kontinuirano se prati, sastavlja se individualni plan liječenja te se mjere prisile prekidaju odmah nakon što su prestali razlozi za njihovu primjenu, o čemu odlučuje psihijatar. Razdoblje procjene potrebe između započete mjere do sljedeće procjene o potrebi prekida ili produljenja ne bi smjelo biti dulje od jednog sata. Nakon prekida primjene mjere u razumnom roku, ne dulje od četrdeset osam sati, potrebno je razgovarati s pacijentom o njegovu iskustvu primjene mjera prisile u smislu prevencije negativnih posljedica, kao i s osobljem. Cilj razgovora s osobljem je analiza situacije, prevencija negativnih osobnih posljedica i prijedlozi za poboljšanja povezano s prevencijom mjera prisile.

Za izradu strategije i provedbu u praksi važno je razmotriti implementaciju svih čimbenika koji pridonose prevenciji mjera prisile i nedobrovoljnih prijema jer se pokazuje da se najbolji rezultati u prevenciji postižu kombinacijom različitih postupaka. Pri izradi strategije treba se koristiti Preporukama za procjenu terapijske kulture oporavka i ljudskih prava u psihijatrijskim ustanovama.

PRILOZI

Glava III. PRAVA OSOBE S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Članak 14.

(1) Osoba s duševnim smetnjama ima pravo:

1. biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, sa svojim pravima te poučena o tome kako ih može ostvariti
2. biti upoznata s razlozima i ciljevima svog smještaja u psihijatrijsku ustanovu te sa svrhom, prirodom, posljedicama, koristima i rizicima provedbe predloženoga medicinskog postupka
3. biti smještena i liječena u najbližoj odgovarajućoj psihijatrijskoj ustanovi
4. biti upoznata s podacima o svom zdravstvenom stanju i dobiti na uvid svoju medicinsku dokumentaciju
5. sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije
6. obrazovati se i radno osposobiti prema općem ili posebnom programu
7. na odgovarajuću novčanu naknadu za rad na radno-terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalazi ostvaruje prihod
8. podnositi pritužbe izravno čelniku ustanove ili odjela i na njih dobiti usmene odgovore odmah, a pisane na njezin pisani zahtjev najkasnije u roku od osam dana
9. podnositi prijave, prijedloge, pritužbe, prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim tijelima
10. po svom izboru i o svom trošku nasamo se savjetovati s liječnikom ili odvjetnikom
11. družiti se s drugim osobama u ustanovi i primati posjete
12. o svom trošku slati i primati, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete i tiskovine, telefonirati, te koristiti elektroničku tehnologiju i komunikaciju
13. pratiti radijske i televizijske programe
14. posjedovati predmete za osobnu uporabu
15. sudjelovati po svom izboru u vjerskim i kulturnim aktivnostima u okviru mogućnosti ustanove
16. predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu
17. na osiguranu podršku za život u zajednici

18. glasovati u skladu s posebnim zakonom

19. ostvarivati i sva druga prava prema ovom Zakonu i posebnim propisima.

(2) Bilješka o upoznavanju osobe s duševnim smetnjama o njezinim pravima iz stavka 1. točaka 1. i 2. ovoga članka mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju.

(3) Prava iz stavka 1. točaka 1., 2., 4., 5., 8. i 16. ovoga članka može ostvarivati i osoba od povjerenja, a prava iz stavka 1. točaka 1., 2., 4., 5., 8., 9. i 16. ovoga članka i zakonski zastupnik.

(4) Prava iz stavka 1. točaka 11., 12. i 14. ovoga članka mogu se ograničiti ako postoji opravdana sumnja da osoba s duševnim smetnjama nastoji pribaviti alkohol, drogu ili oružje, dogovara se o bijegu ili počinjenju težeg kaznenog djela ili bi korištenje tih prava moglo teško narušiti zdravlje ili sigurnost osobe.

Glava VIII. MJERE PRISILE PREMA OSOBI S TEŽIM DUŠEVNIM SMETNJAMA

Članak 60.

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

(2) Ministar nadležan za poslove zdravlja pravilnikom će propisati vrste i način primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama.

Članak 61.

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

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

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

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

Članak 62.

(1) Odluku o primjeni mjere prisile donosi psihijatar i nadzire njezinu primjenu.

(2) Ako zbog iznimne hitnosti nije moguće čekati da odluku donese psihijatar, odluku o primjeni mjere prisile može donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili drugo zdravstveno

osoblje, koji su obvezni o tome odmah obavijestiti psihijatra koji će pregledati osobu s težim duševnim smetnjama i odlučiti o daljnjoj primjeni mjere prisile.

Članak 63.

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

Članak 64.

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

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

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

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

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

Članak 65.

Ako policija po pozivu primjenjuje sredstva prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smještenoj u psihijatrijskoj ustanovi, obvezna je postupati s posebnom pažnjom, štititi njezino dostojanstvo te se držati uputa zdravstvenog osoblja.

Članak 66.

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

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

Članak 67.

Ustanove socijalne skrbi mogu primjenjivati mjere prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama koje su smještene u tim ustanovama, pod uvjetima i na način propisan odredbama ove glave.

Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama V. glava Dokumentacija –

Članak 15.

(1) Primjena mjera prisile za svakog pacijenta obvezno se evidentira u medicinskoj i sestrinskoj dokumentaciji.

(2) Dokumentacija iz stavka 1. ovoga članka mora se voditi precizno, uredno i stručno, za što su odgovorni doktori medicine i medicinske sestre/medicinski tehničari koji sudjeluju u primjeni mjera prisile.

(3) U dokumentaciji iz stavka 1. ovoga članka moraju biti navedeni sljedeći podaci: razlozi primjene mjere prisile, zdravstveni radnik koji je odredio primjenu mjere prisile, zdravstveni radnici koji su sudjelovali u primjeni mjere prisile i odgovorna osoba za njezino određivanje.

Članak 16.

(1) Medicinska sestra/medicinski tehničar koji kontinuirano nadzire pacijenta svakih 15 minuta obvezan je unositi zabilješke u sestrinsku dokumentaciju.

(2) U sestrinsku dokumentaciju upisuju se sljedeći podaci: ime i prezime pacijenta, datum i vrijeme primjene mjere prisile, razlog primjene mjere prisile, alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku, trajanje mjere, sve promjene ponašanja i ponašanje pacijenta nakon primjene mjere prisile, cjelokupna njega pacijenta i mjere sigurnosti, unos i izlučivanje tekućine te pauze od primjene mjere prisile.

(3) Doktor medicine koji redovito obilazi pacijenta upisuje u medicinsku dokumentaciju postupke primjene mjere prisile, mentalno i tjelesno stanje pacijenta, vrijeme obilaska, sve intervencije te datum i sat prekida primjene mjere prisile.

(4) U roku od 24 sata od prestanka mjere prisile doktor medicine obvezan je upisati podatke o psihičkom statusu, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana zdravstvene njege.

PRINCIPI OPORAVKA

U suvremenoj psihijatrijskoj praksi osobni oporavak jedan je od ključnih ciljeva liječenja. Osobni oporavak podrazumijeva osobni doživljaj osnaženja da osoba upravlja svojim životom. Procjenjuje se neovisno o remisiji bolesti, tako da osoba može biti oporavljena neovisno o tome je li postignuta remisija simptoma i povratak na funkcioniranje prije bolesti. Remisija je dio medicinskog modela bolesti, odnosi se na izlječenje kada osoba više nema simptoma bolesti, a funkcioniranje je oporavljeno na razinu prije bolesti. Osobni oporavak označava oporavak identiteta. Socijalni oporavak može se postići remisijom bolesti kao i bez remisije bolesti kada još uvijek postoje neka ograničenja vezana za bolest, no nisu prepreka za oboljele da vode život kakvim su zadovoljni.

Jedna od najčešće citiranih definicija osobnog oporavka je:

„Oporavak je za osobu jedinstven, duboko osoban proces mijenjanja stavova, vrijednosnih sudova, osjećaja, ciljeva, vještina i uloga. To je način življenja zadovoljavajućeg, ispunjenog života s optimizmom i nadom čak i kada postoje ograničenja uzrokovana zbog bolesti.

Oporavak uključuje razvoj novih značenja i smisla u ljudskom životu u kojem mentalni poremećaj nije doživljen kao katastrofa koja se ne može popraviti, nego kao iskustvo na temelju kojeg se može učiti i razvijati“ (Anthony, 1993).

Postizanje remisije i oporavka određeno je nizom različitih čimbenika koji uključuju složenu interakciju osobe, sustava liječenja, stavova stručnjaka, formalne i neformalne podrške kao i nizom drugih čimbenika. Kroničnost koja se odnosi na ponavljanje epizoda bolesti ili stalno prisutnih nekih od simptoma bolesti u kontekstu oporavka gubi povezanost s neizlječivosti i postaje iskustvo iz kojeg se može učiti i postići oporavak. Oporavak je proces promjene kroz koji osoba poboljšava svoje zdravlje i živi životom kojim je zadovoljna te nastoji dostignuti svoje pune potencijale. Kako biste bolje razumjeli značenje osobnog oporavka, pogledajte video <https://www.youtube.com/watch?v=AUjDXHOXFm8>

Deset principa oporavka

Deset principa oporavka opće su prihvaćeni principi nastali kao rezultat dogovora osoba s iskustvom mentalnog poremećaja i istraživanja. Oni pomažu u postizanju oporavka pa trebaju biti dio terapijske kulture uključujući i sve terapijske postupke – lijekove, psihoterapiju ili psihosocijalne postupke. Ovdje prikazani principi predstavljaju integraciju principa SAMHSA i CHIME sa sve tri dimenzije oporavka: oporavak simptoma, funkcioniranja i osobni oporavak, kako to sugerira *EUCOMS consensus*.

1. Nada i optimizam oporavka jedan su od osnovnih uvjeta oporavka, bez nade i optimizma nema oporavka. Optimizam i nada moraju biti osnova terapijske kulture u kojoj se liječe osobe s mentalnim poremećajima. Važno je da ljudi koji se liječe od mentalnog poremećaja, stručnjaci koji im pomažu i druge institucije društva kao i društvo u cjelini vjeruje da je oporavak realno ostvariv cilj.

2. Osobni put oporavka

Oporavak je proces, nije linearna uzlazna crta, uključuje kontinuirani osobni razvoj i povremene zastoje. Osoba je kreator i sukreator svojega oporavaka. Svaka osoba za sebe određuje ciljeve, planove i putove svojega oporavka. Osobni put oporavka odnosi se na ciljeve koji su u skladu s individualnim željama u različitim područjima života kao što su intimni odnosi, prijateljstva, hobiji, organizacija slobodnog vremena, posao, sport ili druga za osobu važna životna područja. Sastavljanje osobnih planova oporavka može biti korisno. Osobni plan oporavka nije isto što i individualni plan liječenja, riječ je o osobnom dokumentu koji izrađuje sam pacijent uz pomoć osoblja ili bez pomoći osoblja. Oporavak može početi za vrijeme bolničkog liječenja, no on se odvija u zajednici.

3. Putovi oporavka su individualno različiti jer se ljudi razlikuju prema ciljevima koje imaju, željama, sustavima vrijednosti, pripadaju različitim kulturnim zajednicama s različitim životnim situacijama. Profesionalci i drugi pomagači u oporavku trebaju prihvatiti da ljudi imaju kapacitet za osobni rast, promjenu i oporavak.

4. Sveobuhvatni pristup oporavku

Kako bi oporavak zaživio dugoročno, potrebno je sagledati sve aspekte osobe kao što su: mentalno zdravlje i liječenje, fizičko zdravlje; posao (uključuje osim zaposlenja, volontiranje i druge poslove bez formalnog zaposlenja); odnosi s drugima kao što su prijateljske veze, intimna partnerstva, obitelj i socijalne veze uključujući i podršku koju dobivaju od drugih ljudi, organizaciju slobodnog vremena, fizičku aktivnost, financije, zadovoljstvo uvjetima stanovanja i druga područja koja osoba smatra važnim za svoj život. Za mnoge su lijekovi važni za održavanje psihološke stabilnosti, vještine za samostalan život i život u zajednici i povećanje otpornosti na stres. Stručnjaci koji pomažu u procesu oporavka trebaju se dogovoriti o ciljevima u sva tri područja oporavka i raditi na onim područjima u kojima pacijent želi biti uspješan. Da bi bile učinkovite intervencije trebaju biti u skladu s fazom oporavka. Planovi se dogovaraju s pacijentom, pacijent i terapeut zajedno otkrivaju što se dogodilo, poštuju se pacijentov pogled na poteškoće koje ima. Susret stručnjaka i pacijenta je susret dva eksperta – jedan je stručnjak, a drugi je ekspert na temelju osobnog iskustva. Oni zajedno pronalaze rješenja.

5. Podrška vršnjaka

Oporavljene osobe s iskustvom mentalnog poremećaja važan su izvor podrške u poticanju procesa oporavka, putem vlastitog iskustva predstavljaju koristan model za oporavak i pružaju nadu da je oporavak moguć. Osobe sa sličnim iskustvom problema mentalnog zdravlja/psihičke bolesti potiču jedni druge i pružaju jedni drugima važan osjećaj pripadnosti, podrške i uvažavanja. Biti član grupe za podršku korisno je za mnoge koji se smatraju oporavljenima.

6. Značaj sociokulturne sredine, svrhe i smisla života

Sustav osobnih vrijednosti, svjetonazor, tradicija i pripadnost određenoj sociokulturnoj skupini imaju utjecaj na određivanje osobnog puta oporavka. Smisao i svrha života nalaze se na mnogo načina, no jedan od ključnih aspekata je kroz duhovnost (osobni sustav vjerovanja) i religiju. Podržavanje ljudi u osvješćivanju njihovih sustava vrijednosti može pomoći da se ovi sustavi povežu s ciljevima oporavka.

7. Razgovor o traumi

Traumatska iskustva (sadašnja i prošla) koja se odnose na fizičko nasilje, emocionalno zlostavljanje i bilo koja druga, uključujući i traumatsko iskustvo primjene mjera prisile, nepovoljno djeluju na oporavak. Stoga moraju biti dio individualnog plana liječenja.

8. Snage i odgovornosti

Oporavak uključuje odgovornost pojedinaca, obitelji i zajednice – svaka osoba koja se oporavlja odgovorna je za brigu o svojem zdravlju. Obitelj i drugi bliski pojedinci također snose odgovornost za podršku osobi koja se oporavlja. Zajednice su odgovorne za osiguravanje uvjeta za optimalno liječenje, osiguravanje sigurnog i zadovoljavajućeg stanovanja, zaposlenja i obrazovanja kao i za poticanje socijalne uključenosti i borbu protiv stigme i diskriminacije. Za osobni oporavak važno je identificirati snage, ambicije, talente i slabosti osobe, poticati sposobnosti, raditi na poboljšanjima područja koje osoba želi poboljšati poticanjem samostalnosti ili osiguranjem podrške. Osobe koje se u procesu liječenja osjećaju osnaženo bolje se oporavljaju. Osobna odgovornost odnosi se na ispunjavanje različitih aktivnosti i uloga, poput odgovornoga financijskog ponašanja, održavanja dobrih odnosa s ljudima i preuzimanja odgovornosti za svoje postupke i odluke, zdravlje, način života i poštivanje zakona. Princip oporavka uključuje i pravo na rizik jer rizik može biti potencijal za osobni razvoj kao i priliku za učenje iz iskustva. Ovdje se radi o pravu na rizik koji imaju svi ljudi.

9. Poštovanje i identitet

Prihvatanje i uvažavanje važni su za postizanje oporavka kao i za doživljaj pozitivnog identiteta. Oporavljene osobe navode da liječenje u ozračju optimizma, nade i poštovanja pomaže u oporavku. Doživljaj osobe da se prema njoj odnosi s poštovanjem i uvažavanjem njezinih stavova i mišljenja potiče oporavak. Također pomaže realističnom prihvatanju sebe, svojih dobrih i loših strana, opće pozitivni doživljaj sebe i doživljaj sebe kao osobe vrijedne poštovanja. Osobe koje nisu fokusirane na to da je mentalni poremećaj njihov glavni identitet, nego bolest doživljavaju kao jedno od svojih obilježja – ali ne glavno zato što imaju puno drugih osobina, npr. dobri su prijatelji, radnici, roditelji, vješti su u sportu, nekom specifičnom hobiju... – bolje se oporavljaju. Neki navode da ponos što se mogu dobro nositi s problemima mentalne bolesti također pomaže u oporavku. Bolje se oporavljaju osobe koje se ne samostigmatiziraju i koje se dobro nose sa stigmom. Oporavljena osoba osjeća se dobro u osobnom identitetu.

10. Odnosi, podrška i socijalna mreža

Ljudi se teško mogu oporaviti bez podrške. U procesu oporavka ljudi trebaju različite izvore podrške: podršku stručnih osoba, poput psihijatra i drugih stručnjaka kao što su medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, drugih službi izvan zdravstva kao što je služba za zapošljavanje, obrazovanje, socijalna služba, pomoć osoba iz udruga, istovrsnika kao i neformalnih pomagača kao što su obitelj, partneri, prijatelji, volonteri i drugi resursi koji postoje u zajednici. Podrška uključuje razumijevanje, uvažavanje, poticanje nade, ohrabrenje, nekritiziranje, poticanje na samostalno donošenje odluka na aktivno sudjelovanje u liječenju i drugim aktivnostima života. Osobi se pruža podrška uvijek u onim područjima u kojima ona želi podršku. Oporavak potiče povezanost s drugim ljudima što uključuje važne odnose kao što su članovi obitelji, bliski prijatelji i intimni partneri, kao i terapijske odnose povjerenja sa stručnjacima. Doživljaj uključenosti u zajednicu i doživljaj prihvaćenosti i pripadanja sredini u kojoj osoba živi potiče oporavak. Osobe koje sudjeluju na putu oporavka uključujući stručnjake moraju se uvijek pitati pomažu li svojim postupcima ili ometaju proces oporavka. Osobe koje pomažu ljudima s mentalnim poteškoćama da se oporave, bilo da su stručnjaci ili laici, suputnici su na putu oporavka u razdoblju koje može biti kratko, no isto tako onoliko koliko je to potrebno. Osobe koje pružaju podršku prvo moraju izgraditi odnos povjerenja.

Literatura

Anthony WA: Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s; *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4), 11–23

Keet R, de Vetten-McMahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, Mulder CL, van Zelst C, Murphy B, Westen K, Nas C, Petrea I, Pieters G. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*. 2019, 19: 174.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011, 199: 445-452.

SAMHSA's Recovery Support Initiative <http://www.samhsa.gov/recovery>

Slade M. Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals. Cambridge, Cambridge University Press. 2009.

World Health Organization. Quality Rights Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Quality Rights. Person-centred Recovery Planning for Mental Health and Wellbeing – Self-Help Tool. WHO QualityRights Self-Help Tools. Geneva: World Health Organization. 2019.

Literatura

Akther SF, Molyneaux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*. 2019 Apr 24;5(3):e37. doi: 10.1192/bjo.2019.19. PMID: 31530313;

Adams-Leask K, Varona L, Dua C, Baldock M, Gerace A, Muir-Cochrane E. The benefits of sensory modulation on levels of distress for consumers in a mental health emergency setting. *Australas. Psychiatry*. 2018 ;26(5):514-519. doi: 10.1177/1039856217751988.

Adyanthaya S. Six principles of trauma-informed care: Grafton Integrated Health Network; 2014 Available from: <https://www.grafton.org/six-principles-of-trauma-informed-care/>

Andersen C, Kolmos A, Andersen K, Sippel V, Stenager E. Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nord J Psychiatry*. 71(7 2017:):525-528. doi: 10.1080/08039488.2017.1346142

Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1;357(18) 2007:1834-40. doi: 10.1056/NEJMc074045.

Ashcraft, L., Bloss, M. & Anthony, W. A. The development and implementation of “no force first” as a best practice. *Psychiatric Services*, 63 2012: 415-417.

Ashcraft L, Anthony WA Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Services* 59: 2008:1198–1201.

Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, et al. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2011 ;24(1):11-5.

Barbiš M Psihijatrijska hospitalizacija: poštivanje etičkih načela i stigmatizacija . *Izvori* 2019.

Barrett B, Waheed W, Farrelly S et al. Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: economic outcomes. *PLoS ONE* 2013;8:1–11.

Barnett P, Matthews H, Brynmor Lloyd-Evans, Mackay E, Pilling S, Johnson S Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis *Lancet Psychiatry* 5; 2018: 1013–22

Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Medicine, Science and the Law*.52(3):2012:137-42. doi: <https://doi.org/10.1258/msl.2011.011101>.

Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):477-83. doi: http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477.

Bagarić Š (2012) Fizičko sputavanje –Multidimenzionalni pristup. Diplomski rad Zdravstveno veleučilište

Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, et al (2019). Preventing and Reducing Coercive Measures—An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00340>

Bak J, Zoffman V, Sestoft DM, Almvik R, Siersma VD, Brandt-Christensen M. Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nord J Psychiatry* 2015;69:433–443.

Bhugra D, Tasman A, Pathare S, Priebe S, Smith et al. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry*. 2017 Oct;4(10):775-818. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30333-4.

Bluebird G. Comfort Rooms . Gainesville, FL; National Association of State Mental Health Program Directors; 2009. Available from: <https://www.power2u.org/downloads/ComfortRooms4-23-09.pdf>

Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A; SUGAR, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015 Sep;52(9):1412-22. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014; 21:499–508.

Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, Jarrett M, Jeffery D, Nijman H, Owiti JA, Papadopoulos C, Ross J, Wright S, Stewart D. Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 2014:354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>

Busch AB. Special section on seclusion and restraint: introduction to the special section. *Psychiatric Serv*. 2005;56:1104.

Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):477–83. doi: http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477. 14.

Chalmers A, Harrison S, Mollison K, Molloy N, Gray K. Establishing sensory-based approaches in mental health inpatient care: a multidisciplinary approach. *Australia. Psychiatry*.20(1)2012:35-9. doi: 10.1177/1039856211430146.

Cusack P. Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry*. 2016; 46:2026.

Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with Comfort Rooms: Reducing Seclusion and Restraint use in Psychiatric Facilities. 2010;48(6):26-30. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>.

Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. [online publication]; 2004. Available from: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/rsri/sensory-article.pdf>

Davies, B., Silver, J., Josham, S., Grist, E., Jones, L., Francis, N., et al (2020). An evaluation of the implementation of Safewards on an assessment and treatment unit for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 174462952090163. <https://doi.org/10.1177/1744629520901637>

Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford University Press, 2009.

de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, Van Gool AR and Mulder CL Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 73, 2016: 657–664.

Downey LA, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(6):470–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.07.006>

Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, Rao H, Yeung WL, Jayaram MB, Xia J. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 3;4(4):CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2. PMID: 28368091; PMCID: PMC6478306.

Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*;189 2006:354-60. doi: 10.1192/bjp.bp.105.017913.

EPA position paper United Nations convention on the rights of persons with disabilities needs to be interpreted on the basis of scientific evidence regarding psychiatry. *European Psychiatry* 51; 2018: 87–89

Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 2017:461–471. <https://doi.org/10.1111/inm.12380>

Fletcher, J., Buchanan-Hagen, S., Brophy, L., Kinner, S. A., & Hamilton, B. Consumer Perspectives of Safewards impact in acute inpatient mental health wards in Victoria, Australia. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 2019:461. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00461>

Forster PL, Cavness C, Phelps MA. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. 13; 1999:269–271.

Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs*. 2007;58(2):140–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>.

Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2019 18(1):43-44. DOI: 10.1002/wps.20600.

Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, Coker-Schwimmer E, Weber RP, Sheitman B, Zarzar T, Viswanathan M, Lohr KN. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatr Serv*. 2017 Aug 1;68(8):819-831. doi: 10.1176/appi.ps.201600314.

Gaebel W, Muijen M, Baumann AE, Bhugra D, Wasserman D, van der Gaag RJ, Heun R, Zielasek J; European Psychiatric Association. EPA guidance on building trust in mental health services. *Eur Psychiatry*. 2014 Feb;29(2):83-100. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.001.

Gather J, Nyhuis PW, Juckel G. How can an open door policy be successfully implemented? Conceptual considerations on opening the doors in acute psychiatry. *Recht Psychiatrie*. 10; 2017:35:80–5.

Goulet M-H, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *J Aggress Violent Behav* (2017) 34:139–46. doi: 10.1016/j.avb.2017.01.019.

Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2020 Jul;142(1):27-39. doi: 10.1111/acps.13152.

Gooding P, McSherry B. Alternatives to Compulsory Detention and Treatment and Coercive Practices in Mental Health Settings. *J Law Med*. 2018 Dec;26(2):300-305.

Greytak R, Wang JY, Hsu YJ, Marsteller J, Jayaram G. Use of Rapid Response Teams in Psychiatry: Variables that Impact Safety. *J Psychiatr Pract*. 23(6) 2017:390-400. doi: 10.1097/PRA.0000000000000270.

Guay, S.; Goncalves, J.; Boyer, R. Evaluation of an Education and Training Program to Prevent and Manage Patients' Violence in a Mental Health Setting: A Pretest-Posttest Intervention Study. *Healthcare* 4, 2016: 49.

Guzman-Parra, J.; Aguilera Serrano, C.; Garcia-Sanchez, J.A.; Pino-Benítez, I.; Alba-Vallejo, M.; Moreno-Küstner, B.; Mayoral-Cleries, F. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* 22, 2016: 233–241.

Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 329; 2004:1–5.

Henderson C, Lee R, Herman D, Dragatsi D. From psychiatric advance directives to the joint crisis plan. *Psychiatr. Serv.* 60(10); 2009:1390-1. doi: 10.1176/ps.2009.60.10.1390.

Hem MH, Gjerberg E, Husum T, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nurs Ethics.* 2018;25(1):92–110.

Hitch D, Wilson C, Hillman A (2020) Sensory modulation in mental health practice. *Mental Health Practice.* doi: 10.7748/mhp.2020.e1422

Hvidhjelm, J.; Sestoft, D.; Skovgaard, L.T.; Rasmussen, K.; Almvik, R.; Bue Bjorner, J. Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues Ment. Health Nurs.* 37, 2016:960–967.

Huckshorn, K. A. . Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42,2004: 22-33.

Isobel S. Trauma informed care: a radical shift or basic good practice? *Australasian Psychiatry* 24(6) 2016:589-91.

Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK, et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res.*54; 2014: :94–7.

Kalagi, J. Otte, Vollmann J Jochen ,Juckell G , Gather, J.. (2018). Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study *BMC Psychiatry* 18(1) doi: 10.1186/s12888-

018-1866-9

Kaunomaki, J.; Jokela, M.; Kontio, R.; Laiho, T.; Sailas, E.; Lindberg, N. Interventions following a high violence risk assessment score: A naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC Health Serv. Res.* 2017, 17, 26.

Kezelman C. Trauma informed practice. Perspectives [Internet].. Available from: <https://mhaustralia.org/general/trauma-informed-practice>.

Kosman, K.A., Levy-Carrick, N.C. Positioning Psychiatry as a Leader in Trauma-Informed Care (TIC): the Need for Psychiatry Resident Education. *Acad Psychiatry* 43, 2019:429–434 . <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01020-2>

Lewis M, Taylor K, Parks J. Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues Ment Health Nurs.* 30 (3) 2009:159-64. doi: 10.1080/01612840802694171

Mellow A, Tickle A, Rennoldson M. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*;22(1) 2017:1–15. doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0007>.

McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS ONE.* 2016;11(12). doi: 10.1371/journal.pone.0168720.

Morrison L, Duryea PB, Moore C, Nathan-Shinn A. *The lethal hazard of prone restraint: positional asphyxiation.* Oakland (CA): Protection & Advocacy, Inc.; 2002. <http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf>,

Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2003;48(5):330-7doi: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370304800509>.

NICE guidelines Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in Psychiatric In-patient and Emergency Departments National Institute for Clinical Excellence, 2005 www.nice.org.uk.

NICE Violence and aggression short-term management in mental health, health and community settings 2015 NICE guideline www.nice.org.uk/guidance/ng10

NICE 2021 Decision making and mental capacity (<https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of>

Nijman HLJ, Muris P, Merckelbach H, Palmstierna T, Wistedt B, Vos, Ans VM, van Rixtel, Allertj W. The Staff Observation Aggression Scale– Revised (SOAS-R) Aggressive Behavior, 25 1999 : 197–209.

Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama NN 16/2015.

Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, Dembinskas A, Fiorillo A, Karastergiou A, Kiejna A, Kjellin L, Nawka P, Onchev G, Raboch J, Schuetzwohl M, Solomon Z, Torres-González F, Wang D, Kallert T. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry.* 2010 Mar;196(3):179-85. doi: 10.1192/bjp.bp.109.068916..

Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012 ;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864.

Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005.

(http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?130108329)

Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/21. 2017. <http://ap.ohchr.org>

Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, Mulder CL. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2014 Mar 19;9(3):e91882. doi: 10.1371/journal.pone.0091882.

Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 May;21(4):354-64. doi: 10.1111/jpm.12085.

Safewards. The Evidence behind the Safewards Model. 2020. Available online: <http://www.safewards.net/managers/evidence>

Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; 1: CD001163. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>.

Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Dec;28(6):605-612. doi: 10.1017/S2045796019000350. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31284895;

Schneeberger AR, Huber CG, Lang UE. Open Wards in Psychiatric Clinics and Compulsory Psychiatric Admissions. *JAMA Psychiatry*. 2016 Dec 1;73(12):1293. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1738.

Seed T, Fox JR, Berry K. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care : a review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud*. 2016;61:82–94.

Smith GM, Davis RH, Bixler EO et al. Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv* 2005;56:1115–1122.

Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66(3):303–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>.

Sanders K. The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J App Res Intellect Disabil*. 2009;22(2):216–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>.

Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(6):416–27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.

Spencer S, Johnson P, Smith IC. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jul 18;7(7):CD012034. doi: 10.1002/14651858.CD012034.pub2.

Swanson JW, Swartz M, Elbogen EB et al. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2006;163:1943-51.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach . Rockville, MD: SAMHSA; 2014 Available from: <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4884/SMA14-4884.pdf>

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, McCauley BJ, Kim M. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry.* 2006 Nov;163(11):1943-51. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.1943.

Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry* 2015;14:259–261.

Štrkalj Ivezić S, Jukić V, Buzina N, Mihaljević Peleš A, Ostojić D, Bagarić Š, Bektić Hodžić J, Radić K Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja I primjene mjera prisile u području psihijatriju, HLZ Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo 2016.

Štrkalj Ivezić S Informirani pristanak i procjena kapaciteta za odlučivanje U: Britvić D, Štrkalj-Ivezić S (ur) Mentalno zdravlje u zajednici. Medicinski fakultet u Splitu, 2019.

Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381(9878):1634-1641.

Thornicroft G, Henderson C. Joint Decision Making and Reduced Need for Compulsory Psychiatric Admission. *JAMA Psychiatry.* 2016 Jul 1;73(7):647-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0571.

United Nations Human Rights Council. Resolution on mental health and human rights, UN Doc A/HRC/36/ L.25 (2017)

United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. A/HRC/34/32. 2017. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/32/PDF/G1702132.pdf?>

United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32. 2017. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez,

2013 (A/HRC/22/53), Para. 63 [UN Report]. Geneva; United Nations (UN) General Assembly; 2013. Available from: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf,

Wasserman et al Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry*. 2020 Aug 24;63(1):e82. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.79.

World Health Organization. *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training* 2019.

World Health Organization. (2019). *Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training: course guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602>.

World Psychiatric Association (WPA) *Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care Discussion Paper from the WPA Taskforce 2020*

Woods P, Almvik R. The Br̄set violence checklist (BVC) *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (Suppl. 412): 103–105.

Xu, Z., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., . . . R̄usch, N. (2019). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: A 2-year study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 458-465. doi:10.1017/S2045796018000021

Waardt DA , Heijden FM , Rugk̄asa J, Mulder CL *Compulsory treatment in patients' homes in the Netherlands: what do mental health professionals think of this?* *BMC Psychiatry* (2020) 20:80 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02501-7>

Wand T. Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(1):2–7. Epub 6 January 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.616984>.

van der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16:293–9.

Zakon o potvr̄ivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom NN 6/2007

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama NN 76/14

Zinkler M, Nyhuis PW. Open doors in psychiatric hospitals in Germany: models of care and standard procedures. *Recht Psychiatrie*. 2017;35:63–7.



Klinika za psihijatriju Vrapče

Referentni centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode



**HRVATSKI ZAVOD
ZA JAVNO ZDRAVSTVO**



**Hrvatski liječnički zbor
Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju**



Hrvatsko psihijatrijsko društvo

SMJERNICE ZA PROVOĐENJE DEESKALACIJE

Video: Demonstracija metode: <https://youtu.be/nCW11ENNxyI>

Bez hrvatskih titlova: <https://www.youtube.com/watch?v=6B9Kqg6jFeI>

Deeskalacija

Deeskalacija je način komunikacije za smirivanje uznemirenog pacijenta radi pomoći u postizanju samokontrole i uspostavljanja suradnje u liječenju. Deeskalacija je prva linija postupanja u pristupu prema agresivnoj osobi.

Edukacija iz postupka deeskalacije obvezna je za sve zdravstvene radnike prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama Ministarstva zdravstva (Narodne novine, 76/2014).

Vještine za primjenu deeskalacije

Za primjenu deeskalacije nužno je: aktivno slušanje, pokazivanje empatije, samokontrola kroz usklađenost verbalne i neverbalne komunikacije, vođenje dijaloga kako bi se doznali okidači uznemirenosti i utvrdilo što osobu može smiriti te vještine rješavanja problema. Razumijevanje agresivnosti uvijek je sveobuhvatno te uključuje i razumijevanje utjecaja unutarnjih i vanjskih okidača za agresivno ponašanje. Simptomi bolesti jedan su od mogućih okidača, ali nisu jedini.

Deeskalacija je vještina koja se uči primjenom u svakodnevnoj praksi. Deeskalaciju treba primijeniti odmah pri pojavi ranih znakova uznemirenosti kako bi se prevenirala eskalacija agresivnog ponašanja. Za učenje postupka deeskalacije korisna je videodemonstracija.

Deeskalacija je učinkovitija kada se primjenjuje u terapijskoj kulturi oporavka u kojoj osoblje razumije uzroke agresivnog ponašanja kao interakciju osobe i njezine okoline. Reakcije osoblja na agresiju imaju ključnu ulogu u smanjenju ili povećanju rizika za agresivnost. U terapijskoj kulturi koja ima mali rizik za agresivnost i primjenu metoda prisile osoblje je educirano da primjećuje okidače i prepoznaje rane znakove uznemirenosti na koje reagira što prije primjenom postupka deeskalacije i drugim metodama koje umiruju te tako prevenira eskalaciju agresije.

U ustanovama koje imaju mali broj primjena mjera prisile postoji terapijska kultura u kojoj se agresivnost ne pripisuje jedino simptomima bolesti, primjerice psihozi na koju se može utjecati isključivo lijekovima, nego se vjeruje u kulturu razgovora koji će umiriti pacijenta, a mjere prisile će se primjenjivati tek kada su jedina mogućnost da se svlada izravna agresivnost pacijenta. U terapijskoj kulturi koja smanjuje rizik od agresivnosti i primjenu mjera prisile osoblje potrebe pacijenta stavlja na prvo mjesto njegujući kulturu „Reci da i mogu učiniti“ jer je NE jedan od snažnih okidača agresivnog ponašanja, te vodi računa o nizu drugih čimbenika koji mogu povećati rizik za agresivnost i primjenu mjera prisile.

POSTUPAK DEESKALACIJE

Kada pacijent postane uznemiren ili ljut, jedan član osoblja educiran za primjenu deeskalacije mora preuzeti glavnu ulogu u komunikaciji s njim. Prednost kod primjene deeskalacije treba dati osobi koju pacijent poznaje i s kojom ima dobar terapijski odnos otprije. Princip deeskalacije je uvijek isti. Potrebno je smireno prići pacijentu, doznati razloge uznemirenosti, pokazati empatiju za situaciju koja uzrokuje uznemirenost i zajedno s njim pronaći najbolje rješenje uz kontinuirano zadržavanje samokontrole i empatije. Interventni tim za provođenje deeskalacije na razini institucije preporučuje se u većini smjernica za postupanje s agresivnim pacijentom, pa tako i u našem pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama.

Interventni tim za deeskalaciju: odnosi se na tim educiranog osoblja za primjenu deeskalacije koji dolazi na poziv osoblja putem alarmnog sustava. Istraživanja potvrđuju da je manja primjena mjera prisile u ustanovama koje imaju interventni tim. Zadatak ovoga tima je da ponajprije provede deeskalaciju, a kada nije uspješna, pomaže osoblju u sigurnoj primjeni mjera prisile.

Postupak deeskalacije uključuje dva pripremna koraka: 1. samokontrolu i 2. osiguranje sigurnosti, a zatim 3. identifikaciju problema – razloga/okidača uznemirenosti uspostavljanjem dijaloga uz aktivno slušanje, 4. pokazivanje empatije za stanje pacijenta i 5. ponudu rješenja. Deeskalacija se ne može uspješno provesti bez samokontrole i pokazivanja empatije tijekom cijelog postupka.

1. Uspostavljanje samokontrole

Da biste umirili pacijenta i pokazali empatiju, morate biti smireni i sagledati situaciju iz njegova kuta. Uspostavljanje samokontrole znači pripremiti se na smireno ponašanje kontrolom svoje verbalne i neverbalne komunikacije, uvidom u svoje osjećaje tako da se osjećaji poput straha i frustracije drže pod kontrolom, tj. nikada se ne smije dopustiti da oni upravljaju našim postupcima. U prvi plan treba staviti želju da pomognemo uznemirenoj osobi da se umiri. Morate se pripremiti na aktivno slušanje. Stoga prije nego što započnete postupak deeskalacije, prekontrolirajte jeste li smireni, prekontrolirajte svoje držanje i ton glasa, ne smijete pokazivati prijeteći stav i morate se suzdržati od pokazivanja moći. Uspostavljanje samokontrole često nije lako zato što agresivno ponašanje pacijenta često stvara osjećaje frustracije, iritacije, tjeskobe, bespomoćnosti, ljutnje i straha što je normalni odgovor na ponašanje pacijenta. Kako biste profesionalno i umirujuće pristupili pacijentu kojem je potrebna osoba koja će mu pomoći da se smiri zato što sam ne može, prije nego što započnete postupak deeskalacije svoje osjećaje morate staviti pod kontrolu, kao i svoj poriv da djelujete odmah bez dovoljno promišljanja. Samokontrola je vještina koja se postiže vježbom u svakodnevnoj praksi, praćenjem iskusnijih kolega, videomaterijala i supervizijske pomoći. Spoznavanje da je pred vama osoba u nevolji, koja nema kontrolu nad svojim ponašanjem i koja treba vašu pomoć, omogućuje vam da smanjite vlastite negativne osjećaje i

otvorite put empatije koja je ključna u provedbi uspješne deeskalacije uznemirenih i agresivnih osoba.

Za uspostavljanje samokontrole mogu vam pomoći sljedeće smjernice:

Kontrolirajte verbalno i neverbalno ponašanje – budite smireni

Komunikaciju s uznemirenim pacijentom uvijek započnite smireno, što znači da držite pod kontrolom svoje neverbalno (držanje tijela, mimiku lica i kontakt s očima) i verbalno ponašanje (ono što govorimo). Smirenost se prenosi govorom tijela, pokazivanjem opuštenosti, govorite smirenim tonom, nešto sporije, kontrolirajući brzinu i jačinu govora, bez povišenog tona, opustite tijelo, izbjegavajte prekrizene ruke ili stisnute šake. Ne pokazujte prijeteće, agresivno držanje i produljeni kontakt očima. Produljeni kontakt očima pacijent može doživjeti prijetećim, koristite se prirodnim otklonima pogleda, ne otklanjajte često poglede ustranu jer se mogu shvatiti kao strah. Prijeteće ponašanje podržava krug nasilnosti zato što povećava osjećaj poniženosti koji je rizičan za nasilje.

Uvijek imajte otvoren, pozitivan, prijateljski i smiren pristup prema pacijentu, čak kada se ponaša neugodno. To je često teško postići s neugodnim pacijentom, koji primjerice viče i vrijeđa. Empatično razumijevanje pacijentova ponašanja je shvaćanje da on sam ne može uspostaviti kontrolu nad svojim ponašanjem. Smiren pristup omogućuje vam da pacijentu mirno kažete da razumijete njegovo ponašanje i da mu želite pomoći te da zajedno s njim želite pronaći rješenje koje će mu pomoći da se umiri i da se osjeća bolje. Uznemirenost pacijenta često se prenosi na članove osoblja te izaziva uznemirenost i nelagodu koju nije lako izdržati, stoga morate vježbati samokontrolu tako da osjećaji ne blokiraju vaš terapijski potencijal i tako vas spriječe da učinkovito provedete deeskalaciju. Smirenim pristupom šaljete poruku da ste profesionalni i da znate što treba činiti u ovoj situaciji kako biste pomogli pacijentu. U kontroli vlastita ponašanja pomaže razmišljanje o tome da je cilj smiriti osobu i smanjiti mogućnosti ozljede bilo kojega pacijenta, osoblja i drugih.

Postanite svjesni svojih osjećaja

Kako biste uspostavili bolju samokontrolu trebate osvijestiti svoje osjećaje i ne dopustiti da vaši negativni osjećaji utječu na vaše ponašanje prema pacijentu, odnosno da blokiraju vaš terapijski potencijal da pomognete uznemirenom pacijentu te da donesete ishitrenu odluku o primjeni mjera prisile a da uopće niste pokušali primijeniti postupak deeskalacije. Na primjer, ponašanje nekog pacijenta vas uznemiruje i ljuti i umjesto da razgovarate s njim o razlozima njegove ljutnje, odmah dolazite s rješenjem neverbalno i verbalno pokazujući ljutnju te mu kažete da ako se ne smiri, može izabrati lijek u tableti ili u injekciji. Ako niste u stanju uspostaviti samokontrolu u komunikaciji s pacijentom, zamolite nekog od kolega koji može da razgovara s pacijentom zato što se deeskalacija ne može provesti bez samokontrole. Dobra samokontrola znači da nećete dopustiti da se vaša tjeskoba, ljutnja i frustracija prenesu na pacijenta i dovedu do neprimjerene reakcije na štetu pacijenta, vas i drugih osoba.

Najbolji rezultati deeskalacije postižu se sagledavanjem razloga agresivnog ponašanja, kada poznajete osjećaje i stavove pacijenta i njegovo gledište, kada možete pokazati empatiju prema njegovim osjećajima, ponašanju i njegovoj percepciji situacije. Kada ste sigurni u vlastite sposobnosti, kada se osjećate sigurno jer znate da imate kolege koje vam pružaju podršku i kada uspješno kontrolirate svoje emocije tako da vas one ne blokiraju u razumijevanju pacijenta, dobro procijenite situaciju u kojoj se nalazite i primijenite kompetentno, korak po korak, postupak deeskalacije. U situaciji kada se ne osjećate sigurno ili ne možete vladati svojim emocijama i uspostaviti samokontrolu, pozovite pomoć ili dopustite nekome od osoblja da preuzme razgovor s uznemirenim pacijentom. Uvijek kada osjetite prijetnju svojoj sigurnosti ili sigurnosti drugih osoba pozovite pomoć.

Suzdržite se od pokazivanja moći i budite fleksibilni

Pokazivanje moći može dovesti do agresivnosti uznemirene osobe. Stoga ne zapovijedajte nego smireno tražite suradnju. Nemojte prisiljavati uznemirenu osobu da učini ono što ne želi, npr. da se presvuče, da joj se izvadi krv ako to nije zaista nužno. Kada je nužno, objasnite joj zašto je to potrebno i koje su posljedice ako to ne učini. Budite fleksibilni u odnosu na pravila i nemojte prisiljavati uznemirenu osobu da se pod svaku cijenu pridržava pravila.

Fokusirajte se na rješenje problema uznemirenosti/agresivnosti

U samokontroli ponašanja pomaže da se fokusirate na rješenje situacije uznemirenosti/agresivnosti i na vašu želju da pomognete osobi da se smiri, a ne na vlastite osjećaje. Izbjegavajte verbalnu konfrontaciju i uvjerite osobu da joj želite pomoći, ponavljajte to onoliko puta koliko je prikladno. Nikada ne uzimajte ponašanje pacijenta osobno, ne kritizirajte pacijenta, ne odgovarajte na njegovo neugodno ponašanje jer ono nije osobno.

2. Osigurajte sigurnu okolinu i poštujujte fizičku razdaljinu

Osiguravanje sigurnosti osobe koja provodi deeskalaciju, sigurnosti drugih prisutnih osoba, članova osoblja i pacijenata spremni je korak za postupak deeskalacije. Osoba koja provodi deeskalaciju mora se osjećati sigurno. Za postupak deeskalacije potrebno je osigurati mirni prostor s redukcijom senzoričkih podražaja gdje nema buke i gužve, potrebno je izbjeći pretrpane čekaonice. Razgovor treba voditi u prostoriji koju osoba koja primjenjuje deeskalaciju može napustiti. Sigurnost se može osigurati prisutnošću drugih članova osoblja, no tada treba voditi računa da samo jedan član osoblja razgovara s pacijentom. Osigurajte da imate put izlaska ako situacija izmakne kontroli. Ne dopustite uznemirenom pacijentu da se postavi između vas i vrata i ne okrećite mu leđa. Budite svjesni svojih granica i pozovite pomoć alarmom ili drugim dogovorenim načinom kada god smatrate da je potrebno. Osigurajte sigurnost drugih prisutnih osoba tako da ih udaljite iz područja u kojem se odvija deeskalacija ili premjestite dotičnog pacijenta u mirno područje. Time se postiže da nema suvišnih osoba te se prevenira da drugi pacijenti ne budu izloženi ili napadnuti. Uvijek vjerujte svojem instinktu u kontaktu s uznemirenim pacijentom. Vaša procjena postojanja ozbiljnog rizika može biti predimenzionirana, ali u najmanju ruku upućuje na vaše nedovoljne

vještine za zbrinjavanje agresivnog pacijenta i to trebate poštovati. Tražite pomoć od iskusnijih kolega kojima ćete prepustiti provođenje postupka, tražiti dodatno osoblje je razumno traženje podrške u situaciji za koju procjenjujete da je sami ne možete riješiti.

Poštujte fizičku udaljenost od pacijenta kako ga ne biste nepotrebno uznemirili

Vodite računa da je fizička udaljenost među ljudima povezana s doživljajem osobnog prostora osobe. Uznemirena osoba većom fizičkom udaljenosti od ljudi osigurava svoju sigurnost. Stoga se uznemirenoj osobi približavajte mirno i oprezno, smirenih pokreta, zadržite siguran razmak, pazite da joj previše ne uđete u osobni prostor. Držite fizički razmak dužine dvije ruke. Kod izrazito paranoidnih pacijenata preporučuje se veća udaljenost. Nemojte pokušavati uspostaviti fizički kontakt s agresivnim pacijentom. Cijelo vrijeme postupka deeskalacije mislite na prikladnu udaljenost kako ne biste dodatno uznemirili osobu.

Postavite granice smireno bez prijetnji i prijetjećeg stava pokazujući brigu i empatiju

Postavljanjem granica pacijenta upućujete u to što znači nedopustivo ponašanje koje se mora zaustaviti, kao što je npr. ozljeđivanje sebe ili drugih ljudi. Imajte kontrolu nad svojim verbalnim i neverbalnim postupcima koji trebaju prenositi odlučnost u uspostavljanju granica na smiren način, nikada prijeteci. Kada pacijent pokazuje agresivno neprihvatljivo ponašanje, jasno i iskreno mu objasnite kakvo ponašanje je prihvatljivo i koje su posljedice određenog ponašanja. Empatično recite da razumijete da je ljut, no da postoji način da se situacija riješi bez agresivnosti, da se o tome razgovara i zajedno pronadu moguća rješenja. U određenim situacijama potrebno je otvoreno objasniti pravne posljedice ponašanja, ali ne prijeteci. Nikada ne prijetite pacijentu. Pri postavljanju granica ponašanja koristite se jednostavnim rečenicama koje, kad god je prikladno, ponavljajte, iznoseći opcije ili mogućnosti. Nemojte obećavati nešto što se ne može ispuniti. Učinkovito postavljanje granica uključuje jasnu identifikaciju ponašanja koje se mora promijeniti. Granice se najbolje postavljaju ako se pacijentu objasni koje se ponašanje smatra neprihvatljivim, zašto je neprihvatljivo i kada se ponudi nekoliko mogućnosti izbora. Svaki put kada bolesnik ima izbor on će početi misliti, a predah u kojem mora misliti smanjit će ljutnju. Ako se nudi samo jedna mogućnost, veća je šansa da odbije. Postavljanje granica uključuje i informiranje o posljedicama, ali to mora biti izrečeno tako da nije prijetnja nego logična posljedica zaustavljanja ponašanja koje proizvodi štetu pacijentu ili drugima. Postavite granice mirno, jasno, ali ne prijeteci i nadmoćno. Budite odlučni u zahtjevima za promjenom ponašanja (mora biti jasno da se agresivno ponašanje ne može tolerirati), ali uvijek suosjećajni za stanje pacijenta. Kako vaši zahtjevi ne bi djelovali prijeteci, recite mu da razumijete njegove osjećaje, ali da ne možete dopustiti da ozlijedi sebe ili druge jer se brinete za njega i za druge ljude.

3. Identificirajte razloge uznemirenosti, objasnite problem uznemirenoj osobi i utvrdite što osobu umiruje

Identificiranje razloga uznemirenosti/okidača dijalogom po principima aktivnog slušanja uz pokazivanje empatije i nuđenje pomoći sljedeći je korak u postupku deeskalacije. Mirno se predstavite osobi: tko ste (pokažite smirenost govorom tijela i nemojte dizati glas) i što vam je

cilj (kako biste doznali što osobu uznemiruje i kako možete pomoći da osigurate sigurnost osobe i drugih osoba). Osobu oslovljavajte prezimenom, imenom jedino ako je poznajete pa ste je ranije oslovljavali imenom. Kada osoba eskalira prema kriznom stanju (stanju uznemirenosti s ranim ili već razvijenim znakovima agresivnog ponašanja), njezina sposobnost da čuje i procesuirá informacije je reducirana, percepcija okoline je sužena. Stoga s ovom osobom komunikacija mora biti vrlo jasna, usklađenih verbalnih i neverbalnih poruka. Izražavajte se jasno i nedvosmisleno, kratkim jednostavnim rečenicama izrečenim blagim tonom i uvjerljivo. Uznemirena osoba ima poteškoće u pažnji pa vas teško može slijediti ako govorite preopširno i nejasno. Obavezno riješite sve nejasnoće u komunikaciji. Uspostavite dijalog, saznajte zbog čega je pacijent ljut ili uznemiren. Da biste to učinili, postavljajte otvorena pitanja poput: Možete li mi reći što vas uznemiruje? Što se dogodilo? Nikada ga nemojte pitati zašto se tako ponaša jer bi to moglo zvučati optužujuće i povećati uznemirenost. Nemojte zapovijedati, kritizirati ili optuživati osobu za njezino ponašanje. Pazite na izbor riječi kako ne biste povećali uznemirenost. Pretjerana uporaba riječi „zašto“ stvara u pacijentu osjećaj da se mora opravdavati jer je u krivu. Isto vrijedi i za prekomjernu uporabu riječi „ne“ i „nemojte“. Izbjegnite raspravu. Ako se služite humorom, budite vrlo oprezni kako ga pacijent ne bi krivo razumio, nikada se ne šalite na račun pacijenta i uvijek pazite da sačuvate njegovo samopoštovanje. Ohrabrite osobu da iznese svoje viđenje situacije i problema, svoje razloge uznemirenosti, ohrabrite ga da govori o svojim osjećajima i očekivanjima. U razgovoru identificirajte vodeće osjećaje kao što su ljutnja, frustracija, strah, bespomoćnost i slično. Pokažite empatiju za osjećaje i percepciju situacije osobe. Pokazivanje autentične empatije je učinkovita terapijska intervencija jer uspostava odnosa kroz osjećaj da je netko razumio pacijentove potrebe i želje stvara osnovu za terapijsku suradnju koja bi mogla potaknuti promjenu ponašanja.

Vodeći računa o osiguranju sigurnosti kada god je moguće, zamolite osobu da sjedne i da vam ispriča što je razlog njezine uznemirenosti – što izaziva ljutnju ili nezadovoljstvo. Međutim, ako bolesnik stoji, tada i vi trebate stajati, ako hoda uznemireno gore-dolje, možete hodati za njim, ali sporije. Ponudite vodu ili hranu ako je prikladno. Ako osoba viče, ne govorite, kada dobijete priliku da kažete, govorite smirenim tonom. Napravite pauzu kako biste dali vremena osobi da promisli. Nemojte raspravljati, konfrontirati ili kritizirati, slušajte, koristite se reflektirajućim pitanjima. Da biste identificirali razlog uznemirenosti/agresivnog ponašanja morate se koristiti principima aktivnog slušanja, pažljivo slušajte što vam pacijent govori, postavljajte kratka pitanja da biste bolje razumjeli, ponovite što je rekao svojim riječima i provjerite s pacijentom jeste li ga dobro razumjeli. Koristite se otvorenim pitanjima koja omogućuju da uznemirena osoba odgovori te iznese osjećaje. Uvijek reflektirajte ono što osoba kaže i iznesite svoje razumijevanje situacije, što ste shvatili da vam osoba želi poručiti i utvrdite jeste li dobro razumjeli što je problem koji izaziva uznemirenost. Obavezno provjerite razumijete li razloge uznemirenosti i/ili agresivnog ponašanja pacijenta koristeći se reflektirajućim pitanjima i sažimanjem kako biste se mogli složiti oko definiranja problema, odnosno razumjeti što uznemiruje pacijenta, kao i oko toga što bi mu pomoglo da se smiri. Kada govorite pacijentu, morate biti sigurni da vas sluša. Stoga trebate procijeniti može li pratiti što mu govorite. Primjerice, ako je akutno psihotičan ili intoksiciran, njegova mogućnost da vas čuje može biti značajno reducirana. Mekim glasom i kratkim rečenicama provjeriti sluša li vas.

Slušajte pacijenta, ali izbjegavajte odgovore na pitanja koja su izvan vaše nadležnosti. Dopustite osobi da izrazi nezadovoljstvo. Objasnite ono što mislite, razjasnite zablude, prihvatite opravdane pritužbe, nemojte reagirati na uvredljive izjave, ispričajte se kada je prikladno, ako ste ga primjerice uznemirili. U ovom koraku važno je da ga ohrabrite da izrazi svoje osjećaje, nezadovoljstvo i viđenje situacije kako biste mogli procijeniti što je dovelo do uznemirenosti ili agresivnog ponašanja, to jest što su bili okidači. Prihvatite da pacijent ima pravo izraziti ljutnju i da izražavanje ljutnje prema vama ne znači da vi ne radite dobro, izbjegavajte obrambeni stav, pretjerano emocionalno reagiranje, i ne uzimajte stvari osobno. Dopustite pacijentu da detaljno izloži svoje prigovore ili potrebe. Nemojte vrijednosno određivati izneseno nego pokušajte shvatiti što je pacijent točno mislio reći, provjerite s njim jeste li dobro razumjeli. Čak i ako ste izvrgnuti vrijeđanju, ne upuštajte se u konfrontaciju i raspravu nego dopustite pacijentu nastavak iznošenja i vrijeme za razmišljanje. Važno je stvoriti osjećaj smislenoga uzajamnog kontakta. Potrebno je složiti se ili se složiti da se ne slažemo. Nemojte negirati pacijentovo iskustvo, no, istovremeno, nemojte se složiti s patološkim idejama nego se složite da se ne slažete. Izbjegavate raspravu o patološkim idejama, dokazivanje i podržite kooperativno ponašanje. Najvažnije je u postupku deeskalacije da imate vremena i strpljenja da saslušate pacijenta i da mu date vremena za promišljanje. Sve dok pacijent govori ili razmišlja i ne poduzima agresivne radnje, vi ste uspješni. Nastojte, koliko god je to moguće, primijeniti principe informiranog pristanka kako biste povećali suradnju pacijenta. Morate imati vremena za deeskalaciju i ne pokazivati nestrpljivost. Deeskalacija je sada najvažniji zadatak. Ostale obaveze moraju preuzeti drugi.

4. Pokažite empatiju

Empatija je vještina promatranja situacije i razumijevanja osjećaja i ponašanja iz gledišta osobe s kojom smo u komunikaciji i prenošenje poruke razumijevanja bez osude i kritike tako da druga osoba doživljava da je se razumije. Empatija se ne može pokazati autentičnom ako prethodno niste čuli kako se osoba osjeća i njezinu percepciju situacije. Primjer empatične izjave uključuje: Razumijem da osjećate: bijes, strah, bespomoćnost..., razumijem da se tako osjećate u situaciji koju ste opisali (izgubili ste posao, blisku osobu, doživjeli poniženje, upućeni ste u psihijatrijsku bolnicu bez svojeg pristanka, doživljavate da su vas nepravedno uputili i slično, mi smo tu da vam pomognemo). Kada je autentično i prikladno, pokazivanje empatije i reflektiranje pacijentovih osjećaja može biti učinkovito za stvaranje suradnje. Emocionalno uznemireni bolesnik treba aktivni odgovor osoblja. Pogled očima i držanje mora odavati brigu i zainteresiranost za stanje bolesnika. To smanjuje potencijal za agresivno ponašanje. Korištenje tehnike aktivnog slušanja tako da se parafraziraju izdvojeni dijelovi onoga što bolesnik govori pomoći će da shvati da osoblje razumije kako se osjeća i da je zainteresirano da mu pomogne. Na primjer, možete reći da razumijete njegovu uznemirenost zbog toga što mu drugi pacijenti uzimaju stvari, ali da vidite rješenje u tome da se stvari sprema u zaključani ormar, pohrane u skladište i slično. Suradnja i postizanje zadovoljavajućeg rješenja bolje se postiže kada prema pacijentu pokazujemo poštovanje i empatiju. Empatiju i poštovanje treba pokazati izravno pacijentu na verbalan i neverbalan način. Pokažite interes, brigu i razumijevanje za situaciju u kojoj se pacijent nalazi, učinite to autentično i iskreno. Morate aktivno slušati kako biste otkrili pacijentov problem koji dovodi do ponašanja koje zahtijeva deeskalaciju. Pokažite empatiju i poštovanje načinom na koji mu

se obraćate, tonom vašega glasa, strpljivošću i uzimanjem potrebnog vremena da shvatite gledište pacijenta a da ga ne požurujete ili da govorite o njemu kao da nije prisutan, da mu ne kažete što bi trebao osjećati, bez podcjenjivanja njegovih osjećaja. Pokažite svoj interes za njega razumijevanjem njegovih osjećaja, držanjem tijela, izrazom lica, izbjegavajte davati savjete, zapovijedati, tražiti poslušnost, ismijavati ga ili ga tretirati kao dijete. Da biste bili uspješni u provođenju deeskalacije, morate donijeti odluku o tome da ćete aktivno slušati i nastojati vidjeti stvari s pacijentova stajališta te mu prenijeti empatijsku poruku da razumijete da se u situaciji u kojoj jest osjeća ljuto, bespomoćno, frustrirano, manje vrijedno, da doživljava nepravdu i slično i da ste vi tu da mu pomognete da zajedno pronađete rješenje kako bi se on osjećao bolje.

Smjernice za postizanje empatije

- ✓ Slušajte pažljivo što vam pacijent govori.
- ✓ Pitajte ga za njegove osjećaje i njegovo viđenje situacije u kojoj se našao.
- ✓ Pokušajte se staviti u njegovu situaciju, kako biste se vi osjećali da ste na njegovu mjestu.
- ✓ Iskažite empatiju verbalno tako da reflektirate ono što je pacijent rekao, recite ja razumijem da se osjećate (ljuto, nezadovoljno, frustrirano, bijesno, bespomoćno, tužno, u strahu, uznemireno i slično) u situaciji koju ste opisali (doveli su vas u bolnicu protiv vaše volje, prema vama nisu postupali fer, izgubili ste dragu osobu i slično), moja namjera je da vam pomognem da se osjećate bolje, da pronađete rješenje za situaciju...

5. Ponudite rješenje

Kada ste identificirali uzroke uznemirenosti i složili se o njima s pacijentom, pokazali empatiju i nakon što ste opservirali znakove smirenja, prijedite na sljedeći korak i ponudite rješenje. Pronalaženje rješenja odnosi se na način kojim ćete riješiti uznemirenost ili agresivnost čije ste uzroke utvrdili kao i načine koji bi mogli pomoći osobi da se smiri. Rješenje uključuje traženje kompromisa, ponudu izbora koji se mogu dati u sklopu okolnosti. Uvijek uključite osobu u pronalaženje rješenja dajući joj mogućnost izbora. Uz lijek postoje i druge mogućnosti koje mogu pomoći ljudima da se umire, kao što je primjerice boravak u mirnoj (*time-out*) sobi, slušanje glazbe, razgovor s obitelji, fizička ili neka druga aktivnost. Kod stanja izrazite uznemirenosti i agresivnosti često je potrebno ponuditi lijek. Pokušajte postići mogući kompromis s pacijentom na način koji će ga zadovoljiti, a koji uključuje mogućnost izbora jer mu se tako nudi časn timer i čuva samopoštovanje. Možete sugerirati više rješenja koja stoje na raspolaganju nudeći ih smireno i ljubazno. Drugim riječima, budite fleksibilni, prijateljskog stava, ne tražite poštivanje pravila na kruti način, autoritarno, a tamo gdje ne možete biti fleksibilni, iskreno objasnite razloge bilo kojeg pravila. Složite se da pravila mogu biti pogrešna i ponudite pacijentu načine kako može prigovoriti protiv pravila. Objasnite moguća rješenja, njihove prednosti i posljedice. Objasnite pacijentu ono što mu predlažete i tražite njegov pristanak, primjerice potaknite osobu da prihvati lijek dobrovoljno.

Na primjer, možete reći da izgleda da su stvari izmakle kontroli, pa bi lijekovi mogli pomoći da se umiri i osjeća bolje.

Rješenja iznosite jednostavnim rečenicama. Čak i kada se ne radi o stvarnom izboru, treba ponuditi druge mogućnosti. Na primjer, ako pacijent treba uzeti lijek, treba mu ponuditi izbor dva lijeka slična djelovanja ili načina aplikacije. Pacijenta nikada ne obmanjujemo, nego mu nudimo moguća rješenja u aktualnoj situaciji tako da ima doživljaj da može izabrati u odnosu na više ponuđenih mogućnosti. Rješenje uvijek nudimo s nadom i optimizmom da će doći do poboljšanja stanja. Treba odabrati pravo vrijeme kada ponuditi rješenje, a to je kada prateći verbalno i neverbalno ponašanje utvrdite da se pacijent smiruje i da vas može saslušati. Pacijentu uvijek prenosite poruku da postoje alternative agresivnom ponašanju.

Daljnje postupanje nakon primjene deeskalacije – prevencija ponovne epizode agresivnog ponašanja

Nakon što ste umirili osobu, morate procijeniti postojanje rizika za ponovnu uznemirenost i planirati postupke liječenja psiho-bio-socijalnim pristupom. Ako i dalje postoji rizik za agresiju, predvidjet ćete opservaciju u skladu sa situacijom. Odmah ćete sastaviti kratkotrajni individualni plan prevencije, a dugotrajni plan prevencije ponovne epizode agresivnog ponašanja sastaviti ćete s pacijentom kada bude u stabilnom smirenom stanju. U stabilnom stanju objasnite osobi da se od ove epizode agresivnog ponašanja može puno naučiti za prevenciju agresivnog ponašanja. Plan prevencije ponovne epizode agresivnog ponašanja je dogovor između psihijatra i pacijenta o prevenciji mogućih incidentnih situacija u budućnosti, a uključuje sagledavanje svih okolnosti koje su dovele do epizode agresivnog ponašanja (okidača), prepoznavanje ranih znakova uznemirenosti te treninga vještina za povećanje kompetencije za postupanje s ljutnjom, kao i povećanje otpornosti na stres. Najbolje je da se na jednom komadu papira napišu rani znaci agresivnosti, okidači i mjere koje treba poduzeti da ne dođe do eskalacije agresije. Plan prevencije uključuje samopomoć, metode koje pacijent može sam primijeniti i traženje profesionalne pomoći na vrijeme kako bi se što ranije započelo liječenje.

Prevencija agresivnog ponašanja naknadnom analizom krizne situacije u službama za mentalno zdravlje

Nakon agresivnog ponašanja u fazi smirenosti i kada su primijenjene mjere prisile, potrebno je o tome razgovarati s pacijentom i dati mu mogućnost iznošenja njegova viđenja situacije. Ako su primijenjene mjere prisile, potrebno je pacijentu objasniti razloge intervencije. Naknadnu analizu koja uključuje sveobuhvatno razumijevanje agresivnog ponašanja, procjenu adekvatnosti metoda deeskalacije ili primjene mjera prisile potrebno je provesti i s osobljem koje je sudjelovalo u incidentu i primjeni mjera prisile. Analiza služi za emocionalno rasterećenje i povećavanje kapaciteta za provođenje metoda deeskalacije, bolju procjenu rizika, prepoznavanje okidača i ranih znakova uznemirenosti. U analizi provedenog postupka deeskalacije preporučuje se korištenje smjernica s postera „Smjernice za deeskalaciju“ (poster u prilogu). Cilj je i naučiti iz iskustva te ga koristiti za poboljšanje prevencije mjera prisile i smanjenje rizika za agresivno ponašanje.

Preporuke za uspješnu deeskalaciju

- ✓ Vještina deeskalacije je u načinu komunikacije koji smiruje. Stoga pridite pacijentu smireno i nikada mu ne recite smirite se, nego ga empatično pitajte što ga uznemiruje i kako mu možete pomoći.
- ✓ Recite osobi da želite pomoći i da nećete učiniti ništa što bi joj moglo štetiti.
- ✓ Pokušajte razumjeti uzroke uznemirenosti, što osoba treba i što želi, pitajte je kako joj možete pomoći.
- ✓ Potaknite svoju empatiju kroz saznanje da osoba koja pokazuje agresivno ponašanje najčešće je preplašena, osjeća se ugroženom, poniženom, bespomoćnom, osjeća da je nepravedno tretiraju, osjeća se ljutito i frustrirano.
- ✓ Morate znati da osobe koje agresivno reagiraju imaju smanjenu sposobnost upravljanja osjećajima i ponašanjem u situacijama koje im izazivaju stres. Stoga im osoblje treba pomoći u ponovnom uspostavljanju kontrole ponašanja.
- ✓ Poštujte osobni prostor osobe.
- ✓ Izbjegavajte male prostorije za eskalaciju ili kutove kako se uznemirena osoba ne bi osjećala kao u zamci.
- ✓ Nemojte se koristiti riječima koje bi mogle biti provokativne ili ponižavajuće, cijelo vrijeme budite ljubazni i pažljivi.
- ✓ Ovisno o tome poznajete li osobu, koristite se prikladnim načinom oslovljavanja.
- ✓ Imajte na umu da se osobu u situacijama kada je frustrirana ili u strahu može smiriti jedino ako joj se dopusti da iznese svoju ljutnju i ako je se sluša s empatijom.
- ✓ Empatičnom izjavom pokažite da razumijete kako se osoba osjeća u situaciji koju je opisala. Empatija je često ključna za smirivanje osobe.
- ✓ Pomozite osobi da zadrži orijentaciju podsjećajući je tko ste, gdje se nalazi i zbog čega vi sada s njom razgovarate.
- ✓ Nikada ne obmanjujte pacijenta netočnim informacijama.
- ✓ Otkrijte što je bio okidač uznemirenosti i agresivnog ponašanja i što osobu smiruje. Na primjer, to može biti banalna situacija, osoba nema cigareta, netko joj je otuđio neki njezin predmet, želi telefonirati ili to mogu biti glasovi u njezinoj glavi, buka na odjelu, bilo što jer okidači se razlikuju od osobe do osobe.
- ✓ Odbijanje zahtjeva pacijenta bez pažljivog obrazloženja jedan je od čestih okidača agresivnosti. Stoga treba promisliti je li moguće reći **da** prije nego što se kaže **ne**.
- ✓ Izražavajte se jasno i nedvosmisleno.
- ✓ Provjerite sluša li vas osoba.
- ✓ Provjerite razumijete li točno razloge uznemirenosti osobe i što bi moglo pomoći da se smiri.
- ✓ Pokažite strpljenje, ne požurujte osobu. Dajte joj vremena da razmisli o onome što govorite i da odgovori.
- ✓ Pokažite razumijevanje i brigu. To može značajno pridonijeti smanjenju agresivnosti.
- ✓ Budite ljubazni. Ne uzvraćajte neljubazno bez obzira na to kako se osoba ponaša. Nemojte to uzimati osobno zato što njezino ponašanje proizlazi iz njezine nemogućnosti da kontrolira svoje ponašanje i za to treba vašu pomoć.

- ✓ Postavite granice dozvoljenog ponašanja smireno bez prijetnji i prijetećeg stava, pokazujući brigu i empatiju.
- ✓ Pitajte osobu o tome što bi smatrala korisnim i pokušajte ponuditi neke mogućnosti i izbore.
- ✓ Ne odbacujte ono što osoba govori samo zato što se ne slažete. Složite se da se ne slažete, ali pokušajte pronaći područja oko kojih se možete složiti.
- ✓ Ako se ne možete dogovoriti ni oko čega, onda se složite da se ne slažete.
- ✓ Promatrajte znakove ljutnje i uznemirenosti i znakove smirenja i tome prilagodite ponašanje.
- ✓ Nemojte preskakati korake u deeskalaciji. Zato što niste utvrdili što uznemiruje osobu i pokazali empatiju, može se dogoditi da predložite rješenja neadekvatna situaciji ili koja pacijent neće prihvatiti.

Primjeri iz psihijatrijske prakse

Primjer 1

Pacijent je primljen na akutni psihijatrijski odjel u stanju akutne psihoze. Vrlo brzo po prijemu počeo je lupati po vratima te odgurnuo medicinskog tehničara koji ga je pokušao odmaknuti s vrata. Odmah su primijenjene mjere prisile. Pacijent je vezan magnetskim remenima. Pozvan je psihijatar da utvrdi postoje li razlozi za primjenu mjera prisile. Psihijatar se predstavio pacijentu. Rekao mu je da je on liječnik koji mu je došao pomoći i smiriti mu uznemirenost koju osjeća te ga je potaknuo da iznese razlog svoje uznemirenosti. Pacijent je rekao da mora odmah ići kući kako bi spriječio da banda pogubi njegova oca, što predstavlja dio psihopatologije akutne psihoze. Psihijatar je odgovorio pacijentu da razumije zašto je uznemiren jer je to normalno kada čovjek ima takve strahove, no da se, nasreću, nije dogodilo ništa loše. Rekao mu je da se njegov otac javio prije pola sata telefonom i da mu je poručio da se ne brine, da je sve u redu i da je sada najvažnije da bude u bolnici i liječi se. Prati se njegova neverbalna reakcija i odmah se primjećuje smirenje. Pacijentu je objašnjeno da bi bilo dobro da uzme lijek koji će mu pomoći da se smiri i da bolje spava, s čime se složio. Procijenjeno je da pacijent ne predstavlja opasnost za druge osobe te je dogovoreno da ga se oslobodi od fiksacijskog remenja. Određena mu je opservacija praćenja rizika, osobito ranih znakova uznemirenosti kako bi se u slučaju potrebe rano interveniralo primjenom deeskalacije.

Ovaj primjer pokazuje da bez obzira na dijagnozu, pacijenta uvijek treba pitati što je razlog njegove uznemirenosti i umiriti ga na prikladan način. Nećemo pacijenta uvjeravati da to što govori nije istina, potvrdit ćemo mu da njegova vjerovanja jesu razlog za uznemirenost i pronaći rješenje adekvatno situaciji.

Primjer 2.

Ivan je primljen na psihijatrijski odjel. Želi nazvati svoju sestru. Da bi to učinio, medicinska sestra mu mora dati njegov mobitel. Ona kaže da je zauzeta i da će mu dati mobitel za

nekoliko minuta. No Ivan je čekao sat vremena. Bio je sve uznemireniji i ljutito je kucao na vrata ambulante. Sestra ga je zamolila da se „smiri“ što je povećalo njegovu frustraciju. Sestra dalje reagira: „Ako tako nastavite, neću vam dopustiti da telefonirate.“ Ivan sve uznemirenije korača gore-dolje po hodniku, udara vratima i vrijeđa osoblje koje prolazi pokraj njega. Osoblje primjenjuje mjere prisile, fizički i farmakološki sputava Ivana. Osoblje smatra da je to nužno za njegovu i tuđu sigurnost (preuzeto iz projekta WHO QualityRight 2019).

U ovom primjeru primjena mjere prisile mogla se izbjeći da je prepoznat okidač agresivnog ponašanja – nemogućnost da nazove sestru – i da su prepoznati rani znakovi uznemirenosti. Primjena mjere prisile u ovom slučaju nije u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama jer nije primijenjena deeskalacija kao prvi korak postupanja s agresivnim pacijentom nego je odmah primijenjena mjera prisile.

Primjer 3.

U prijemnu psihijatrijsku ambulantu u pratnji triju policajaca dolazi pacijent u lisicama, vidno uznemiren, više, svađa se s policajcima. Policajci navode da su intervenirali na Glavnom kolodvoru jer je pacijent vikao i uznemiravao prolaznike. Dežurni psihijatar predstavio se pacijentu i rekao mu da se nalazi u psihijatrijskoj ambulanti. Zamolio ga je da mu ispriča što se dogodilo. Pacijent je ispričao da su ga policajci silom doveli, da su ga udarali i da to nije u redu. Psihijatar se složio s pacijentom da nije u redu ako se odvalo tako te da može napisati prigovor. Rekao mu je da razumije da je ljut i da se osjeća bespomoćno u situaciji koju doživljava i za koju misli da je nepravedna. Rekao je da mu kao liječnik želi pomoći da se smiri. Psihijatar je pratio neverbalno ponašanje pacijenta i kada je vidio da se smiruje, predložio je da razgovor nastave u psihijatrijskoj ambulanti, a ne na hodniku, i da se skinu lisice. Pacijent je smireno ušao u ambulantu. Ispričao je da je previše popio. Složio se da će ostanu u bolnici do sutra kako bi se pratilo njegovo stanje. Psihijatar ga je pitao što mu inače pomaže da se smiri kada je uznemiren. Pacijent je rekao da će slušati glazbu sa svojeg mobitela jer mu to uvijek pomaže da se smiri. Pacijent je smireno otišao na odjel. Nisu ordinirani lijekovi. Određena je opservacija promatranja rizika.

Prilozi

Videodemonstracija deeskalacije : <https://youtu.be/nCWI1ENNxyl?t=14>

Poster *Koraci u deeskalaciji* dobar je podsjetnik za pravilnu primjenu deeskalacije kao i za naknadnu analizu provedene deeskalacije.

Literatura

World Health Organization. (2019). Strategies to end seclusion and restraint:

WHO QualityRights Specialized training

NICE Violence and aggression short -term management in mental health,health and community settings 2015 NICE guideline www.nice.org.uk/guidance/ng10

UPUTE ZA POSTUPANJE ZA DEESKALACIJU

<http://www.safewards.net/interventions/talk-down>

USPOSTAVITE SAMOKONTROLU I OSTANITE PRIBRANI

- Ponašajte se smireno i samouvjereno. Ne pokazujte strah, podložnost ili pokornost.
- Ruke neka su vam spuštene uz tijelo, a dlanovi otvoreni.
- Opustite lice, nemojte se mrštiti ili nabirati usne.
- Ne oklijevajte i ne budite nesigurni u govoru, koristite tihu afirmaciju.
- Duboko dišite i usredotočite se na situaciju.
- Opustite tijelo, bez ruku na kukovima ili u džepovima, ne mašite i ne pokazujte prstom.
- Pokreti neka vam budu spori i meki.

- Ne osuđujte, ne kritizirajte, ne pokazujte razdraženost, frustriranost ili ljutnju, nemojte uzvraćati. Nemojte prijetiti. Ništa nije osobno i ne radi se o vama.
- Nemojte se prepirati i govoriti im da su oni u krivu, a vi pravu.
- Nemojte se braniti ni opravdavati.
- Nemojte reagirati na ponižavanje i vrijeđanje upućeno vama, ignorirajte ih ili se djelomično složite s njima.
- Unaprijed pripremite odgovore na uobičajene uvrede.
- Dopustite pacijentima da sačuvaju obraz na način da imaju posljednju riječ sve dok slijede vaše upute.

RAZGRANIČI

- Odvojite se od ostalih/ publike/ljudi koji su u opasnosti.
- Premjestite se na tiho mjesto, zamolite da stanete uz stranu.
- Ponudite pacijentu da sjedne.
- Osigurajte pomoć/ podršku/pojačanje.
- Zadržite razmak.

RAZJASNI

- Pitajte što se događa, upotrebljavajte otvorena pitanja.
- Razjasnite zabune.
- Pacijenta zovite imenom i prezimenom.
- Informirajte pacijenta gdje se nalazi, koje je doba dana.
- Govorite jasno, recite tko ste, podsjetite na postojeći odnos, ponudite pomoć.
- Pričekajte da pacijent završi što želi reći.
- Parafrazirajte, provjerite jeste li razumjeli što je rekao.

RUEŠI

- Zatražite/zamolite ljubazno, ne zapovijedajte i ne budite autoritativni.
- Navedite razloge, objasnite pravila, rezoniranje koje stoji iza njih, budite iskreni, priznajte da je moguće da je došlo do pogreške (ili se čak složite s tvrdnjom da nije pravedno).
- Dajte pacijentu priliku da se sam smiri.
- Apelirajte na osobnoj razini, podsjetite ih na ranije dogovore.
- Prihvatite pritužbu, ispričajte se, promijenite nešto.
- Ukratko navedite posljedice raznih postupaka.
- Ponudite opcije i alternative, pacijentu ostavite moć odluke.
- Budite fleksibilni, pregovarajte, izbjegnite nadmetanja u moći, nagodite se.
- Nemojte davati lažna obećanja.
- Pitajte postoji li još nešto što možete učiniti ili reći što bi ga navelo na suradnju, završilo pozitivno.

- Pokažite zanimanje, brigu i izraz lica koji su u skladu s riječima.
- Ton glasa neka pokazuje vašu brigu i zainteresiranost. Budite autentični.
- Slušajte, čujte, uvažite osjećaje i potrebe, budite suosjećajni i iskreni.
- Uzmite vremena i saslušajte pacijenta, budite strpljivi i ne požurujte ih.
- Ne nadivključite se s njim – pričekaite da uzmu dah.
- Uspostavite kontakt očima (vođeci računa da to ne bude konfrontacijski).
- Nadajte se i svoja razmišljanja kako biste mogli razumjeti pacijentovo stajalište.

- Ne govorite pacijentu kako bi se trebao ili ne bi trebao osjećati.
- Nemojte odbacivati, banalizirati i podcijenivati njegovo izražavanje emocija.
- Bez savjeta i naredbi, bez „Da sam na vašem mjestu, ja bih...“.
- Ne rugajte se pacijentu i ne ponašajte se prema njemu kao prema djetetu.
- Ne smijte se pretjerano jer bi se to moglo smatrati snishodljivim.
- Odgovorite na sve upite za informacijama, kako god bili sročeni.
- Pokažite suosjećanje s osjećajima, ne s nasilnim ponašanjem („Razumijem da ste ljuti, no nije u redu udarati tog i tog...“).



Kontrolna lista za nasilje Brøset / The Brøset Violence Checklist © BVC-HR		Interpretacija ukupnog skora (SUM)															
Kratke upute: Svakog dana u dogovoreno vrijeme u svakoj smjeni ocijenite bolesnika. Ako nema navedenog ponašanja, ocjena je 0, a ako ga pokazuje, ocjena je 1. Maksimalni skor (SUM) je 6. Ako je neko ponašanje uobičajeno za dobro poznatog pacijenta, primjerice, već je dugo vremena dezorijentiran, ocijenite to s 0. Samo primijećeno pogoršanje , primjerice, konfuznog ponašanja, ocijenite s 1.		Ukupno:		Mali rizik nasilja.													
		0		Ukupno:		Srednji rizik nasilja. Potrebna primjena preventivnih mjera.											
		1 – 2		Ukupno:		Visoki rizik nasilja. Obvezna primjena preventivnih mjera i izrada plana kako izbjeći eventualni napad.											
		3 – 6															
Datum																	
Ponašanje	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Dan	Noć			
Zbunjenost																	
Razdražljivost																	
Bučno ponašanje																	
Verbalne prijetnje																	
Fizičke prijetnje																	
Agresivnost prema stvarima																	
Ukupno																	
Zbunjenost	Djeluje očito konfuzno i dezorijentirano. Moguće je da se ne snalazi u vremenu, mjestu ili s osobama.																
Razdražljivost	Lako se razljuti i ozlovlji. Loše podnosi prisutnost drugih.																
Bučno ponašanje	Ponaša se prejerano "glasno", primjerice, glasno govori, viče, vrišti, lupa vratima i slično.																
Verbalne prijetnje	Verbalni ispad, ne samo obično podizanje glasa, nego komunikacija kojoj je cilj ponižavanje ili zastrašivanje druge osobe. Na primjer, napadanje u razgovoru, pogrde, psovke, ali i verbalno neutralni komentari izgovoreni režanjem ili sa zlonamjernom konotacijom.																
Fizičke prijetnje	Ima jasnu namjeru fizički ugroziti drugu osobu, na primjer, agresivan stav tijela, povlačenje drugih za odjeću, prijetnje drugima rukama, šakama, nogom, glavom i slično.																
Agresivnost prema stvarima	Napad usmjeren na predmete, a ne na osobe. Primjerice, baca stvari, udara ili razbija prozore, šuta, udara ili glavom nabija neki predmet ili uništava namještaj.																

HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR



HRVATSKO DRUŠTVO ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU

HRVATSKO DRUŠTVO ZA PSIHOTERAPIJU, PSIHOSOCIJALNE METODE I RANU
INTERVENCIJU KOD PSIHOTIČNIH
POREMEĆAJA

HRVATSKO DRUŠTVO ZA AFEKTIVNE POREMEĆAJE

HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO



Uz podršku

UDRUGA ZA PROMICANJE MENTALNOG ZDRAVLJA „SVITANJE“

PSIHIČKI POREMEĆAJI SA PSIHOZOM I SHIZOFRENIJA

Smjernice za psihosocijalne postupke

Voditeljica radne skupine: Slađana Štrkalj Ivezić

Članovi radne skupine:

**Branka Restek Petrović, Majda Grah, Maja Bajs Janović, Petrana Brečić, Dubravka Stijačić,
Lana Mužinić, Perla Čaćić, Kristina Jandrić, Martina Grubiša, Zoran Bradaš, Zlata Pjević**

Recenzent: prof. dr.sc.Ivan Urlić, dr.med.

Zagreb, 2017.

UVOD

Smjernice iznesene ovdje odnose se na preporuke za primjenu psihosocijalnih postupaka i psihoterapije u odraslih s dijagnozama nespecificirane psihoze i shizofrenije, uključujući shizoafektivnu psihozu i paranoidnu psihozu, a mogu se primijeniti i u oboljelih od bipolarnog poremećaja. Pojam *psihoza* često se koristi u tekstu i odnosi se na sve navedene poremećaje. Smjernice za primjenu individualne i grupne psihodinamske psihoterapije nalaze se u posebnom dokumentu.

Uz svaki od postupaka iznesen ovdje navode se izvori informacija od I-IV prema Nacionalnom kolaborativnom centru za mentalno zdravlje - NICE 2014, kako slijedi:

- randomizirane studije (Ia i Ib),
- dobro dizajnirane kontrolirane studija bez randomizacije (IIa i IIb),
- dobro dizajnirane deskriptivne studije i studije slučaja (IIIa i IIIb),
- informacije, dobivene na temelju ekspernogkonsenzusa ili kliničkog iskustva značajnih autoriteta, u području psihosocijalnih metoda (IV).

Za izradu ovih smjernica integrirane su preporuke iznesene u NICE smjernicama (2014), APA smjernicama (2010), PORTsmjernicama (2009), hrvatskim nacionalnim smjernicama za liječenje shizofrenije (Štrkalj Ivezić i sur. 2001), te preporuke koje proizlaze iz istraživanja, meta-analiza i druge relevantne literature, nakon objave navedenih smjernica. Također smo uključili istraživanja i iskustva naših stručnjaka na ovom području.

Psihički i socijalni čimbenici imaju značajan učinak na nastanak i ishod psihičkih poremećaja, uključujući i poremećaje sa psihozom, stoga su psihosocijalni postupci značajni u sveobuhvatnom liječenju oboljelih, sa svim onim dijagnozama, kod kojih se pojavljuje psihoza, poput primjerice shizofrenije. Izbor psihosocijalnih postupaka ovisi o individualnim potrebama bolesnika u različitim fazama bolesti. U kliničkoj praksi, psihosocijalni postupci primjenjuju se zajedno s farmakološkim liječenjem te se različiti psihosocijalni postupci često kombiniraju u različitim programima rehabilitacije u bolničkom i vanbolničkom liječenju.

Široko je prihvaćeno da je liječenje antipsihoticima prva komponenta liječenja, međutim, psihosocijalne su metode liječenja podjednako važne za bolesnika (Kendall, 2011, Scott 1995, Penn, Mueser 1996), osobito za oporavak od psihičke bolesti, koji postaje cilj liječenja (Deegan 1996). Na važnost psihosocijalnih postupaka upozoravaju novija istraživanja u kojima su dobri rezultati liječenja postignuti psihosocijalnim metodama bez antipsihotika (Harrow . i sur, 2012; Faber . i sur, 2012; Wunderink i sur, 2013 cit prema NICE), stoga se preporučuju istraživanja u tom području.

Smjernice uključuju preporuke za slijedeće psihosocijalne postupke:

terapijski savez, psihoedukaciju, obiteljsku terapiju, trening socijalnih vještina, art psihoterapiju, kognitivnu bihevioralnu terapiju, kognitivnu remedijaciju, zapošljavanje uz podršku i zdrave stilove življenja. Smjernice također uključuju preporuke za izbor terapijske sredine liječenja i organizaciju liječenja kao što su bolničke službe i službe za liječenje u zajednici, te postupke koji zahtijevaju koordinaciju između različitih službi, kao što je to, primjerice, koordinirano liječenje (*case-management*), asertivni *case-management* i zapošljavanje uz podršku.

Teorijska osnova

Teorijsku osnovu primjene psiholoških i psihosocijalnih postupaka čini psihobiosocijalni model bolesti, u okviru kojeg je značajna stres-vulnerabilnost teorija, prema kojoj osoba ima vulnerabilnost za nastanak psihoze kojoj doprinose biološki, psihološki i socijalni čimbenici, zatim psihodinamske, kognitivno bihevioralne i sistemske teorije i njihova kombinacija. (više o psihobiosocijalnom modelu vidi u: Štrkalj Ivezić i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji*, 2010).

Ciljevi psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka

Cilj psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka poboljšanje je psihološkog i socijalnog funkcioniranja osobe, a dugoročno, smanjenje vulnerabilnosti osobe za psihozu.

Specifični ciljevi psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka prema NICE smjernicama (2014) uključuju: smanjenje intenziteta i pojave simptoma, smanjenje nepovoljnog utjecaja stresa, poboljšanje vještina nošenja sa stresom, smanjenje invalidnosti i dizabiliteta, povećanje kvalitete života, poboljšanje komunikacije, uključujući komunikaciju u obitelji, povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova, smanjenje negativnog učinka stigme na kvalitetu života, poticanje oporavka, smanjenje posljedica zlostavljanja, zanemarivanja i nepovoljnih modela privrženosti (*attachment*) i prevenciju recidiva psihoze.

Praćenje i procjena učinkovitosti psiholoških intervencija

Tijekom psihosocijalnih postupaka, preporuča se rutinsko i sustavno praćenje ishoda u području simptoma i funkcioniranja, koje uključuje i zadovoljstvo bolesnika, kao i članova njihove obitelji, kada je primijenjivo. Za procjenu funkcioniranja preporučuju se principi procjene prema Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja (MKF, 2010). O tome više vidi u knjizi: *Socijalno*

funkcioniranje između zdravlja i bolesti-Smjernice za procjenu funkcioniranja oboljelih od psihičkih poremećaja (Štrkalj Ivezić , 2016).

Stručni tim, koji radi s osobama sa psihozom ili shizofrenijom, identificira voditelja tima, koji je psihijatar i određuje uloge članova tima i razine njihove odgovornosti za praćenje i procjenu stanja u skladu s individualnim planom liječenja.

NESPECIFIČNI PSIHOSOCIJALNI POSTUPCI I PRINCIPI

Nespecifični psihosocijalni postupci i principi dio su standardnog liječenja oboljelih od poremećaja sa psihozom i važan preduvjet za uspostavljanje i održavanje suradnje u liječenju.

U svojstvu nespecifičnog terapijskog čimbenika, povezani su s povoljnim ishodom liječenja. Uključuju: uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza, stavove oporavka, psihobiosocijalnu formulaciju te informacije o bolesti.

Terapijski odnos i terapijski savez

Terapijski odnos jedan je od najvažnijih prediktora ishoda liječenja u psihijatriji (McCabe R. i Priebe S, 2004, Martin i sur 2000), stoga mu se posvećuje posebnu pozornost u standardnom liječenju oboljelih od psihoze i shizofrenije. Opisuju se brojni povoljni učinci terapijskog saveza, odnosno pozitivnog terapijskog odnosa na ishod liječenja, kao što je smanjenje simptoma i intenziteta simptoma (Frank , 1984;Frank i Gunderson , 1990 ,Neale i Rosenheck , 1995;Priebe , i Gruyters , 1993), poboljšanje funkcioniranja na osobnim razinama, i za život u zajednici (Frank i Gunderson ,1990; Neale i Rosenheck, 1995; Svensson i Hansson , 1999), poboljšane percepcije kvalitete života (Solomon P. i sur, 1995) povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova (Frank i Gunderson ,1990; Solomon i sur, 1995) manje doze lijekova, poboljšanje odnosa prema liječenju i manje prekidanja liječenja (Frank i Gunderson ,1990), te uspješniji ishod rehabilitacije (Goering i Stylianos , 1998). Dobar terapijski odnos s *casemanagerom* povezan je s manjim brojem dana provednih u bolnici (Priebe i Gruyters, 1993).

Terapijski savez zajednička je odluka – dogovor terapeuta i pacijenta – o ciljevima terapije i metodama, koje pomažu u postizanju tih ciljeva. Terapijski odnos je način na koji terapeut i bolesnik surađuju da bi postigli željene promjene kod pacijenta. Sadrži međusobno povjerenje, poštovanje, nadu u oporavak i zajednički dogovor o ciljevima liječenja.

Često je terapijski odnos jedini čimbenik koji pacijenta s dijagnozom psihoze motivira za liječenje, a osobito je značajan na početku liječenja, kada značajan broj oboljelih odbija liječenje zbog nedostataka uvida. U oboljelih od psihoze i shizofrenije, očekuju se poteškoće u stvaranju

terapijskog saveza zbog nedostatka uvida i psiholoških poteškoća u stvaranju odnosa povjerenja. Stoga je potrebno istražiti potencijalne ili postojeće prepreke u stvaranju terapijskog odnosa i terapijskog saveza, i raditi na njihovom otklanjanju.

Na temelju brojnih istraživanja o povezanosti terapijskog odnosa/saveza s dobrim ishodom liječenja, može se zaključiti da terapijski savez čini terapijski pokretač procesa oporavka oboljelih od psihoze i shizofrenije, a postizanje oporavka, pak djeluje pozitivno na učvršćivanje terapijskog saveza (Hicks i sur, 2012).

Dakle, preduvjet bilo kojeg liječenja (farmakološko i/ili psihosocijalno i psihoterapijsko), stvaranje je pozitivnog terapijskog saveza. Stvaranje terapijskog saveza u akutnoj fazi bolesti može biti vrlo zahtjevan zadatak i stoga je potrebna fleksibilnost i strpljenje u ostvarivanju terapijskog odnosa. Isto tako, važno je održavati ovaj terapijski odnos kroz često dugi period vremena. Razvoj konstruktivnog terapijskog odnosa osnova je za procjenu psihološkog stanja pacijenta, razumijevanja njegovih problema i stvaranje terapijskog plana.

Psihijatar i drugi stručnjaci trebaju imati kompetencije za izgradnju terapijskog saveza. Kompetencije za stvaranje terapijskog odnosa u cilju stvaranja odnosa baziranog na povjerenju s osobom sa psihozom/ shizofrenijom, zahtijevaju ustrajnost, fleksibilnost, pouzdanost, osjetljivost na osobnu perspektivu osobe, na problem, bolest i liječenje. Jednako tako, važna je i suradnja s članovima obitelji (Bebbington . i Kuipers , 1994; Worthington i sur,

2013), a naročito radi procjene stanja osobe koja nema uvida u bolest i ne surađuje u liječenju. Terapijski savez omogućava psihijatru/ terapeutu prikupljanje relevantnih informacija o pacijentu koje su potrebne za liječenje, a pacijentu postizanje nužnog povjerenja u psihijatra/ terapeuta i želju za suradnjom. Radi olakšanja ovog procesa, preporuča se kontinuitet liječenja s istim psihijatrom i/ili timom, što omogućuje psihijatru i drugim stručnjacima raspolaganje činjenicama o pacijentu kao osobi, naravno, isključivo u cilju adekvatnog liječenja.

Karakteristike terapeuta, poput rigidnosti, kritiziranja, neprikladnog iznošenja podataka o sebi, emocionalne udaljenosti, neprikladnog korištenja šutnje povezane su s teškoćama uspostave terapijskog odnosa. Poželjna terapeutska karakteristika sposobnost je terapeuta u odgovaranju na sva pitanja pacijenta, bez obzira, poštujući ambivalenciju i nepovjerenje u odnosu na dijagnozu i liječenje, bez obrambenog stava i neprikladne emocionalne reakcije, te pomaganje pacijentu u razrješavanju nedoumice oko liječenja. Također uključuje sposobnost terapeuta da pomogne pacijentu u artikuliranju vlastitih ciljeva u liječenju i postizanju dogovora s terapeutom o ciljevima terapije, sposobnost razumijevanja pacijentovog načina doživljavanja sebe i okoline te pomaganje u korigiranju krivih vjerovanja, sposobnost u raščišćavanju potencijalnih nesporazuma oko ciljeva terapije, te dozvolu pacijentu za iznošenje negativnih osjećaja povezanih sa terapijskim odnosom i preuzimanje odgovornosti u stvaranju, održavanju i prekidu

terapijskog saveza. Kvalitete terapeuta, značajne za stvaranje terapijskog odnosa s pacijentom koji boluje od shizofrenije, odražavaju kapacitet samog terapeuta da se suoči s različitim snažnim afektivnim stanjima u shizofrenom pacijentu (Gunderson i sur, 1978).

S ciljem uspostavljanja terapijskog odnosa, zadatak terapeuta jest aktivni pokušaj razumijevanja *pacijenta kao osobe* sa svojim konfliktima, poteškoćama identiteta i emocionalnom tugom i konfuzijom, kao i postizanje pacijentovog osjećaja da ga terapeut razumije (Fromm-Reichmann, 1974). Stoga stručnjaci za mentalno zdravlje trebaju imati kompetencije u prepoznavanju svojih kontratransfernih osjećaja.

Preporuke za uspostavljenje terapijskog odnosa / saveza uključuju sljedeće:

- slušanje onoga što pacijent iznosi,
- pokazivanje empatije za osjećaje pacijenta i njegovu situaciju,
- izbjegavanje kritičkih primjedbi i moraliziranja,
- pokazivanje interesa i poštovanja, optimizam i realističnu nadu,
- objašnjenje psihijatrijskog pogleda na situaciju,
- donošenje zajedničke odluke o terapijskim ciljevima,
- vjerovanje da se pacijent može promijeniti i da sam može pridonijeti toj promjeni, pokazivanje interesa za pacijenta bez obzira na njegovo kliničko stanje i uznemiravajuće ponašanje,
- pružanje prilike pacijentu da govori o onom što je teško izgovoriti,
- predvidljivost terapeuta za dogovore o terapijskim seansama, dužinu seanse i sigurnu terapijsku sredinu,
- sposobnost terapeuta da dopusti da bude transfereni objekt za pacijenta bez nepoželjnih kontratransfernih reakcija.

Sljedeće vještine terapeuta pomažu u ostvarenju dobrog terapijskog odnosa i potiču razvoj terapijskog saveza (Gabbard, 1994; Frank, 1984; Dzipa i Ahern, 2009):

1. Pokazivanje empatije – prihvaćanje i razumijevanje bez predrasuda, kritike i okrivljavanja, bez obzira na ponašanje pacijenta u bolesti.
Atmosfera prihvaćanja, a ne osuđivanja.
2. Individualan pristup osobi, a ne dijagnozi
3. Povećanje nade, smanjene bespomoćnosti i demoralizacije – očekivanje oporavka
4. Pokazivanje brige i interesa za pacijenta i želje da mu se pomogne
5. Dovoljno vremena za pacijenta

6. Autentično ponašanje – usklađenost verbalnog i neverbalnog – otvoren, iskren, pošten odnos
7. Terapeutova ponuda pacijentu kao mogućnost da čuje drugi način mišljenja, da dobije drugi pogled na problem i drugo objašnjenje situacije
8. Pomaganje pacijentu za ponavljano testiranje stvarnosti
9. Vjerovanje da se pacijent može promijeniti.
10. Ravnopravnost u terapijskomsavezu – balansirani pristup moći – poticanje pacijenta na aktivno sudjelovanje
11. Pokazivanje poštovanja – prihvaćanje pacijenta s problemima
12. Profesionalni odnos s jasnim granicama – odnos ugodan za pacijenta i terapeuta
13. Prepoznavanje transfernog ponašanja pacijenta i uvid u kontratransfer

Preporuke: Terapijski savez glavni je prediktor povoljnog ishoda liječenja. Svi stručnjaci koji rade s oboljelim od poremećaja sa psihozom moraju imati kompetencije za uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza. Nivo dokaza IIa i IIb.

Informacije o bolesti, pozitivni stavovi o ishodu liječenju, prognoza, tijek, osnaživanje i oporavak

Povijesno gledano, mnogi psihijatri i drugi stručnjaci, koji se bave liječenjem oboljelih od poremećaja sa psihozom, zauzimali su pesimističnije stavove u pogledu tijeka bolesti i prognoze izlječenja, smatrajući da je shizofrenija neizlječiva bolest od koje se ne može oporaviti. Međutim, ovi stavovi nisu dokazani u istraživanjima tijeka bolesti. Rezultati potvrđuju da će oko $\frac{3}{4}$ oboljelih imati ponovljene epizode bolesti i da će jedan broj oboljelih imati invaliditet (Brown i sur, 2010). Oko polovine oboljelih imat će dobar ishod 20 do 40 godina nakon postavljanja dijagnoze, a manji broj osoba imat će produžene periode remisije, bez ponavljanih epizoda (Harding i sur 1987, Banham i Gilbody, 2010; Harrison i sur, 2001; Jobe i Harrow, 2005). Također je potrebno istaknuti da veliki broj osoba, premda nikada ne dosegnu potpuni oporavak, može imati kvalitetan život, uz adekvatnu potporu i pomoć (NICE 2014). Optimizam i nada u liječenju, osnovni su principi u liječenju, stoga je od osobitog terapijskog značaja uvođenje nade i optimizma u liječenju oboljelih od poremećaja sa psihozom, posebno shizofrenije, koja je najviše stigmatizirana.

Stavovi terapeuta utječu na ishod liječenja, stoga trebaju biti oslobođeni od nepotrebnog opterećenja lošom prognozom bolesti jer to može utjecati na lošu procjenu stanja pacijenata i izradu individualnog plana liječenja. Stigmatizirajući termini, poput shizofreničar, psihotičar i

slično, neprimjereni su za pacijente te se ne preporuča njihova primjena u medicinskoj praksi (NICE 2014).

Informacije o bolesti:

Informacija o bolesti smatra se nužnim postupkom, koji je uključen u obvezu informiranja pacijenta, u sklopu pravne obaveze informiranog pristanka (Mueser i sur, 2002). Način na koji se iznosi informacija o bolesti je nespecifični psihosocijalni postupak, koje će pridonijeti suradnji pacijenta u liječenju, odnosno, izgradnji terapijskog saveza. Informiranje o bolesti, dio je standardnog postupka za oboljele od psihoze/ shizofrenije i treba ih razlikovati od primjene specifičnog postupka psihoedukacije (vidi specifične postupke: Psihoedukacija).

Oporavak

Oporavak je cilj liječenja psihosocijalnim metodama oboljelih od poremećaja sa psihozom. Važno je razlikovati oporavak od remisije. Remisija je klinički pojam i povezana je s odsustvom simptoma bolesti i obnovom socijalnog funkcioniranja, dok je oporavak proces koji uključuje promjenu osobnih stavova, osnaženje na razini osobe, doživljaj kontrole vlastitog života, obnavljanje interesa, prava i želja, te kvalitetu života, usprkos ograničenjima, koja još uvijek mogu postojati zbog bolesti. Oporavak znači razvoj novog značenja i svrhe u životu, i prerastanje doživljaja da je bolest učinila „katastrofu u životu“ (Anthony , 1993). Oporavak je doživljaj osnaženosti, pri čemu osoba vodi svoj život na način koji mu dopušta dosizanje željenih ciljeva, život sa smislom , te ima osjećaj pozitivne pripadnosti zajednici. (NICE 2005; NICE, 2014).

Preporuke: Cilj liječenja je oporavak. Preporučuju se stavovi nade i optimizma u liječenju oboljelih od poremećaja sa psihozom i shizofrenije, oslobođeni od stigme.

Psihološka i psihobiosocijalna formulacija poremećaja

Procjena o stanju bolesnika najčešće uključuje prikupljanje informacija o simptomima, utjecaju simptoma na funkcioniranje i strategijama koje osoba koristi u nošenju sa simptomima.

Procjena uključuje istraživanje doprinosa bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u pojavi bolesti. Procjena je važna za postavljanje dijagnoze, procjenu ozbiljnosti stanja, procjenu funkcioniranja i procjenu rizika. Na temelju prikupljenih informacija, izrađuje se psihološka (NICE 2014) i psihobiosocijalna formulacija (Štrkalj Ivezić , 2016). Prema preporukama SZO, potrebno je procjenjivati psihopatologiju zasebno od funkcioniranja (MKF SZO, 2010, Štrkalj Ivezić , 2016). Psihološka formulacija odnosi se na procjenu doprinosa psiholoških čimbenika,

koristeći bilo koju psihološku teoriju koja je bliska psihijatru (psihodinamsku, kognitivnu, sistemsku), s preporukom korištenja psihodinamske teorije za razumijevanje iskustva osobe oboljele od poremećaja sa psihozom i/ili shizofrenijom (NICE, 2014).

Psihobiosocijalna formulacija predstavlja hipotezu razumijevanja nastanka psihičkog poremećaja u sadašnjoj epizodi ili u ranijim epizodama na temelju procjene interakcije psihičkih, bioloških i socijalnih čimbenika. Na temelju podataka dobivenih u anamnezi i drugih podataka stvara se predodžba o utjecaju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika nastanak psihičkog poremećaja, u odnosu na simptome i funkcioniranje. Poznavanjem čimbenika okolnosti u kojima osoba sada živi, stresnih događaja koji su prethodili dolasku na liječenje, osobnog emocionalnog razvoja bolesnika, koji je utjecao na način kako se osoba osjeća, razmišlja i ponaša, sadašnje i ranije razine funkcioniranja, podataka o bolestima u obitelji i tjelesnom stanju pacijenta i kapaciteta za adaptaciju, postiže se sveobuhvatno razumijevanje pacijenta. Sveobuhvatno razumijevanje pacijenta esencijalno je za plan liječenja.

Psihobiosocijalna formulacija odnosi se na hipotezu koja sadržava objašnjenje zašto je problem nastao i što sudjeluje u njegovom održavanju, ona je osnova na temelju koje se planiraju terapijski postupci. Hipoteza može služiti i za predviđanje poteškoća tijekom procesa liječenja. Psihobiosocijalna i/ ili psihološka formulacija je dinamična hipoteza koja se temelji na dostupnim informacijama u trenutku procjene i može se proširiti ili promijeniti tijekom liječenja, a na temelju skupljenih informacija. Psihobiosocijalna formulacija specifična je za osobu jer se bazira na jedinstvenom životnom iskustvu svake osobe.

Osoba sa psihozom ne mora se složiti s gledištem psihijatra i drugih stručnjaka. Stoga je potrebno razgovarati o gledištu pacijenta, kako bi se stvorilo zajedničko gledište, koje će omogućiti uspješnu suradnju u liječenju.

Za procjenu utjecaja socijalnih čimbenika, procjenjuju se utjecaji različitih psihosocijalnih stresora, kao i duljina izloženosti tim stresorima. Različiti psihosocijalni stresori mogu dovesti do razvoja simptoma u vulnerabilnih osoba. Stresori uključuju stresne živote događaje, kao npr. značajni emocionalni gubici, odlazak od kuće, gubitak posla i nezaposlenost, sociokulturne stresore – siromaštvo, dezorganizirana društvena mreža, nepovoljnu emocionalnu klimu, kao što je hostilnost, pretjerana zaštita ili pretjerana kritika te intruzivna ponašanja okoline. Premda se psihoza može pojaviti bez vidljivog stresora, pridavanje važnosti stresorima može prevenirati recidiv bolesti. Ponekada su stresori unutarnji, a znanje o razvojnoj vulnerabilnosti može pomoći u identificiranju i pomoći s različitim stresorima.

Strategije liječenja uključuju prevenciju akumulacije stresnih situacija i pomoć u razvoju dobrih strategija suočavanja koje pomažu da razina tenzije bude onog intenziteta koje osoba može podnijeti. Kapaciteti za suočavanje sa stresorima i razrješavanje posljedica stresa mogu, zbog bolesti, biti smanjeni u osoba sa psihozom.

Invalidnost povezana s psihičkom bolesti također je jedan od stresora. O značaju utjecaja socijalnih čimbenika na ishod bolesti upućuju prospektivne studije koje su pokazale da je rani funkcionalni oporavak i radni oporavak značajniji za prevenciju kroničnih negativnih simptoma i invaliditeta od simptoma psihoze (Fatemi i sur, 2005 cit prema NICE 2014), stoga su važne psihosocijalne metode koje će ubrzati funkcionalni oporavak.

Potreban je individualizirani pristup liječenju, pacijentu kao osobi sa jedinstvenim životnim iskustvom. U procjeni razumijevanja nastanka poteškoća, potrebne su kompetencije za procjenu bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika na temelju koje se izrađuje psihobiosocijalna formulacija.

Izrada plana liječenja: Na osnovu psihijatrijske procjene, procjene cjelokupnog zdravstvenog statusa i psihološke/psihobiosocijalne formulacije u suradnji s pacijentom donosi se plan liječenja u kojem se planiraju različiti biološki, psihološki i socijalni postupci.

Preporuke: Izrada psihobiosocijalne formulacije obavezni je dio standardnog liječenja oboljelih od poremećaja s psihozom na temelju koje se izrađuje individualni plan liječenja.

SPECIFIČNI PSIHOSOCIJALNI POSTUPCI

Sveobuhvatno liječenje oboljelih od poremećaja sa psihozom i shizofrenije, koje uključuje lijekove i psihosocijalne metode, dovodi do poboljšanja ishoda liječenja (Mojtabei , 1998; Marder , 2000). Psihosocijalne metode pomažu u prevenciji relapsa, poboljšanju stilova sučeljavanja, boljem socijalnom i radnom funkcioniranju i povećanju kapaciteta za samostalno funkcioniranje. Primjena psihosocijalnih postupaka traži integraciju različitih uloga psihijatra: *managera* u koordinaciji liječenja, vezano za službe i postupke liječenja koje su na raspolaganju, učitelja- za podučavanje o bolesti i liječenju i postupanju u bolesti, osobe koja pruža podršku i educiranog terapeuta koji provodi psihosocijalno i biološko liječenje u skladu sa svojim kompetencijama, kao i davanje preporuka za provedbu različitih postupaka, ovisno o individualnim potrebama pacijenta, a koje će provesti drugi stručnjaci. Psihijatar, tijekom svoje edukacije, stiče navedene kompetencije, kako bi mogao dobro funkcionirati kao voditelj tima stručnjaka, što ne znači da će on sam provoditi sve psihosocijalne postupke. Za uspješno liječenje velikog broja pacijenata potreban je tim, a članovi tima provode dogovoreno liječenje na temelju individualnog plana liječenja.

Psihoedukacija

Informacije o bolesti za oboljele, kao što je ranije rečeno, smatraju se nespecifičnim psihosocijalnim postupkom, dijelom standardnog liječenja, koje ima pravni aspekt, uključen u

obavezu informiranja pacijenta u okviru informiranog pristanka (Mueser i sur, 2002; Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, 2014), te terapijski aspekt, vezan za dogovor o liječenju. Međutim, razgovor o dijagnozi za oboljele sa psihozom mora imati obilježja specifičnog psihoedukacijskog psihosocijalnog postupka, u kojem se objašnjava bolest i mogućnosti liječenja, te obraća pozornosti na reakciju oboljelog na dijagnozu. Informacije o dijagnozi daju se u atmosferi nade i optimizma, udružene sa mogućnošću poboljšanja i oporavka.

Postavljanje dijagnoze shizofrenije može dovesti do ozbiljnih emocionalnih poteškoća (Birchwood M, 2003). Postavljanje dijagnoze ima dvije strane. Pozitivni aspekti uključuju imenovanje problema i pronalaženje adekvatne pomoći u rješavanju, a negativni uključuju nepovoljnu oznaku povezanu sa stigmom, diskriminacijom i obesnaživanjem, te doživljavanje dijagnoze kao napada na integritet i identitet osobe. Stoga stručnjaci moraju biti svjesni da razgovor o dijagnozi može imati pozitivni i negativni utjecaj na bolesnika (Pitt L. i sur, 2009), pa je neophodno da psihijatar ima vještine za provođenje psihoedukacije.

Danas se psihoedukacija razvija u psihosocijalnu metodu, koja ima veće ciljeve od davanja informacija o bolesti, međutim još uvijek ne postoji standardizirani postupak primjene. Meta-analiza XiaJ. i sur.(2011), potvrdila je učinkovitost psihoedukacije na smanjenje relapsa, smanjenje učestalosti hospitalizacije, povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova, ali, paradoksalno, nije pronađena učinkovitost u odnosu na povećanje uvida. Pretpostavka o povezanosti učinkovitosti psihoedukacije sa suradljivosti u uzimanju lijekova (XiaJ. i sur, 2011) nije jasno dokazana. U našem istraživanju, psihoedukacija bazirana na oporavku, pokazala se učinkovitom u redukciji samostigmatizacije (Štrkalj Ivezić S i sur, 2016). **Preporuke:** preporuča se primjena psihoedukacije kao specifične metode kod oboljelih koji imaju poteškoća s prihvaćanjem dijagnoze, prihvaćaju obesnažujuću ulogu bolesnika i imaju povećan rizik od samostigmatizacije. Nivo dokaza IIIa i IIIb

Terapija za povećanje suradljivosti (*Adherence Therapy*)

Smatra se da je uzimanje antipsihotika značajno u prevenciji recidiva bolesti, a poznato je da veliki broj oboljelih od shizofrenije ne uzima lijekove ili prekida uzimanje lijekova. Stoga se ukazuje potreba za metodom koja će povećati suradljivost u uzimanju lijekova. Terapija za povećanje suradljivosti definira program koji ima cilj educirati pacijenta o važnosti uzimanja lijekova, podržati ga u uzimanju lijekova i educirati ga o strategijama koji mu mogu pomoći da poveća suradljivost u uzimanju lijekova s ciljem poboljšanja simptoma, kvalitete života i prevencije recidiva bolesti (NICE, 2014).

Terapija za povećanje suradljivosti kratkotrajni je psihosocijalni postupak koji koristi tehniku i principe motivacijskog intervjuja (Miller i Rollnick, 1991), psihoedukaciju i kognitivnu terapiju (Kemp i sur, 1996). Uobičajeno se sastoji od 8 seansi u trajanju od 30 do 60 minuta (Kemp i

sur, 1996 i 1998). Primijenjuje se fazni pristup – prvo se prikupe podaci vezani za bolest i liječenje, zatim se razgovara o ambivalenciji prema liječenju, terapiji održavanja i stigmatu te se provede vježba rješavanja problema, vezano za uzimanje lijekova u cilju promjene stavova pacijenta prema uzimanju lijekova. U terapiji suradljivosti važno je utvrditi razloge neuzimanja lijekova. Istraživanja su utvrdila da je suradljivost u uzimanju lijekova povezana s vjеровanjima o bolesti i prepoznavanju potrebe za liječenjem, odnosno uvidu u bolest (Weiden i sur, 1994), procijeni potencijalne koristi i štete od liječenja, i podršci okoline u uzimanju lijekova (Perkins, 2002; Štrkalj Ivezić i sur. 2016), problemima u terapijskom savezu, diskriminacijom povezano s bolesti, stavovima, nerazumijevanjem informacija o uzimanju lijekova (Coldham i sur, 2002) i neugodnim nuspojavama (Van Putten, 1974; Van Putten i May, 1978). Istraživanja učinkovitosti terapije suradljivosti pokazuju da ima djelomični učinak na promjenu stavova o lijekovima, međutim, nema učinak na simptome, kvalitetu života, prevenciju recidiva ili hospitalizacije (Kemp, 1996) stoga se ne koristi rutinski, nego je treba koristiti prema individualnoj procjeni.

Preporuke:

Preporuča se terapiju suradljivosti integrirati u sveobuhvatni postupak psihoedukacije. Nivo dokaza IIIa i IIIb.

Prepoznavanje ranih znakova pogoršanja bolesti i izrada plana prevencije recidiva Rad s pacijentom u prepoznavanju ranih simptoma bolesti može prevenirati razvoj recidiva bolesti (Mueser i sur. 2002; Birchwood i sur. 2000; McGlashan, Johannessen, 1996; Jorgensen, 1998; Bustilo i sur, 1995; McGorry i sur. 1996). S ciljem prevencije recidiva bolesti, razvijena je metoda edukacije o prepoznavanju ranih simptoma bolesti i planu prevencije recidiva bolesti, koja se kod jednog broja bolesnika pokazala uspješnom u prevenciji recidiva (Brickword M, 1995). Pacijent, služeći se metodom karata, na kojima su ispisani nespecifični i specifični simptomi, povezani s dijagnozom psihoze ili listom simptoma, uz pomoć terapeuta i člana obitelji, identificira simptome, koji su prethodili posljednjem recidivu bolesti i stavlja ih u vremenski slijed s ciljem uočavanja ranih znakova upozorenja u vidu nespecifičnih simptoma, poput primjerice, porasta tjeskobe, depresije i sumnjičavosti. Time otvara mogućnost intervencije u ovoj ranoj fazi putem psihosocijalnih i/ili farmakoloških metoda radi spriječavanja razvoja akutne psihotične epizode. Cilj ove metode izrada je plana prevencije ponovne epizode bolesti. Ovu metodu je također moguće koristiti u psihoedukaciji (Štrkalj Ivezić S, 2011), a može se također primijeniti u postupku dijagnostike ili evaluacije dijagnoze (detaljni opis metode nalazi se u knjizi Štrkalj Ivezić S.

Preporuke: Preporuča se primjena postupka prepoznavanja ranih znakova pogoršanja bolesti i izrada plana prevencije recidiva u sklopu psihoedukacije o bolesti. Metoda identifikacije simptoma putem karata ili liste simptoma može se koristiti i kao pomoć u dijagnosticiranju shizofrenije, schizoafektivne psihoze i bipolarnog poremećaja.

Rad s obitelji

Obiteljski psihosocijalni postupak kao terapijski okvir koristi bihevioralne i sistemske metode s postupcima, prilagođenim za rad s obiteljima sa psihotičnim članom. Cilj ovih postupaka pomoć je obiteljima u suočavanju s poteškoćama koje imaju oboljeli članovi njihove obitelji, pružanje podrške i edukacije obitelji o bolesti, smanjenje razine stresa, poboljšanje načina komunikacije u obitelji, rješavanja problema i prevenciju relapsa bolesti. Preporučuje se najmanje 10 sastanaka s obitelji. Ciljevi rada s obitelji također uključuju smanjenje doživljaja emocionalnog opterećenja i poboljšanja funkcioniranja obitelji.

Meta-analize učinkovitosti obiteljskih intervencija pokazuju učinak na smanjenje recidiva bolesti (Pitschel-Walz. i sur.2001; Pilling i sur.2002; Mari i Streiner, 1994) i smanjuju doživljaj opterećenja obitelji (Cuijpers P. 1999). Većina istraživanja nalaze da bi učinkovit rad s obitelji trebao trajati minimalno 9 mjeseci (Pitschel-Walz G i sur. 2001).

No, istraživanja s rjeđim susretima s obitelji, jedanput mjesečno, također su pokazala učinkovitost takvog pristupa (Schooler NR i sur.1995). Rad s obitelji može se provoditi s pojedinačnom obitelji (Hogarty i sur.1991; Falloon i sur.1985) ili više obitelji zajedno (Vaughn i sur.1982, McFarlane 1994). McFarlane (1994) je utvrdila nešto manji rizik za relaps u multiplim obiteljskim grupama. Istraživanja otkrivaju (Brown i sur, 1972; Brown i Rutter M, 1966), koristeći skalu pretjerano izraženih emocija, (engl.*expresseemotion*, EE) da se u obiteljima s povećanim EE čimbenikom javljaju češći recidivi bolesti (Leff i sur 1985, Bebbington i Kuipers ,1994; Butzlaff i Hooley ,1998). Istraživanja ne navode optimalnu edukaciju za terapeute za provođenje obiteljske psihoterapije. S obzirom na našu praksu, kompetencije za grupnog psihoterapeuta bi mogle biti dobra preporuka za provođenje postupka u grupi, a za individualne seanse, edukacija iz obiteljske psihoterapije.

Preporuke: preporuča se rad s obitelji za oboljele od shizofrenije i drugih psihoza koji imaju kontinuirani kontakt s obitelji, uključujući rodbinu i značajne druge, poput partnera, njegovatelja i eventualno skrbnika, jer postoji dovoljno dokaza (Ia) da je rad s obitelji povezan s prevencijom relapsa psihoze. Rad s obitelji se može provoditi individualno i/ili u grupi s više članova obitelji.

Kognitivno bihevioralna terapija u liječenju psihoza

Kognitivno bihevioralna (KBT) terapija pokazala se učinkovitom u liječenju shizofrenije (APA, 2010; NICE, 2014). Preduvjet uspješnog liječenja, izgradnja je terapijskog odnosa u kojem se pacijent osjeća sigurnim da može elaborirati svoje iskustvo shizofrenije. Identificiraju se specifični simptomi kao problematični i njima se posvećuje posebna pažnja. Terapeut ne tumači pacijentu da su simptomi iracionalni, nego mu, putem postavljanja pitanja, pomaže fokusirati se na vlastita vjerovanja oko simptoma i mehanizama koje koristi u sučeljavanju sa simptomima. Neke KBT terapije podržavaju prirodne mehanizme nošenja sa simptomima koje pacijent koristi, a druge upućuju pacijenta prema racionalnom pristupu simptomima. Rad s pacijentom može uključiti modifikaciju vjerovanja, fokusiranje na promjenu značenja i normalizaciju iskustva psihoze. KBT je psihološki postupak u kojem se osoba podučava da uspostavi vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje ili ranije simptome bolesti i/ili funkcioniranje i ponovno prosuđuje svoju percepciju, vjerovanja u odnosu na simptome, koji su predmet intervencije. Intervencija može uključivati monitoriranje misli, osjećaja i ponašanja u odnosu prema simptomima ili ponovnoj pojavi simptoma i/ili poticanje alternativnih načina nošenja sa simptomima i/ili smanjenja stresa i/ili poboljšanja funkcioniranja. Kod modifikacije vjerovanja, terapeut obazrivo potiče pacijenta u ispitivanju realnost svog vjerovanja, odnosno koja su mu uporišta da je to uvjerenje točno. Kod reatribucije, obično se radi s kroničnim slušnim halucinacijama. Terapeut ohrabruje pacijenta u elaboraciji svojeg iskustva halucinacija na vrlo detaljan način u procesu povezanosti simptoma s dnevnim funkcioniranjem i pomaže mu usmjeriti halucinacije na unutrašnje izvore. U normalizaciji iskustva psihoze, terapeut pomaže pacijentu uvidjeti povezanost njegovih simptoma sa stresovima svakodnevnog života, i stoga oni izgledaju normalniji.

Postoji veliki broj istraživanja koje potvrđuju učinkovitost KBT terapije u redukciji učestalosti i težine pozitivnih simptoma i emocionalnog stresa povezanog sa simptomima (Pilling i sur 2002 a; Pilling i sur, 2002b; Dickerson 2000; Rector i Beck , 2001;Bouchard i sur,1996; Gould i sur, 2001).Postoje vodiči za primjenu ove terapije, ali obično je potrebna edukacija uz superviziju.

Preporuke: Preporuča se KBT za pacijente s dijagnozom shizofrenije i drugih psihoza, s kontinuiranim pozitivnim simptomima psihoze. Terapija se može provoditi individualno ili u grupi. Preporuča se provođenje KBT-a u najmanje 16 seansi na temelju priručnika (NICE, 2014). Nivo dokaza Ia i Ib.

Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina koristi bihevioralne tehnike ili tehnike učenja radi postizanja vještina u područjima kao što su briga o sebi, interpersonalni odnosi i zahtjevi društva (Lieberman i sur. 1989). Ciljevi uključuju poboljšanje socijalne izvedbe, redukciju stresa i poteškoća u socijalnim situacijama oboljelih od psihoze/ shizofrenije, poboljšanje u funkcioniranju urazličitim socijalnim ulogama (primjerice obitelj, radna sredina, zajednica).

Trening mora biti fokusiran na određeno područje deficita koje se želi poboljšati te omogućiti sustavno podučavanje specifičnog ponašanja koje je važno za uspjeh u socijalnim interakcijama. Tako, primjerice, trening može biti fokusiran na prepoznavanje verbalnih i neverbalnih znakova, poboljšanje specifičnog ponašanja – povećanje glasnoće govora, socijalne interakcije u konkretnim situacijama i ostalo.

Trening socijalnih vještina, osmišljen za oboljele od shizofrenije, razvija socijalne vještine i samopouzdanje, poboljšava sposobnosti snalaženja u socijalnim situacijama, reducira socijalni stres i poboljšava kvalitetu života.

Trening socijalnih vještina počinje s detaljnom procjenom i analizom ponašanja individualnih socijalnih vještina, nakon čega slijedi individualna ili grupna intervencija, u kojima se koriste pozitivne povratne informacije u cilju poticanja samopouzdanja i izvedbe, određuju ciljevi i modelira ponašanje. Ispočетка se radi na manje zahtjevnim zadacima, kao što su, primjerice, neverbalni znakovi, a nakon toga se postepeno radi na zahtjevnim vještinama, kao što je to, primjerice, vođenje razgovora. Izrazito se ohrabruju domaće zadaće– vježbanje naučenog ponašanja s ciljem da se ponašanje primjenjuje izvan terapijskog okruženja u stvarnoj životnoj sredini. Vještine se podučavaju kroz kombinaciju demonstracija terapeuta, igranja uloga, simulirane interakcije izabrane vještine u igranju uloga, pozitivnog i korektivnog povratnog odgovora i domaćih zadaća, tako da pacijent može prakticirati vještinu izvan terapijske situacije. Trening socijalnih vještina može se provoditi individualno, ali se najčešće provodi u malim grupama od 6 do 8 pacijenata. Veće se grupe ne preporučuju jer pacijenti tada nemaju adekvatnu priliku za vježbanje vještina.

Brojna istraživanja potvrđuju učinkovitost treninga socijalnih vještina (Benton, Schroeder 1990; Wallace i Liberman 1985, Corrigan 1991, Mueser i sur, 1995; Smith i sur, 1999; Marder i sur 1996; Dobson i sur, 1995; Hayes i sur, 1995). Također je pronađeno da se naučene vještine održavaju i nakon godine dana (Mueser i sur, 1995). Postoje priručnici za primjenu treninga socijalnih vještina, a najpoznati je Bellakov (Bellak i sur, 1997) i Liberman (Lieberman i sur, 1989).

Preporuke: trening socijalnih vještina preporuča se pacijentima koji imaju umjerene do ozbiljne deficite u socijalnim vještinama koje su im potrebne za svakodnevni život s ciljem da povećaju svoje kapaciteta za samostalan život u zajednici. Naučene vještine u virtualnoj sredini, kao što je terapijska sredina, trebaju se prakticirati u stvarnim životnim situacijama.

Nivo dokaza Ia i Ib.

Radna rehabilitacija, zapošljavanje i kognitivna remedijacija

Radno mjesto, povratak na posao i podrška na poslu važan su dio oporavka za osobe sa psihozom i shizofrenijom (Provencher 2002) . Što duže traje period neaktivnosti u radnoj ulozi, očekuju se veća ograničenja radne uloge u kasnijem životu (Bell i Blanchflower , 2011).

Veliki broj oboljelih želi raditi, međutim, ne dobiva pomoć u traženju posla (Seebohm i Secker , 2005). Broj nezaposlenih osoba s psihičkom bolesti, poput shizofrenije, oko 6 do 7 puta je veći u usporedbi s osobama, koje nemaju psihičke poremećaje, a oni su također najveća skupina koja koristi finacijsku podršku zbog radne nesposobnosti (Ross , 2008). Očekuje se da će veliki broj oboljelih od shizofrenije trebati pomoć kod zapošljavanja. Za osobe s bolestima poput shizofrenije, najbolji prediktor pozitivnog ishoda je motivacija za posao (Ross, 2008 cit po NICE 2014) i ranije zapošljavanje (Michon i sur, 2005), a ne dijagnoza. Prepreke zapošljavanju su stigma poslodavaca i niska očekivanja stručnjaka (NICE, 2014; Štrkalj Ivezić , Lovrić , 2011). Druge prepreke su: smanjena motivacija zbog sustava finacijske koristi, nedostatak radnog iskustva, vještina i kvalifikacija (Seebohm i Secker , 2005) i nedostatak pomoći u zapošljavanju i održavanju posla.

Najbolji se rezultati postižu kod pacijenata koji su motivirani za posao i imaju radno iskustvo te ih je moguće zaposliti u kompetitivnom ili potpomognutom zapošljavanju.

Potpomognuto zapošljavanje (eng. *Supported Employment*), znači zapošljavanje na konkretnom radnom mjestu na tržištu, uz pružanje potrebne pomoći na samom radnom mjestu zbog ograničenja u izvođenju aktivnosti koje osoba ima zbog bolesti, a uključuje vremenski neograničenu podršku radnog trenera na poslu, ovisno o individualnim potrebama osobe (Bond, 1998). Istraživanja o učinku zapošljavanja uz podršku pokazuju kontinuirano pozitivne ishode (Dixon i sur, PORT, 2009). Jedan broj oboljelih, koji bi se željeli zaposliti, ali su nesigurni glede svojih sposobnosti, trebaju imati mogućnost treninga prije zapošljavanja, koji uključuje rad u zaštićenoj sredini, trening prije zapošljavanja ili prijelazno zapošljavanje.

Radna rehabilitacija je metoda rehabilitacije koja povećava kapacitet za posao i priprema oboljele za posao prije nego što se zaposle – sveobuhvatan program koji uključuje različite psihosocijalne metode (radna terapija, trening socijalnih vještina, kognitivna rehabilitacija). No, treba uključiti i kontakt sa stvarnom radnom sredinom.

Profesionalna rehabilitacija znači osposobljavanje za specifični posao prije zapošljavanja. Suradnja između službi liječenja i zapošljavanja važna je prilikom procjene sposobnosti za posao, pomoći u pronalaženju posla i podrške u održavanju posla. Radna sposobnost oboljelih od mentalnih poremećaja, uključujući shizofreniju, posljedica je interakcije različitih čimbenika: psihičkog stanja vezanog za bolest, obilježja radne sredine, stavova radne sredine prema psihičkoj bolesti, mogućnosti društva u ponudi programa prilagodbe, uvjeta na radu za osobe smanjene radne sposobnosti (Štrkalj Ivezić S, 2016). Da bi pronašla i zadržala posao, osoba s psihičkom bolesti treba imati: motivaciju za posao, profesionalne vještine za obavljanje određenog posla, funkcioniranje u dnevnoj rutini, socijalne vještine, kognitivne sposobnosti, stabilno psihičko stanje, na način da simptomi bolesti bitno ne remete radno funkcioniranje i podnošenje tjeskobe u uobičajnim stresnim situacijama na radnom mjestu.

Službe za mentalno zdravlje trebaju raditi u partnerstvu s zavodima za zapošljavanje, centrima za profesionalnu rehabilitaciju i drugim službama koje se bave zapošljavanjem kako bi oboljelima od poremećaja s psihozom i shizofrenijom pomogli pronaći posao, uključujući samozapošljavanje i volontiranje, ostanak na radnom mjestu, te dodatno školovanje (NICE, 2014; Štrkalj Ivezić, Lovrić, 2011). Ključni je element zapošljavanja uz podršku mogućnost individualnog izbora posla, ovisno o sposobnostima, brzo zapošljavanje, dostupnost kontinuirane podrške na poslu i suradnja između službi liječenja i službi zapošljavanja.

Preporuke: preporučuju se programi zapošljavanja, uz podršku, za oboljele od psihoze/shizofrenije, koje imaju smanjene sposobnosti za posao – invaliditet i koji žele raditi. Oni trebaju pomoć kod pronalaženja posla i održavanja posla. Osobama, koje ne mogu raditi ali su motivirani za posao, treba ponuditi rehabilitaciju i osposobljavanje za posao u uvjetima radne sredine i/ili profesionalnu rehabilitaciju, kao i treninge socijalnih vještina u cilju povećanja kapaciteta za posao ili pronalaženje posla. Nivo dokaza za zapošljavanje uz podršku Ia i Ib.

Kognitivna remedijacija

Poboljšanje kognitivnih funkcija važno je u psihosocijalnoj rehabilitaciji (Spaulding i sur 1999). Velika prepreka zapošljavanju osoba sa shizofrenijom su kognitivna oštećenja, posebno

u području pamćenja (Brenner , 1986), pažnje (Oltmanns i Neale , 1975) i izvršnih funkcija, kao što je organizacija i planiranje (Weinbergeretal, 1988), u kombinaciji sa smanjenim radnim kapacitetom (Wexler i Bell , 2005), stoga se može očekivati da bi jednom broju osoba mogla pomoći kognitivna remedijacija (Wexler i Bell , 2005). Ova metoda ima za cilj poboljšati kognitivne sposobnosti koje dovode do poboljšanja u dnevnom socijalnom i radnom funkcioniranju. Širina pristupa se proteže od usko definiranih intervencija, koje uključuje postupke učenja pacijenata radi poboljšanja uratka na neuropsihologijskom testu, do složenih remedijacijskih programa, koje koriste kompjuterizirano učenje (Galletly CA i sur, 2000).

Brojne eksperimentalne studije pokazuju učinkovitost relativno kratkog, učestalog, kompjuteriziranog programa treninga na uspješnost pacijenata na neuropsihologijskom testiranju (NICE, 2014).

Nedavna inicijativa za promociju standarda za procjenu kognitivnih ishoda

(The Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia consensus panel MATRICS, Nuechterlein i sur, 2004) identificirala je 8 specifičnijih domena kognicije: pažnja/vigilnost; brzina procesuiranja; radno pamćenje; verbalno učenje i pamćenje; vizualno učenje i pamćenje; razumijevanje i rješavanje problema; verbalno razumijevanje i socijalna kognicija koje bi trebalo uzeti u obzir u procjeni kognitivnih funkcija i njihovoj rehabilitaciji.

Preporuke: Kognitivna remedijacija može se preporučiti osobama s kognitivnim deficitima prema individualnoj procjeni. Potrebno je razvijati ovu metodu rehabilitacije u RH. Nivo dokaza II a i II b.

Art psihoterapija

Prema NICE smjernicama, Art-terapije su složene intervencije koje kombiniraju psihoterapijske tehnike s aktivnostima koje promoviraju kreativno izražavanje. Cilj je omogućiti da pacijent dobije drukčije iskustvo sebe i razvije nove načine odnosa prema drugima.

U svim art-terapijama: kreativni proces se koristi za facilitaciju self-ekspresije u specifičnom terapijskom okviru; estetska forma se koristi za kontejniranje i davanje značenja iskustvu pacijenta; umjetnička forma se koristi kao most za verbalni dijalog i psihološki razvoj temeljen na uvidu, ako je primjeren.

Ciljevi art-terapije za osobe sa psihozom ili shizofrenijom su:

- Omogućiti osobama sa psihozom ili shizofrenijom da sebe iskuse drukčije i razviju nove načine odnosa s drugima

- Pomoći osobama u izražavanju sebe i organizaciji svojih iskustava u zadovoljavajuću estetsku formu
- Pomaganje osobama u prihvaćanju i razumijevanju osjećaja koju su se javili tijekom kreativnog procesa (uključujući, u nekim slučajevima, i kako su došli do tih osjećaja), ritmom koji odgovara toj osobi. (NICE, 2014)

Art terapije, koje su trenutno dostupne u Velikoj Britaniji su: art terapija ili art psihoterapija, terapija plesom i pokretom, tjelesna psihoterapija, dramska terapija i glazbena terapija. Klinički pregled pokazuje da su art terapije učinkovite u smanjivanju negativnih simptoma u nizu modela liječenja, za bolničke i vanbolničke pacijente (NICE, 2014).

Preporuke:Razmotriti ponudu art terapije osobama sa psihozom ili shizofrenijom, naročito za umanjivanje negativnih simptoma. Za primjenu ove terapije, traži se kvalifikacija art terapeuta, koji je kvalificiran za provođenje ovog specifične metode psihoterapije. Art terapija nije razvijena u RH pa se preporuča razvoj ove metode rada

Preporuke za psihološke postupke za postupanje s traumom kod oboljelih s iskustvom psihoze i shizofrenije

Istraživanja pokazuju da je 50 do 98% oboljelih s iskustvom psihoze i/ili shizofrenije doživjelo najmanje jedan traumatski događaj (Read i sur, 2005). Poznato je da nepovoljni događaji u djetinstvu imaju negativan učinak na mentalno zdravlje u odrasloj dobi (Read i Bentall , 2012), te da utječu na povećanje rizika za psihozu (Morgan i sur, 2007), ili shizofreniju (Read i sur, 2005, Janssen i sur, 2004). Nepovoljni događaji često se odnose na fizičko i seksualno zlostavljanje u djetinstvu, ali i zanemarivanje i psihičko zlostavljanje.

Istraživanja također potvrđuju da je rizik za psihozu veći kada je osoba bila izložena većem broju zlostavljanja (Shevlin i sur,2008) ili dugotrajnom periodu zlostavljanja, odnosno, akumulaciji stresa (Varese i sur, 2012). Meta-analiza, Varese i sur. (2012), koja je istraživala povezanost između psihoze i nepovoljnih događaja u djetinjstvu (fizički, seksualno i emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje, bulling, smrt ili odvajanje roditelja), pokazala je da bi se rizik za psihozu smanjio na 1/3, kada ne bi bilo događaja, kojima su bili izloženi.

Također su istraživanja pokazala povezanost s traumama u kasnijim razdobljima, kao što su primjerice seksualno ili fizičko zlostavljanje (Grubaugh i sur, 2011).

Prevalencija PTSP-a kod oboljelih s iskustvom psihoze iznosi 12 do 29 % (Achim i sur,

2011; Buckley i sur, 2009), te je značajno viša u odnosu na opću populaciju, u kojoj je 0.4 do 3.5% (Alonso i sur, 2004; Creamer i sur, 2001; Darves-Bornoz, 2008). Smatra se da PTSP simptomi mogu biti rezultat životnih događaja, reakcija na simptome psihoze ili traume, koja je povezana sa iskustvom prve psihoze.

Preporuke : Preporuča se procijeniti postojanje postraumatskog stresnog poremećaja i drugih reakcija na traumu, budući da veliki broj oboljelih s iskustvom psihoze ima različite traumatske događaje u svojoj anamnezi. Postoji rizik da je psihoza također jedan od traumatskih događaja koji može biti povezan s razvojem PTSP-a. Za osobe koje pokazuju simptome PTSP-a, treba primijeniti preporuke iz smjernica za PTSP.

Zdravi stilovi života i pomoć u smanjenju tjelesne težine

Istraživanja provedena u okviru PORT smjernica za psihosocijalne intervencije (Dixon LB i sur, 2009) skupila su dovoljno dokaza iz više randomiziranih studija da bi mogli preporučiti oboljelima od shizofrenije pomoć u smanjenju tjelesne mase. Osobama oboljelim od shizofrenije i drugih psihoza koje su povećane tjelesne mase (s tjelesnim indeksom mase BMI= 25.0–29.9) ili su pretile (BMI \geq 30.0), treba ponuditi psihosocijalni program gubitka težine u trajanju od najmanje 3 mjeseca kako bi im se pomoglo da smanje težinu. Psihosocijalna intervencija uključuje psihoedukaciju i savjetovanje o prehrani, kalorijama, porcijama, samokontroli uzimanja hrane. Uključuje postavljanje ciljeva, monitoriranje tjelesne težine, dnevne količine hrane i provođenje aktivnosti. Savjetuje se način prehrane i primjena fizičkih aktivnosti. (nivo dokaza IIa i IIb)

ORGANIZACIJA SLUŽBE ZA MENTALNO ZDRAVLJE: BOLNIČKO I IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE

Smjernice u ovom odjeljku odnose se na izbor terapijske sredine za liječenje i osiguravanje kontinuiteta liječenja. Kod procjene stanja pacijena, prije otpusta s bolničkog liječenja ili nakon liječenja akutne faze u izvanbolničkom sustavu, potrebno je napraviti plan liječenja s jasnim preporukama gdje se liječenje provodi i na koji način se liječenje nastavlja.

Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za organizaciju službe za mentalno zdravlje

SZO navodi da učinkovite službe za mentalno zdravlje uključuju funkcionalnu povezanost različitih službi i usluga koje postoje u zajednici, naglašava potrebu za koordiniranim sustavom bolničkih i izvanbolničkih službi i raspoloživosti *evidence-based* usluga za oboljele od mentalnih poremećaja. SZO stavlja naglasak na izvanbolničkom liječenju i kratkotrajnom bolničkom liječenju. Što se tiče poremećaja sa psihozom, potrebne su službe za rano otkrivanje i ranu intervenciju prve psihotične epizode i osoba s visokim rizikom za razvoj psihoze, dnevni centri, centri za rehabilitaciju, mobilni timovi za krizne intervencije i kućno liječenje te usluge poput *case-managmenta*. Također se preporuča suradnja s udrugama, koje organiziraju neformalne programe samopomoći i socijalnog uključivanja jer su one važan dio sustava, ali ne mogu zamijeniti druge funkcionalne dijelove.

SZO preporuča poštivanje određenih principa u službama za mentalno zdravlje:

Pristupačnost – službe u blizini mjesta gdje žive korisnici usluga

Sveobuhvatnost – uključuje dostupnost različitih metoda liječenja

Kontinuirana i koordinirana skrb nakon bolničkog liječenja – mogućnosti kontakta s istim timom koji provodi liječenje i korištenje različitih drugih službi, osim medicinskih, poput socijalne skrbi, zapošljavanja

Služba vođena potrebama korisnika odnosi se na terapijski savez i zajednički dogovor o ciljevima liječenja i postupcima u postizanju ciljeva

Učinkovitost – odnosi se na korištenje postupka i programe čija se učinkovitost može lako dokazati.

Jednakost – usluge trebaju biti dostupne svim osobama kojima su potrebne.

Zaštita i unapređenje ljudskih prava – osobe s mentalnim poremećajima imaju ista ljudska prava; uključuje prava na informiranje o pravima, i zaštitu od stigme i diskriminacije

Informacije – točne informacije o liječenju i ljudskim pravima

Oporavak i osnaživanje su ciljevi liječenja prema preporukama SZO-a.

Bolesnici sa psihozom ili shizofrenijom mogu se liječiti u različitim ustanovama i organizacijskim programima. Izbor vrste liječenja, s obzirom na organizaciju službe za mentalno zdravlje, ovisi o brojnim čimbenicima. Općenito, bolesnici se trebaju liječiti u najmanje restriktivnom okruženju koje je sigurno i omogućava učinkovito liječenje. Čimbenici značajni za izbor oblika/ustanove liječenja ili smještaja, prema APA (2010), uključuju:

Kliničko stanje bolesnika kao što su: potreba za zaštitom od ozljede sebe ili drugoga, potreba za vanjskom strukturom i podrškom, sposobnost za suradnju u liječenju, potrebe plana liječenja, potreba za posebnom vrstom liječenja ili posebnim intenzitetom liječenja, koja je dostupna samo u pojedinim ustanovama, potreba za specifičnim liječenjem udruženih psihičkih ili ostalih općih medicinskih stanja.

Obilježja terapijske sredine kao što su: stupnjevanje podrške, strukture i restrikcije prema potrebama bolesnika, mogućnost zaštite bolesnika od ugrožavanja sebe ili drugoga dostupnost različitih terapijskih kapaciteta, uključujući opću zdravstvenu skrb i rehabilitacijske programe, dostupnost psihosocijalne podrške radi facilitiranja pacijentovog prihvatanja liječenja i pružanja bitnih informacija psihijatru o kliničkom statusu pacijenta i odgovoru na terapiju, kapaciteti njege za intenzivno agitirane ili psihotične pacijente, radno vrijeme, općenito okružje i filozofija liječenja, bolesnikova sadašnja okolina ili okolnosti, funkcioniranje obitelji i dostupna socijalna podrška.

Pri izboru sredine za liječenje, osim o kliničkom stanju, potrebnom stupnju podrške i raspoloživosti službi liječenja u zajednici, treba voditi računa i o željama pacijenta. U izboru sredine liječenja, uzima se u obzir činjenica da je u nekih bolesnika rizik, za ugrožavanje sebe ili drugoga, prevelik da bi ih se ostavilo dulje vrijeme bez supervizije. Neki bolesnici mogu imati ozbiljnu disfunkcionalnost, biti bez stalnog boravišta ili živjeti u okolini koja pojačava njihove poteškoće, pa to postaje razlogom izbora terapijske sredine, poput primjerice, bolničkog liječenja (APA, 2010).

Model „uravnotežene njege“ (*the ‘balanced care’ model*) službi za mentalno zdravlje naglašava važnost postizanja ravnoteže između svih komponentni službi, uključujući vanbolničke službe i timove za mentalno zdravlje u zajednici, akutne bolničke službe, rezidencijalne službe u zajednici i službe za podršku zapošljavanju bolesnika (Thornicroft i Tansella, 2012).

Bolničko liječenje

Prema APA (2010) i NICE (2014) smjernicama, prednosti su liječenja u bolnici pružanje sigurne, strukturirane i supervizirane sredine liječenja, smanjenje stresa u bolesnika i članova obitelji. Dopušta psihijatru pobliže praćenje intenziteta bolesnikovih simptoma, uvid u njegovo funkcioniranje i reakciju na liječenje, te nuspojave liječenja. Bolničko liječenje najčešće je indicirano za bolesnike za koje se smatra da predstavljaju ozbiljnu prijetnju ugrožavanja samih sebe ili drugih, ili onih bolesnika koji su ozbiljno dezorganizirani, ili pod utjecajem deluzija ili

halucinacija, koje im onemogućavaju samostalnu brigu i stoga trebaju kontinuiranu superviziju ili podršku. Ostale moguće indikacije za bolničko liječenje uključuju opće zdravstvene ili psihičke probleme, pri kojima je vanbolničko liječenje nesigurno ili neučinkovito (npr. kada se psihičko stanje bolesnika pogoršava unatoč optimalnoj skrbi u zajednici). Imajući u vidu glavni cilj akutnog bolničkog liječenja u facilitiranju brzog povlačenja akutnih simptoma bolesti putem pružanja sigurne, ne-stresne terapijske okoline, organizacija bolničke okoline treba pomoći tom cilju (NICE, 2014). Kako bi bolničke sredine postale sredine koje smanjuju stres, potrebno je pažnju posvetiti fizičkom uređenju odjela koji uz garanciju sigurnosti mora biti ugodno mjesto za boravak pacijenata, omogućavati privatnost, odnosu osoblja i pacijenata kao i aktivacijskom programu liječenja okrenutom oporavku uz dovoljno prostoriya za terapijske aktivnosti (Royal College of Psychiatry, 2011). Poznavanje psihodinamskih principa i principa terapijske zajednice ima ključnu ulogu u organizaciji rada odjela (Ivezić i sur 2004, Štrkalj Ivezić i sur, 2015). Ako osoba sa psihozom ili shizofrenijom treba bolničko liječenje, treba razmotriti učinak bolničkog liječenja na osobu i članove obitelji, naročito ako je bolnički smještaj udaljen od mjesta boravišta. Ako je bolničko liječenje neizbježno, treba osigurati terapijsku sredinu primjerenu dobi, spolu i stupnju vulnerabilnosti bolesnika, te podršku članovima obitelji ili njegovateljima.

Preporuka za uređenje bolničkih odjela i terapijsku kulturu

Preporuča se slijediti preporuke Engleskog psihijatrijskog društva u pogledu fizičkog izgleda odjela i terapijske kulture odjela. Preporuča se primjena principa terapijske zajednice u organizaciji odjela uz potrebne modifikacije na odjelima koji primaju akutne pacijente.

Liječenje u zajednici

Liječenje osoba s psihičkim poremećajima organizira se u povezanom bolničkom i izvanbolničkom sustavu i povezanosti s drugim službama koje su važne za poboljšanje mentalnog zdravlja. Izvanbolničko liječenje, kada god je moguće, ima prednost pred bolničkim liječenjem, stoga je potrebna dostupnost timova za akutno i kronično liječenje u zajednici.

Akutno liječenje u zajednici

Ukoliko postoje organizirane i adekvatne službe za liječenje u zajednici, koje su alternativa bolničkom liječenju, kao prvi izbor za akutno liječenje su timovi za kućno liječenje ili liječenje u dnevnoj bolnici. U slučaju ako intenzitet epizode ili rizik za bolesnika ili druge premašuje

kapacitete službe timova u zajednici, koje provode kućno liječenje, za učinkovito rješavanje takvog stanja, preporuča se bolničko liječenje. U slučaju kada je došlo do bolničkog liječenja, mora postojati dogovor o nastavku liječenja između bolničkog i izvanbolničkog tima koje preuzima daljnje liječenje. Neopohodana je koordinacija između bolničkog tima i izvanbolničkog tima, temeljena na zajedničkom planu liječenja za pojedinačnog pacijenta. Liječenje u kući, akutna dnevna bolnica i *case-management* – alternative su bolničkom liječenju, koje imaju dovoljno dokaza o učinkovitosti (APA, 2010).

Liječenje u kući provodi multidisciplinarni tim (najčešće psihijatar, medicinska sestra, poveremeno socijalni radnik, radni terapeut, psiholog), a broj posjeta ovisno o kliničkom stanju oboljelog.

Preporučena je dostupnost sljedećih oblika vanbolničkih službi/timova:

1. timovi za razrješenje krize i terapijski timovi za liječenje u kući donose hitnu procjenu o potrebi bolničkog prijema, i kada je moguće, pružaju intenzivnije kućno liječenje, kao alternativu (Johnson i sur, 2008);
2. timovi za *asertivni outreach* (asertivno liječenje u zajednici) rade intenzivno s osobama koje najteže surađuju (Wright i sur, 2003). Jedan od modela asertivnog *outreacha* je nizozemski Fleksibilni asertivni model u zajednici (FACT) - tim za osobe s težim psihičkim poremećajima (*serious mental illness*), koje obuhvaćaju između ostalog i poremećaje s psihozom (Veldhuizen, Bahler 2013)
3. službe za rane intervencija u psihozi imaju cilj smanjenje odgađanja liječenja na početku psihoze i promoviraju oporavak i smanjuju relaps, nakon prve psihotične epizode (Lester i sur, 2009).
4. službe za rehabilitaciju, koje često uključuju bolničke, rezidencijalne i službe u zajednici, za osobe sa psihozom i shizofrenijom s teškoćama funkcioniranja u mnogim područjima, s fokusom na osobe sa rezistentnim simptomima i ozbiljnim poteškoćama funkcioniranja. (Killaspy i sur, 2013).
5. Dnevne bolnice kao alternativa akutnom liječenju i liječenju radi stabilizacije stanja
6. dnevni centri i programi uključivanja obično su dio socijalnih službi, lokalnih zajednica, nevladinih udruga, a organiziraju različite aktivnosti poput organizacije slobodnog vremena, pomažu u procesu socijalnog uključivanja i stvaranja socijalne mreže.

Asertivni *case-management*

Program za asertivno liječenje u zajednici (*Program for Assertive Community Treatment, PACT*), uključuje zajedno *case-management* i aktivne terapijske intervencije u jednom timu, koji koristi visoko integrirani pristup. Ovaj program je namijenjen liječenju bolesnika koji imaju visoki rizik za ponavljano bolničko liječenje i ne mogu se dostatno opskrbiti u uobičajenim programima u zajednici, kao i za bolesnike koji imaju ozbiljna psihosocijalna oštećenja i trebaju značajnu pomoć za život u zajednici, a radi pomoći u prevenciji relapsa i maksimiziranju socijalnog i radnog funkcioniranja. Kada se program organizira kao alternativa akutnom bolničkom liječenju, tada treba imati 24-satnu dostupnost.

Randomizirane studije koje uspoređuju PACT s ostalim službama skrbi u zajednici konzistentno pokazuju da PACT značajno smanjuje uporabu bolničkih službi i promovira kontinuitet u vanbolničkom liječenju (APA, 2010). Brojna istraživanja utvrđuju efikasnost ovog liječenja (Burks 1995, Holloway i sur 1998, Lehman i sur 1997, Salkever i sur 1999, Issakidis i sur 1999). Meta-analiza pokazuje da ovakve alternative bolničkom liječenju za akutna stanja mogu biti barem toliko, a ponekad i učinkovitije od bolničkog liječenja, u smanjivanju odustajanja od liječenja, smanjivanju obiteljskog opterećenja i povećanju zadovoljstva bolesnika i obitelji, uz neutralne troškove (APA, 2010), Ključni elementi PACTa su:

- naglašavanje bolesnikovih snaga u prilagodbi na život u okolini, za razliku od fokusiranja na psihopatologiju;
- pružanje podrške i konzultacija bolesnikovoj prirodnoj mreži podrške (obitelj, poslodavci, prijatelji i vršnjaci, udruge u zajednici)
- pružanje kontinuiranog izvanbolničkog liječenja radi osiguravanja ostanka bolesnika u programu liječenja.

Naglašava se i adherencija na terapiju lijekovima, kao i brzi pristup psihijatru. Bolesnici sa shizofrenijom, koji otežano ili jedva funkcioniraju i/ili slabo surađuju u uzimanju lijekova, mogu imati koristi od ovakvog sveobuhvatnog pristupa. Ostali bolesnici, koji su sposobniji za funkcioniranje u zajednici i adherentni na terapiju, ne trebaju takve opsežne pristupe i programe. Dokazi učinkovitosti su najjači za one programe koji čvrsto slijede originalni PACT model, uključujući održavanje odnosa bolesnik-osoblje u omjeru otprilike 10:1.

Jedan od oblika asertivnog *case-managementa* je nizozemski je Fleksibilni asertivni model - FACT model (Veldhuizen, Bahler 2013, Cvitan 2016.). U sklopu Europskog projekta „Osiganje optimalnog liječenja u zajednici za oboljele od mentalnih poremećaja“ koji se provodi u suradnji s Trimbos institutom iz Nizozemske, a u fokusu ima provedbu liječenja za oboljele od poremećaja sa psihozom s kroničnim poteškoćama funkcioniranja u okviru mobilnih

timova za liječenje u zajednici provedena je edukacija za multidisciplinarni tim različitih stručnjaka iz različitih područja RH, pa su tako hrvatski stručnjaci upoznati s ovim modelom.

Preporuke: Asertivni tim u zajednici, s različitim intenzitetom intervencija i frekvencijom posjeta, treba ponuditi pacijentima s dijagnozom shizofrenije i/ili ozbiljnog mentalnog poremećaja, povezanog s visokim stupnjem onesposobljenosti za svakodnevni život i rad, radi stabilizacije stanja i poboljšanja funkcioniranja. Casemanagement/ asertivno liječenje treba ponuditi oboljelima s učestalim hospitalizacijama, slabom suradljivošću u uzimanju lijekova i poteškoćama održavanja kontinuiteta liječenja. Broj osoba s kojima može raditi jedan casemanager ili asertivni tim ovisiti će o kliničkom stanju pacijenta, njegovim potrebama i tehničkim detaljima poput udaljenosti do mjesta stanovanja oboljelog..

Case management

Uobičajeno je opažanje da se oboljeli od psihoze s poteškoćama funkcioniranja teško snalaze u sustavu liječenja bez pomoći profesionalne osobe, što nepovoljno djeluje na njihovo liječenje. Radi otklanjanja ove situacije, razvijena je funkcija *case managementa* – nekoliko članova tima ili jedan član tima može biti dodijeljen kaokoordinator liječenja ili *case manager*, koji osigurava da bolesnik prima koordiniranu, kontinuiranu i obuhvatnu skrb. Na primjer, *case-manager* može povezati bolesnika s socijalnom službom, posjetiti ga kući ako propusti dogovoreni pregled kod psihijatra ili sazvati sastanak djelatnika različitih službi koji pomažu bolesniku u formuliranju i provedbi plana liječenja, u suradnji s psihijatrom, pomoći pacijentu da dođe do programa rehabilitacije, dnevnog centra i slično. Odnos *case-managera* i broja pacijenata, ovisi o težini bolesti i stupnju oštećenja korisnika skrbi (više o modelima *casemanagmenta* vidi u preglednom radu Štrkalj Ivezić i sur. 2013).

Napomena: Timovi za vanbolničko liječenje i alternative bolničkom liječenju nisu dostupni u Hrvatskoj pa je potrebno raditi na izgradnji ove mreže.

Povratak u službe primarne zaštite: u primjenjivim slučajevima, ponuditi bolesnicima sa psihozom ili shizofrenijom, čiji simptomi učinkovito reagiraju na liječenje i koji su stabilni i funkcionalni u većini aspekata, ili su potpuno remitirani, mogućnost povratka u službu primarne zaštite na daljnje liječenje. Ukoliko korisnik to želi, potrebno je to zabilježiti u njegovu dokumentaciju i koordinirati transfer odgovornosti za liječenje putem pristupa programima skrbi u primarnoj zaštiti (NICE, 2014 i APA, 2010).

Dnevno bolničko liječenje ili parcijalno bolničko liječenje u akutnoj fazi

Dnevno se bolničko liječenje može koristiti kao trenutna alternativa bolničkom liječenju za akutno psihotične pacijente ili radi kontinuiteta stabilizacije nakon kraćeg bolničkog liječenja. Bolesnik ne smije biti opasan po sebe ili druge, treba imati kapacitet za barem minimalnu suradljivost i imati bližnju osobu na raspolaganju za pružanje potrebne skrbi. Terapijske alternative, kao što je dnevno bolničko liječenje imaju potencijalne prednosti zbog manjeg učinka na bolesnikov život, liječenje u manje restriktivnim uvjetima, veće integriranosti u okolinu i izbjegavanje stigme, povezane s psihijatrijskim bolničkim liječenjem. Meta-analize pokazuju da je dnevno bolničko liječenje povezano sa općenitim smanjenjem broja bolničkih dana, bržim povlačenjem simptoma i općenitim smanjenjem troškova, bez povećanja opterećenja članova obitelji (NICE, 2014). Dnevna bolnica za akutne pacijente moguća je alternativa za pacijente koji imaju osiguranu skrb obitelji ili njegovatelja tijekom noći. Istraživanja sugeriraju dokaze da je akutna dnevna bolnica održiva i klinički učinkovita alternativa bolničkom liječenju bolesnika (NICE, 2014).

Dnevni centri za dugotrajno liječenje

Općenito se dnevni programi liječenja koriste za pružanje kontinuiteta skrbi i podrške za osobe s poteškoćama funkcioniranja i socijalnog uključivanja bolesnika sa shizofrenijom u fazi stabilizacije bolesti ili stabilnoj fazi bolesti. Takvi programi, koji obično nisu vremenski ograničeni, pružaju strukturu, podršku i program liječenja radi pomoći u prevenciji relapsa i održavanju i postupnom poboljšanju bolesnikovog socijalnog funkcioniranja. Smatra se da dugotrajno dnevno liječenje poboljšava sudjelovanje bolesnika, poboljšava klinički ishod, i smanjuje broj bolničkih prijema (APA, 2010). No, Cochranova analiza ne nalazi dokaze da dnevni centri liječenja imaju bolji ili lošiji učinak u odnosu na vanbolničko liječenje na bilo koji klinički ili socijalni pokazatelj ishoda (Marshall, 2005). Međutim, pažljivo organizirani programi dnevnog rehabilitacijskog centra pokazuju dobre rezultate te su potrebna daljnja istraživanja u ovom području (Štrkalj Ivezić i sur. 2013, Pioli i sur. 2006).

Preporuke : Prilikom planiranja liječenja, s obzirom na fazu bolesti, socijalno funkcioniranje i druge okolnosti koje utječu na izbor terapijske sredine, psihijatar u suradnji s multidisciplinarnim timom treba pažljivo procijeniti potrebu za izvanbolničkim programom, dostupnost programa i pomoći bolesniku u izboru programa koji će doprinjeti oporavku od psihičke bolesti.

Programi ranog prepoznavanja i rane intervencije u liječenju prve epizode ili prodroma psihoze ili shizofrenije (*Early Intervention Services, EIS*)

Rani tijek shizofrenije uključuje premorbidnu fazu, prodromalnu fazu i prvu epizodu bolesti. Premorbidna se faza odnosi na asimptomatski period, kada se, u manjem broju bolesnika, nalaze suptilni i stabilni neurorazvojni deficiti u motoričkom, socijalnom i/ili intelektualnom funkcioniranju. Ovi deficiti označavaju osjetljivost za razvoj psihoze, ali smatra se da imaju malo, ako uopće ikakvo, značenje u predviđanju posljedičnog razvoja psihoze (NICE 2014).

Prvi znakovi bolesti su najčešće funkcionalni, ne-simptomatski, i uključuju deficite u socijalnom i intelektualnom funkcioniranju i organizacijskim sposobnostima. Prodromalni

„simptomi“ se konačno javljaju usporedo s funkcionalnim otklonom, između prvog i 24. mjeseca prije početka inicijalne epizode bolesti. Nespecifični i negativni simptomi najčešće se prvi razvijaju, a slijede ih prigušeni pozitivni simptomi. U godini prije prve epizode, naročito zadnjih 4-6 mjeseci, simptomi se pojačavaju u učestalosti i intenzitetu. Njihova karakteristična psihotična fenomenologija (npr. ideje odnosa, paranoidne ideje, neobične ili otuđene misli, neobjašnjivi zvukovi) postaje očiglednija i, konačno, dolazi do psihoze (APA, 2010). Osobe, koje zadovoljavaju kriterije za prodromalne simptome i imaju rizik za psihozu u bližoj budućnosti, trebaju se pažljivo procijeniti i učestalo pratiti dok se njihovi simptomi povuku spontano ili razvijaju u shizofreniju ili u drugu psihičku bolest, koja se dijagnosticira i liječi.

Rana intervencija za psihoze ima dva cilja: liječenje aktivnih psihotičnih ili prodromalnih simptoma i prevencija buduće deterioracije i buduće progresije tijeka prema kronifikaciji.

Istraživanja pokazuju da relapsu često prethodi pojava prodromalnih simptoma, koji mogu trajati nekoliko dana, tjedana ili dulje. Prodromalna se faza relapsa obično sastoji od umjerenih do težih disforničnih simptoma, kao što je napetost ili nervoza, slabije hranjenje, poteškoće koncentracije i pamćenja, poteškoće spavanja i depresija, i može uključivati i blaže psihotične simptome i idiosinkratska ponašanja (APA, 2010). Dodatno, dolazi do promjene u ponašanju, koju zapažaju neki pacijenti i obitelj. Primjeri uključuju socijalno povlačenje, uređivanje (*make-up*) na izražen ili bizaran način ili gubitak interesa za vanjski izgled. Kontrolirane studije pokazuju da specifični programi edukacije pacijenata i obitelji o prodromalnim simptomima i ranim intervencijama, kada se simptomi pojavljuju, može biti od pomoći u smanjivanju učestalosti relapsa (Herz i sur 2000; 1991; 1995).

EIS se definira kao pristup s fokusom na skrb i liječenje osoba u ranoj fazi (obično do 5 godina) oboljevanja od psihoze ili shizofrenije, ponekad uključujući prodromalnu fazu bolesti. Skrb ili usluge pruža specijalizirani tim, koji u sveobuhvatnom programu liječenja provodi

farmakološke i psihosocijalne postupke. Službe za liječnje prve psihotične epizode/rane intervencije obuhvaćaju osobe između 14. i 35. godine života, s prvom epizodom psihoze, te osobe u toj dobi tijekom 3 do 5 godina od prve psihotične epizode.

Zadaci: poticanje oporavka, smanjenje stigme i povećanje svijesti o simptomima psihoze; smanjenje duljine trajanja psihoze, poticanje boljeg uključenja u liječenje i skrb, pružanje psihosocijalnih metoda liječenja i psihoterapije, kordinacija sa drugim službama na temelju individualnog plana liječenja. Također, uključuju aktivnosti za povećanu svijesti o psihozi u javnosti i primarnoj zaštiti i ranom otkrivanju bolesti. Evaluacija učinkovitosti pokazuje da je EIS bolji nego usporedni standardni program u nizu pokazatelja ishoda, uključujući smanjenu stopu relapsa, smanjeno bolničko liječenje, poboljšanje simptoma i kvalitete života i, rana intervencija se preferira u odnosu na standardnu skrb (NICE, 2014).

Procjenjuje se da su troškovi programa rane intervencije opravdani s potencijalnim smanjenjem troškova radi smanjene stope relapsa i kraćeg bolničkog liječenja te očekivanih kliničkih prednosti i poboljšanja kvalitete života osoba sa psihozom i shizofrenijom.

Preporuke: rana intervencija za osobe sa psihozom treba biti dostupna za sve osobe s prvom epizodom ili prvom pojavom psihoze, bez obzira na dob osobe ili trajanje neliječene psihoze. Liječenje se nastavlja u službi za ranu intervenciju ili u nekom od dostupnih programau zajednici. Rana intervencija za psihoze ima za cilj pružiti puni opseg farmakoloških, psiholoških, socijalnih, okupacijskih i edukativnih intervencija za osobe sa psihozom, sukladne smjernicama.

Organizacije pacijenata i organizacije za samopomoć

Organizacije pacijenata značajni su suidionici i važan dio nevladinog sektora sustava pružanja usluga u mentalnom zdravlju, mogu pridonijeti kvaliteti mentalnog zdravlja, komplementarni su u uslugama koje pružaju, ali ne mogu zamijeniti službe za mentalno zdravlje. Udruge mogu provoditi različite programe koji potiču socijalnu uključenost i oporavak od psihičke bolesti. Grupe samopomoći - Podrška **istovrsnika** (*peersupport*) je socijalno-emocionalna, a ponekad i instrumentalna podrška, koja se međusobno nudi ili daje među osobama koje imaju zajedničke ili slične poteškoće, u ovom slučaju, s mentalnim zdravljem, s ciljem postizanja željene društvene ili osobne promjene (APA,2010). Najstariji i najrasprostranjeniji oblik istovrsne pomoći su grupe samopomoći.

Grupe samopomoći učinkovite su u poboljšanju simptoma, povećanju društvene mreže i kvalitete života, smanjenju hospitalizacije, suočavanju (*coping*), prihvatanju bolesti, suradljivosti u uzimanju lijekova, poboljšanju svakodnevnog funkcioniranja, smanjenju potreba

za intenzivnijim programom liječenja, i pružaju više zadovoljstva zdravljem. Podršku istovrsnika pružaju za to educirani istovrsnici, koji su se oporavili od psihoze ili shizofrenije i stabilni su. Educirani istovrsnici trebaju dobiti potporu tima, te podršku i mentorstvo od iskusnih educiranih istovrsnika (APA, 2010). U nekim državama, poput Nizozemske, osobe s iskustvom psihoze zapošljavaju se kao članovi tima za liječenje u zajednici.

Programi podrške istovrsnika i programi samo-pomoći trebaju pružati informacije i savjete, vezano za bolest i liječenje, uključujući lijekove i psihosocijalne metode, savjete za prevenciju ponovne epizode bolesti, o službama liječenja, samopomoći u krizi, traženju profesionalne pomoći, izgradnji socijalne mreže i izradi osobnog plana oporavka (Pandya A i JänMyrick K, 2013, Fukui S i sur, 2011).

Preporuke: Sudjelovanje korisnika usluga – pacijenata u planiranju, provedbi i evaluaciji službi za mentalno zdravlje predstavlja važan dio skrbi za mentalno zdravlje, fokusiranoj na oporavku. Stoga je potrebno potaknuti usluge u zajednici koje pružaju istovrsnici s iskustvom psihičke bolesti, samostalno ili u suradnji sa službama za mentalno zdravlje. Dobar primjer suradnje između istovrsnika i službi za mentalno zdravlje je Nizozemski model u kojem su istovrsnici članovi tima i također provode neke programe samostalno s ciljem realizacije osobnog plana oporavka. Zapošljavanje istovrsnika, osoba s iskustvom psihičke bolesti, također utječe na smanjenje stigme psihičke bolesti.

Smještaj

Pojava skrbi u zajednici postavila je izazove u pogledu stambenog zbrinjavanja osoba s mentalnim poremećajima s ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima (*severe mental illness*, SMI) i njihovog povezivanja sa psihijatrijskim liječenjem. Osim života s obitelji, izbori uključuju hostele, grupne domove, terapijske zajednice, udomiteljstvo i podržano neovisno stanovanje.

Sve više ljudi sa SMI odabiru živjeti što samostalnije u pojedinačnom smještaju jer zajednički smještaj s ostalim stanovnicima koji imaju duševne bolesti nalik je životu u instituciji (Trainor i sur, 1993). Različite analize učinkovitosti smještaja na poboljšanje mentalnog zdravlja i kvalitete života, npr. pomodelu „**Prvo smještaj**“ („*Housing first*“), povezuju se s najboljim rezultatima i najvećim zadovoljstvom osoba sa SMI (Nelson G, 2010). Radi se o modelu smještaja koji oboljelima dozvoljava da sami izaberu oblik smještaja, najčešće u individualnom stanovanju, te dobivaju vrstu i intenzitet podrške u skladu s njihovim potrebama. Najčešće se radi o suradnji između službi koje se bave smještajem i službi koje se bave liječenjem.

Postoje i **prelazne kuće** – pacijenti žive u kući, koja je izravno povezana s psihijatrijskim liječenjem i podrškom u kojoj ovisno o njihovom stanju imaju različiti stupanj podrške

profesionalnog osoblja. Prihvatanje liječenja često je uvjet korištenja takvog stanovanja. Također postoji stanovanje koje nije direktno vezano za liječenje, kada pacijent stanuje u svom domu ili drugom obliku smještaja, uz pružanje usluge liječenja tima u zajednici u njegovoj kući ovisno o potrebama. Za osiguravanje smještaja u zajednici potrebna je suradnja sa socijalnom skrbi koja organizira različite oblike smještaja.

Vrste smještaja u zajednici:

Prema Budsonu (Budson RD, 1990), najčešći tipovi stambenih objekata koje se trenutno koriste uključuju:

- Prijelazni smještaj (*Transitional half way houses*) definiran kao stambeni objekt koji pruža boravak i prehranu i promiče socijalizaciju, dok se ne pronađe pogodnije stanovanje. Koristi se kao prijelazni objekt između bolnice i zajednice za pacijente u oporavku.
- Dugotrajno grupno stanovanje (*Long-term group residences*). Ovi objekti imaju osoblje na licu mjesta, a koriste se za osobe s kroničnim funkcionalnim invaliditetom. Duljina boravka je neodređena, za razliku od boravka u prijelaznom smještaju, što je obično 6-8 mjeseci.
- Zajedničko stanovanje (*Cooperative apartments*). Osoblje nije stalno prisutno, ali djelatnici redovito posjećuju, nadziru i pomažu stanare u provođenju različitih aktivnosti.
- Smještaj za intenzivnu njegu ili centar za krizna stanja u zajednici. Ovi objekti mogu se koristiti kako bi se spriječila hospitalizacija ili skratilo trajanje hospitalizacije. Obično je stalno prisutno osoblje za pružanje skrbi i savjetovanje.
- Udomiteljstvo (*Foster or family care*). Neki pacijenti su smješteni u udomiteljsku ili obiteljsku skrb u privatnim kućama. Postoji zabrinutost da se u nekim situacijama pruža samo funkcija čuvanja, a ne liječenja i terapijske podrške. Potreban je strogi nadzor nad udomiteljskim obiteljima kako bi se osiguralo da pacijenti žive u terapijskom okruženju.
- Domovi (*Board-and-care homes*). Ovi objekti su uglavnom vlasnički pansioni. Kaos udomiteljskom skrbi, potrebno je neposredno praćenje i nadzor, jer neki od njih pružaju substandardno okruženje za pacijente i nisu dobro povezano s programima liječenja

- Starački domovi su pogodni za neke gerijatrijske ili pacijente s kroničnim invaliditetom, odnosno za osobe s psihičkom bolesti koje traže smještaj zbog starosti i nemoćnosti

Napomena: Domovi socijalne skrbi – smještaj gdje se na okupu nalazi veliki broj oboljelih od psihičke bolesti koji postoje u RH ne preporučaju kao oblik smještaja.

Preporuke: Nedostatak adekvatnog smještaja povezan je s rizikom pogoršanja stanja. Potrebno je u dogovoru s socijalnom službom razvijati uvjete smještaja poput prijelaznih smještaja, organiziranog stanovanja i podrške u vlastitom domu. Za izbor najprikladnijeg smještaja osim mogućnosti koje su na raspolaganju, važan je osobni izbor osobe koja se smještava. Za sve osobe koje imaju uvjete živjeti u svom ili iznajmljenom stanu ili u svojoj obitelji potrebno je organizirati podršku u kući putem timova za akutno i kronično liječenje u zajednici. Važno je znati da smještaj osobe znači mjesto u kojem osoba živi, stoga supervizija i pomoć u savladavanju poteškoća svakodnevnog življenja mora biti u skladu s njenim kliničkim stanjem i njenim pristankom.

Literatura

Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy M. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37:811-21.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2004:21-7.

Anthony W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(4), 11-23.

Anthony WA, Forbes R, Cohen MR. Rehabilitation oriented Casemangement. In: Harris M, Bergman H (eds): Case mangament for mentally ill patients: Theory and practice. Chur Switzerland, Harwood Academic 1993

APA Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second editon. American psychiatric association, 2010.

Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105:1176-89.

Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine* 1994;24:707-18.

Bell DNF, Blanchflower DG. Young people and the Great Recession. *Oxford Review of Economic Policy*. 2011;27:241-67.

Bellak AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step by Step Guide*. New York London: The Guilford Press, 2004.

Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytical evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:741-747.

Bergman MH (eds). *Case management for mentally ill patients: Theory and practice* ChurSwitzerland, Harwood Academic, 1993.

Birchwood M, Spencer E, McGovern D. Schizophrenia: early warning sign. *Advances in Psychiatr. Treatment* 2000;6:93-101.

Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182:373-5.

Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for people with severe mental disabilities. *Rehab Psych*. 1995;40:91-111.

Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 2001.

Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. *Psychosocial Rehabilitation J* 1998;22:11–23.

Bouchard S, Vallières A, Roy MA, Maziade M. Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: a critical analysis. *Behav Ther* 1996;27:257–277.

Brenner HD. On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. In *Psychosocial Treatment of Schizophrenia* (J. S. Strauss, W. Boker, H. D. Brenner, eds.). Toronto: Hans Huber, 1986.

Brickwood M. Early Intervention in Psychotic relapse :cognitive approaches to detection and managment. *Behaviour Change* 1995;12:2-19

Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*.1972;121:241-58.

Brown GW, Monck E, Carstairs G, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*. 1962;16:55-68.

Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*. 1966;19:241-63.

Brown GW. Life-events and psychiatric illness: some thoughts on methodology and causality. *J Psychosom Res*. 1972;16:311-20.

Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;196:116-21.

Buchkremer G, Klinberg S, Holle R, Schulze Monking H, Hornung WP, Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and thir key relatives or care-givers: result of a 2 – years folow –up. *Acta Psyhiat Scan* 1997;96:483-491.

Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35:383-402.

Budson RD. Models of supportive living: community residential care. In: *Handbook of Schizophrenia, vol 4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Edited by Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. New York, Elsevier, 1990; pp317–338

Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995;46:669–675.

Bustilo J, Buchaman RW, Carpenter WT. Prodromal Symptoms as early warning signs and clinical action in schizophrenia. *Schizoph. Bull* 1995;21:533-539.

Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:547.

Chinman MJ, Rosneheck R, Lam JA. The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2000;51:1142-1147.

Coldham EL, Addington J, Addington D: Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:286–290;

Corrigan PW. Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *J BehavTherExp Psychiatry* 1991;22:203–210.

Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*. 2001;31:1237-47.

Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *J Ment Health* 1999;8:275–285.

Cvitan B Rana intervencija u bolesnika s psihotičnim poremećajem u Nizozemskoj U: Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. Restek Petrović B, Filipčić I (ur). Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the Psychosis and schizophrenia in adults epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*. 2008;21:455-62.

Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996;19:91-97

Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res* 2000; 43:71–90.

Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman

A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient

Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010;36(1):48-70.

Dobson DJ, McDougall G, Busheikin J, Aldous J: Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995;46:376–380.

Doidge JR, Rodgers CW. Is NIMH's dream coming true? Wyoming centers reduce state hospital admissions. *Community Ment Health J*. 1976;12:399-

Drake RE, McHugo GI, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, Quimbi E. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-633.

Dzija F, Ahern K. What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 2009.

Faber G, Smid HGOM, VanGool AR, Wiersma D, VanDen Bosch RJ. The effects of guided discontinuation of antipsychotics on neurorecognition in first onset psychosis. *European Psychiatry*. 2012;27:275-80.

Falloon IR, Boyd IJ, McGill WC. Family care of schizophrenia. A Problem –Solving Approach to the Treatment of Mental Illness. New York London: The Guilford Press, 1984.

Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887–896.

Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003;2:20–37.

Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AN. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl Med* 1982;306:437-440.

Fatemi SH, Folsom TD. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35:528-48.

Fitzgerald PB. The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry* 2001;35:758-764.

Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990;47:228–236.

Frank JD. Therapeutic components in all Psychotherapies. In: *Cures by psychotherapy: What effects change?* Myers JM (ed). New York: Praeger 1984:15-27.

From Reichmann F (1974) *Psychoanalysis and psychotherapy*. Chicago: Univ. of Chicago press

Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson LJ, Cook K, Rapp CA, Gowdy EA. Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;34(3):214-22.

Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington CC American Psychiatric Press Inc. 1994.

Galletly CA, Clark CR, MacFarlane AC. Treating cognitive dysfunction in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2000;25:117-24.

Goering PN, Stylianos SK. Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. *Am J Orthopsychiatry* 1998;58:271-80.

Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001 48:335–342.

Gray R, Rofail D, Allen J et al. A survey of patient satisfaction and subjective experience of treatment with antipsychotics medication. *Journal of Advanced Nursing* 2005;52:31-37.

Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31:883-99.

Gruber E, Martić-Biocina S, Ivezic-Strkalj S. "Since I have my case manager, I am back to life" case management in Croatia. *Psychiatr Danub*. 2008;20(1):63-70.

Gunderson JG. Patient-therapist matching: a research evaluation. *Am J Psychiatry*. 1978;135:1193-7.

Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull*. 1984;10(4):564-98.

Harding CM, Brooks GW, Ashiakaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont Longitudinal study of persons with severe mental illness II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM .III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1987;144:727-735.

Harrison G, Hopper K, Craig T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. *British Journal of psychiatry*, 2001;178:506-517.

Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*. 2012;42:2145-55.

Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behav Ther* 1995; 26:433– 449.

Herz MI, Glazer WM, Mostert MA, Sheard MA, Szymanski HV, Hafez H, Mirza M, Vana J. Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia: two-year results. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:333–339.

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:277–283

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:277–283.

Herz MI, Lamberti JS. Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21(4):541-51.

Hicks AL, Deane FP, Crowe TP. Change in working alliance and recovery in severe mental illness: an exploratory study. *J Ment Health*. 2012;21:127-34.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340–347.

Holloway F, Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill: controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998;172:19-22.

Huber G, Gross S, Schuttler R, Linz M. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 1989;6:592-605.

Issakidis C, Sanderson K, Tecsson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive care management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ;99: 369-367

Ivezic S, Skocic P, Bagaric A, Oruc L. Importance of an interpersonal approach and object relation theories for the organization of treatment at the psychiatric hospital. *Med Arh.* 2004;58(4):241-3.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf Rd, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004;109:38-45.

Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2005;50:892-900.

Johnson S, Needle J, Bindman J, Thornicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

Jorgensen P. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *Br. J Psychiatry* 1998;172:327-330.

Kanter J. *Clinical Case management: Definition, principles. Components Hospital and Community psychiatry,* 1989;40:361-8.

Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: A randomised controlled trial. *Br Med J* 1996;312:345-9.

Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-19 .

Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *The British Journal of Psychiatry.* 2011;199:266-68.

Killaspy H, Marston L, Omar RZ, Green N, Harrison I, Lean M, et al. Service quality and clinical outcomes: an example from mental health rehabilitation services in England. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202:28-34.

Kreyenbuhl J, Robert W. Buchanan , Faith B. Dickerson , Lisa B. Dixon The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 2009;36:94–103.

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1985;146:594-600.

Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1038–1043.

Lester H, Birchwood M, Bryan S, England E, Rogers H, Sirvastava N. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194:446-50.

Li F, Wang M. A behavioural training programme for chronic schizophrenic patients: a threemonth randomised controlled trial in Beijing. *Br J Psychiatry* 1994; 164(suppl 24):32-7.

Liberman RP, DeRisis WJ, Mueser KT. *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needham Heights, Mass, Allyn& Bacon, 1989

Liberman RP, Massel HK, Mosk MD, Wong SE. Social skills training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1986;36(4):396-403.

Liberman RP, Vaccaro JV, Corrigan PW. Psychiatric rehabilitation. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed, vol 2. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, Williams& Wilkins, 1995, pp 2696–2719.

Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1087–1091.

Liberman RP. *Recovery from the disability*. American Psychiatric Publishing Washington DC London England, 2008.

Lieberman JA. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder:a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study . *J Clin Psychiatry* 2008;69:106-13 .

Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209–219.

Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, Lebell M, Zimmerman K, Liberman RP. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:1585–1592.

Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;(407):87-90.

Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: metaanalysis of research findings. *Psychol Med* 1994;24:565–578.

Marshal M: How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? Geneva: World Health Organization, 2005.

Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult. Clin. Psychol.* 2000;68:438–450.

McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness. A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry.* 2004;50:115-128.

McFarlane WR. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv* 1994; 62:13–22.

McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia Rationale. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:201-222.

McGorry PA, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM. EPPIC an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull* 1996; 22:305-326

Michon HW, van Weeghel J, Kroon H, Schene AH. Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes-a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2005;40:408-16.

Miller R. M., Rollnick S. *Motivational interviewing.* New York. London: Guilford Press, 2002; 1-198.

Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998; 24:569–587.

Morgan C, Kirkbride J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K, et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37:495-503.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):37-74.

Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1272–1284

Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1272–1284.

Mueser KT, Wallace CJ, Liberman RP. New developments in social skills training. *Behav Change* 1995;12:31–40.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management (NICE Clinical Guideline178)*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from: www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf

Neale MS, Rosenheck RA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatr Serv.* 1995;46:719-21.

Nelson G. Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence and Transformative Change. *J of Sociology and social sci* 2010; 37:123-146.

Norman RM, Townsend LA. Cognitive-behavioural therapy for psychosis: a status report. *Can J Psychiatry* 1999;44:245–252.

Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;72(1):29-39.

Oltmanns TF, Neale JM. Schizophrenic performance when distractors are present: attentional deficit or differential task difficulty? *Journal of Abnormal Psychology.* 1975;84:205-9.

Owens KA, Haddock G, Berry K. The Role of the Therapeutic Alliance in the Regulation of Emotion in Psychosis: An Attachment Perspective. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(6):523-30.

Pandya A, Jän Myrick K. Wellness and recovery programs: a model of self-advocacy for people living with mental illness. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(3):242-6.

Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (2), CD002831,2002.

- Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:607–617.
- Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, McEvoy JP, Hamer RM, Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. metaanalysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32:763– 782;
- Perkins DO: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1121–1128,
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: II. meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002a;32:783–791;
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002b;32:763–782 ,
- Pioli R, Vittorielli M, Gigantesco A, Rossi G, Basso L, Caprioli C, Buizza C, Corradi A, Mirabella F, Morosini P, Fallon RH. Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomized multicentric trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006; 2:1745-1792.
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia — a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27,73 – 92 .
- Pitt L, Kilbride M, Welford M, Nothard S, Morrison AP. Impact of a diagnosis of psychosis: user-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin*. 2009;33:419-23.
- Priebe S, Gruyters T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993;181:552-557.
- Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2002;26:132-44.
- Ragna G, Thorsen B, Gronnestad G, Oxnevad AL. *Family and Multy-Family Work with Psychoses*. London and New York: Routledge, 2006.
- Read J, Bentall RP. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry* 2012;200:89-91.

Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112:330-50.

Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J NervMent Dis* 2001;189:278–287.

Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209–219.

Ross J. *Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2008.

Royal college of psychiatry. *Do the right thing: how to judge a good ward. Ten standards for adult in-patient mental healthcare*. 2011.

Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J, Wagner HR, Faldowski RA, Paolone J. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. *Health Serv Res* 1999;34:577–601.

Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM. Maintenance treatment of schizophrenia: a review of dose reduction and family treatment strategies. *Psychiatr Q* 1995;66:279–292.

Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:621–630.

Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34:193-9.

Smith TE, Hull JW, Romanelli S, Fertuck E, Weiss KA: Symptoms and neurocognition as ratelimiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:1817–1818.

Solomon P, Draine J, Delaney MA. The working alliance and consumer case management. *Journal of Mental Health Administration* 1995;22:126-134.

Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiller M. The effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1999;25:291-307.

Svensson B, Hansson L. Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally illpatients: results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitivetherapy. *Eur. Psychiatry* 1999;14:325–332.

Svjetska zdravstvena organizacija. MKF - međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja. Medicinska naklada, Zagreb, 2010.

Štrkalj Ivezić S, Mužinić L, Vrdoljak M. Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti 1, 2015;25-34.

ŠtrkaljIvezić S, Mužinić L Gruber E Sigurnost liječenja bolesnika u sustavu mentalnog zdravlja. Medix 2010;26:42-49.

Štrkalj Ivezić S, Mužinić L, Vidulin V. Program koordiniranog liječenja (case management) u rehabilitaciji osoba s psihotičnim poremećajem. Soc. Psihijat, 2009;37:83-91.

Štrkalj Ivezić S. Funkcioniranje između zdravlja i bolesti. Smjernice za procjenu funkcioniranja u psihijatriji. HLZ, HPD, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2016.

Štrkalj- Ivezić S. Stigma in clinical practice. Psychiatr Danub 2013;25:200–202.

Štrkalj-Ivezić S i sur. Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga “Svitanje”, 2010

Štrkalj-Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N, Bajs Bjegović M, Makarić G, Bagarić A, Krpan I. Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam) za liječenje shizofrenije. Preporuke Hrvatskog društva zakliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora. LijecVjesn 2001;123:287-9.

Štrkalj-Ivezić S, Jendričko T, Pisk Z, Martić-Biočina S. Terapijska zajednica. Soc Psihijat, 2014;42:172-9.

Štrkalj-Ivezić S, Mužinić L, Filipac V. Case management – A pillar of community psychiatry. Psyhiatria Danubina 2010;22:28-33.

Štrkalj-Ivezić S, Vrdoljak M, Mužinić L, Agius M. The impact of a rehabilitation day centre program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. Psychiatr Danub. 2013;25 Suppl 2:S194-9.

Štrkalj-Ivezić S. Shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, psihoza. Psihoedukacija između edukacije i psihoterapije. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.

Štrkalj-Ivezić S, Martić-Biočina S. Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. Medicina fiumensis, 2010;46:318-24.

Štrkalj-Ivezić S. Teorijski okvir za rehabilitaciju U: Štrkalj Ivezić i suradnici. Rehabilitacija u psihijatriji Psihobiosocijalni pristup Zagreb: HLZ I Klinika za psihijatriju Vrapče, 2010.

Štrkalj-Ivezić, Lovrić M. Zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja Smjernice za poslodavce, korisnike i stručnjake. Udruga Svitanje Zagreb: 2011.

Taube CA, Morlock L, Burns BJ, Santos AB. New directions in research on assertive community treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:642–647.

The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements PORT Schizophrenia Bulletin vol. 36 no. 1 pp. 48–70, 2010

Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med.* 2012;11:1-15.

Trainor JN, Morrell-Bellai TL, Ballantyne R, Boydell KM. Housing for people with mental illnesses: a comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. *Can J Psychiatry* 1993;38:494–501.

Van Putten T, May PR. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:477–480.

Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:67–72.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin.* 2012;38:661-71.

Vaughn CE, Snyder KS, Freeman W, Jones S, Falloon IR, Liberman RP. Family factors in schizophrenic relapse: a replication. *Schizophr Bull* 1982;8:425–426.

Veldhuizen JR, Bahler M Manual Flexibile Assertive Community treatment FACT Neaderland association 2013.

Wallace CJ, Liberman RP. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res.* 1985;15:239–247.

Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, Frances A. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:297–310.

Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia . *Psychiatr Serv*,2004;55:886-91.

Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2005;31:931-41.

Worthington A, Rooney P, Hannan R. The Triangle of Care. Second Edition. London: Carers Trust; 2013.

Wright C, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, part The British Journal of Psychiatry. 2003;183:132-8.

Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2013;70(9):913-20.

Wykes T. Cognitive remediation is better than cognitive behaviour therapy. U: McDonland C, Schulze K, Murray M R, Wright P. London: Taylor and Francis:2004

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull. 2011;37:21-2.

Zakon o zaštitu osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine 76/14, 2014.



HRVATSKO DRUŠTVO ZA PSIHOTERAPIJU PSIHOSOCIJALNE METODE I RANU
INTERVENCIJU KOD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA

HRVATSKO DRUŠTVO ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU

HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO



Podržano od Udruge za promociju mentalnog zdravlja Svitanje

**SMJERNICE ZA PRIMJENU INDIVIDUALNE I GRUPNE
PSIHODINAMSKE PSIHOTERAPIJE ZA LIJEČENJE OSOBA S
DIJAGNOZOM PSIHOZE I /ILI SHIZOFRENIJE**

Voditeljice radne skupine

Sladana Štrkalj Ivezić i Branka Restek Petrović

Članovi

Ivan Urlić, Majda Grah, Nina Mayer, Dubravka Stijačić, Tihana Jendričko, Dolores Britvić

Recenzent Marijeta Pesek Blinc, predsjednica ISPS Slovenija

Zagreb, 2017

Uvod

Kliničko iskustvo i istraživanje ishoda psihodinamskih psihoterapija potiče pozicioniranje ovih terapija u preporukama liječenja različitih psihičkih poremećaja, pa tako i u području psihoterapije oboljelih od poremećaja sa psihozom (PP).

Smjernice za primjenu psihodinamske psihoterapije iznesene ovdje baziraju se na pregledu literature i istraživanja iz područja individualne i grupne psihoterapije. Pretražena je literatura putem ključnih riječi: psihodinamska psihoterapija psihoza, suportivna psihoterapija, grupna psihoterapija psihoza, psihoterapija psihoza, a za grupu pretražena je EBSCOH baza koja uključuje Medline, PsycArticles, PsycInfo, PEP and CINAHL, u studenome 2014. u okviru Delphi studije (Solovieva 2016). Smjernice se odnose na psihoterapiju za oboljele od prve psihotične epizode, shizofrenije, shizoafektivne psihoze, bipolarnog poremećaja i paranoidne psihoze.

Psihodinamska psihoterapija odnosi se na postupak psihoterapije prema dogovorenom rasporedu sastanaka, najčešće s jednom seansom u trajanju od 30 do 45 minuta tjedno za individualne postupke, a 60 do 90 minuta za postupke u grupi. Psihodinamska teorija osnova je razumijevanja psiholoških poteškoća pacijenata, odnosno dovođenja u vezu psihičkih simptoma s psihološkim razlozima, a bazira se na razumijevanju utjecaja nesvjesnih procesa na osjećaje, misli, ponašanja i simptome te rada s nesvjesnim procesima i ranim emocionalnim odnosima.

Premda postoji bogata klinička praksa primjene psihoterapije na području individualne i grupne psihoterapije osoba oboljelih od poremećaja sa psihozom još uvijek ne postoje dobro dizajnirane randomizirane studije. Međutim, postoji veći broj dobrih opisnih studija i opisa kliničke prakse, kao i konsenzusa eksperata i pozitivnih iskustava pacijenata. Hrvatska ima dugogodišnju tradiciju primjene individualnih i grupnih psihoterapijskih metoda u liječenju oboljelih sa psihozom koja se predstavlja na internacionalnom seminaru koji se već dvadeset godina održava u Dubrovniku, na kojem su svoja izlaganja imali i vodeći internacionalni autoriteti iz ovog područja, te na drugim nacionalnim i internacionalnim skupovima. Od 2002. u Sekciji za psihosocijalne metode i psihoterapiju psihoza HLZ, odnosno Društvu za psihoterapiju, psihosocijalne metode i ranu intervenciju za oboljele od poremećaja sa psihozom (ISPS Hrvatska) okupljaju se različiti stručnjaci koji se bave područjem psihoterapije oboljelih od poremećaja sa psihozom.

Smjernice za suportivnu psihodinamsku psihoterapiju za oboljele od poremećaja sa psihozom

Podrška je sastavni dio svih terapijskih intervencija, ona je nespecifični terapijski postupak koji je dio različitih terapijskih postupaka od farmakoterapije do socioterapije i nije psihoterapija. Podrška znači pokazivanje interesa za ljude koji trebaju pomoć i želju da im se pomogne. Suportivan odnos pruža empatiju za ono što pacijenti proživljavaju, utjehu, nadu i povjerenje da osoba ima sposobnosti riješiti svoj problem (Winston, Pinsker i McCullough 1986).

Supportivna psihoterapija definira se kao oblik psihološkog liječenja putem dugotrajnog terapijskog odnosa koji pacijenta psihološki podržava zbog njegovih/njezinih smanjenih kapaciteta da upravlja svojim životom bez dugotrajne podrške (Bloch 1979). Cilj je obnavljanje pacijentova povjerenja u vlastiti kapacitet da vodi svoj život na produktivan i zadovoljavajući način. Također pomaže pacijentu da se prilagodi svojoj situaciji na najbolji mogući način i tako izbjegne nepotrebnu ovisnost.

Doprinos psihološkom razumijevanju oboljelih od poremećaja sa psihozom za razumijevanja odnosa psihoterapeut pacijent i za provođenje individualne psihoterapije dali su brojni autori od pionira poput Fromm Reichman (1950), Giovaccinina (1972), Arietija (1965, 1976), Sullivan (1962), Benedetija (1980), Pao (1979), Fensilvera (1986), Searles (1965), Burnham i sur. (1969) pa do novijih autora poput Lucasa (1998), Karon (1972, 2003), Silver (2000), Jacksona (2008), Corradija (2006, 2011), Culberga (2006), Alanena (2009), Summers i Martindale (2013), Rosenbaum i sur. (2012, 2013) i naših autora (Štrkalj-Ivezić i Urlič 2010; Ivezić 2003, 2010; Urlič, Ivezić i John 2009; Štrkalj Ivezić 2014, 2016) kao i mnogih drugih. Brojni opisi psihoterapija velikih autoriteta u području psihoterapije psihoza kao što su Fromm Reichmann (1950, 1974), Benedetti (1980), Arieti (1965, 1976), Searles (1965), Pao (1979), Feinsilver (1986) i mnogi drugi potvrđuju efikasnost i važnost psihodinamske psihoterapije u kontinuiranom kliničkom radu (Fenton i McGlashan 1997; Montgomery 2002; Leichserning i sur. 2011, 2013). Meta-analiza 2002. (Gottdierner i Haslam 2002) utvrdila je neopravdanost terapijskog pesimizma za primjenu psihoterapije kod oboljelih od poremećaja sa psihozom, te je utvrdila da je psihoterapija dovela do poboljšanja u grupi u kojoj je provedena u 67% slučajeva, dok je u grupi oboljelih koji nisu imali psihoterapiju bilo 34% poboljšanja. Pokazalo se da su kognitivno-bihevioralna terapija i psihodinamska psihoterapija imale iste rezultate. Psihoterapija je bila učinkovita bez obzira jesu li osobe uzimale lijek ili ga nisu uzimale. Jedno od najznačajnijih nedavnih polurandomiziranih istraživanja koje potvrđuje efikasnost suportivne psihodinamske psihoterapije (SPP) provedeno je u Danskoj u sklopu nacionalnog projekta za shizofreniju (Rosenbaum i sur. 2012, 2013). Istraživanje je pokazalo da se bolji rezultati liječenja postižu kada se uobičajeno standardno liječenje kombinira sa SPP-om. Postoji načelno slaganje stručnjaka da je u psihoterapiji psihoza potrebna modifikacija psihodinamske tehnike i korištenje suportivnih intervencija suportivno-analitičkog spektruma psihoterapijskih intervencija.

Supportivna psihodinamska psihoterapija koristi psihodinamsku teoriju za razumijevanja poteškoća pacijenta s ciljem jačanja ego funkcija i poboljšanja adaptacije, bez rada na uvidu u nesvjesne konflikte (Rockland 1999). Potrebno je naglasiti da je razlika između psihodinamske suportivne i psihoanalitičke terapije orijentirane prema uvidu u ciljevima i terapijskim strategijama koje se koriste, a ne u teorijskoj psihoanalitičkoj osnovi (Rockland 1999). Premda je cilj ovih smjernica suportivna psihodinamska psihoterapija želimo naglasiti da vješti psihoterapeuti kod dobro selekcioniranih pacijenata mogu koristiti modificiranu analitičku tehniku okrenutu uvidu u analitičkim psihoterapijama s oboljelima od poremećaja sa psihozom uz modifikaciju analitičke tehnike koja uključuje: veću aktivnost terapeuta, fleksibilnost u odnosu na frekvenciju, trajanje i sadržaj terapijskih seansi, veliki oprez u iznošenju interpretacije tek kada postoji solidan terapijski savez, veće emocionalno učešće terapeuta- odnos treba biti baziran na autentičnoj toplini uz održavanje optimalne distance (Gabbard 2005). Međutim, analitička psihoterapija nije predmetom ovih smjernica.

Potrebno je razlikovati **psihoterapijski pristup** u liječenju oboljelih od poremećaja sa psihozom od suportivne psihodinamske psihoterapije. Psihodinamski pristup smatra se korisnim u razumijevanju iskustava i interpersonalnih odnosa oboljelih od poremećaja sa psihozom, kao i u izradi psihološke formulacije koja je važna za planiranje liječenja (NICE 2014).

Psihoterapijski pristup predstavlja osnovu stvaranja terapijskog odnosa i rada na terapijskom savezu bez obzira primjenjuje li se psihoterapija, povezan je s povoljnim ishodima liječenja, sastavni je dio suportivne psihodinamske psihoterapije, ali se razlikuje od psihoterapije koja predstavlja sistematizirani postupak povezan s psihoterapijskim ciljevima na bazi tjednih ili dvotjednih seansi kroz duže vrijeme, obično kroz jednu ili više godina.

Psihoza se može razumjeti kao rezultat kompleksne interakcije između bioloških psiholoških i socijalnih faktora. Psihoterapija pomaže u povezivanju psihoze sa osobnim iskustvom pacijenta (Lucas 1998), otkriva okolnosti u kojima je psihoza nastala, pomaže prebroditi osjećaj gubitka, i prorađuje bolnog iskustva povezanog s dijagnozom što smanjuje rizik nastanka samostigmatizacije i depresije.

Ciljevi suportivne psihodinamske psihoterapije (SPP) su jačanje ega i stabilizacija selfa, a uključuju poboljšanje testiranja stvarnosti, korištenje zrelijih mehanizama obrane, bolje socijalno funkcioniranje, povećanje samopouzdanja i doživljaja vlastite vrijednosti.

Cilj suportivne psihodinamske psihoterapije također je smanjenje rizika za ponovnu pojavu psihoze kroz otkrivanje okolnosti u kojima je došlo do razvoja psihoze i faktora koji doprinose razvoju psihoze, psihološkog razumijevanja simptoma psihoze, boljeg podnošenja tjeskobe i uspješnijeg nošenja sa stresom, te prorađuje iskustva psihoze kroz razgovor o psihološkim reakcijama uključujući odnos prema sebi i odnos prema svijetu nakon postavljanje dijagnoze psihoze.

Transfer- U SPP-u njeguje se umjereno pozitivni transfer, a u slučaju pretjerano pozitivnog ili negativnog transfera, transfer se ne analizira u odnosu na ranije emocionalno iskustvo nego se konfrontira sa realitetom terapijskog odnosa, na ovaj način se obeshrabruje razvoj psihotičnog simbiotskog transfera u kojem pacijent traži isključivo gratifikaciju i gubi sposobnost testiranja realiteta.

Uvid u povezanost sa nesvjesnim i ranijim psihološkim iskustvom nije cilj SPP, umjesto uvida koristi se klarifikacija.

Strategije koje se koriste uključuju sugestiju, abreakciju, parcijalne gratifikacije nagonskih potreba, poticanje adaptibilnih obrana i ponašanja, poticanje identifikacije s terapeutom s ciljem modificiranja ego i superego funkcija, intervencije u okolinu pacijenta koje smanjuju vanjske stresore, npr. obitelj, zapošljavanje, smještaj, poticanje osnaživanja i sublimacije, edukaciju, konfrontaciju, klarifikaciju, ali ne i interpretaciju (Rockland 1999). U suportivnoj psihodinamskoj psihoterapiji terapeut ohrabruje zrelije **obrambene mehanizme** koje pacijent već koristi, a obeshrabruje nezrele obrambene mehanizme poput projektivne identifikacije, izrazite idealizacije, onipotencije i pretjerane upotrebe negacije, što ugrožava testiranje stvarnosti. Terapeut ne interpretira obrane nego upozorava na slabljenje ega kod korištenja nezrelih mehanizama obrane.

Terapeut će uobičajeno poticati obrane poput potiskivanja, intelektualizacije i premještanja (Rockland 1999; Rosenbaum, Martindale i Summers 2013).

Postupak s tjeskobom Psihoterapija je dijalog koji ima strukturu, a ta struktura treba osigurati sintezu i štititi ego od psihotičnog raspada. U suportivnoj psihodinamskoj psihoterapiji potrebno je pomoći pacijentu da može kontrolirati intenzitet tjeskobe. Psihodinamski gledano psihotični simptomi imaju obrambeno značenje i predstavljaju obrambeni mehanizam od tjeskobe koja prijeti raspadom ego funkcioniranja (Karon 2003; Pao 1979). Stoga svako povećanje tjeskobe izrazitog intenziteta i dužeg trajanja predstavlja rizik za pojavu psihotičnih simptoma kod osoba s rizikom za razvoj psihoze. Pomaganjem pacijentu da se bolje nosi sa stresnim situacijama i bolje podnosi tjeskobu preventivno je za pojavu psihoze i predstavlja važnu suportivnu strategiju u jačanju ego funkcioniranja.

Ponašanje terapeuta U suportivnoj psihoterapiji važno je realno ponašanje terapeuta jer je korektivno emocionalno iskustvo zbog ranih razvojnih zastoja kod oboljelih od psihoza osobito važno za stabilizaciju selfa. Zbog toga je od osobitog značaja uspostavljanje terapijskog odnosa povjerenja kao preduvjet početka psihoterapijskog postupka. Novija istraživanja vezana za rani razvoj otkrivaju da oboljeli od shizofrenije pokazuju nesigurni tip povezanosti (Owens i sur. 2013; Korver-Nieberg i sur. 2014) koji je povezan s neuspješnim procesima mentalizacije koji su povezani s poteškoćama u izražavanju i kontroli emocija, doživljaja psihološke odvojenosti od drugih ljudi, poteškoća u podnošenju bolnih iskustava i drugo, te korektivno iskustvo u jednom dugotrajnom odnosu s terapeutom može dovesti do korekcije privrženosti (*attachmenta*). Stoga je prvi zadatak psihoterapije oboljelih od poremećaja sa psihozom stvaranje terapijskog odnosa koji će omogućiti pacijentu da prebrodi strah od povezivanja s drugim ljudima i stvori uvjete za korektivno emocionalno iskustvo. Stručnjaci smatraju da psihoterapeuti oboljelih osoba s poremećajem sa psihozom trebaju razumjeti psihozu kao dio emocionalnog iskustva (Martindale 2007; Rosenbaum i sur. 2013). Terapeut ne može biti emocionalno indiferentan nego autentično empatičan. Osnovni konflikt kod oboljelih od shizofrenije je istovremena želja da budi blizu i daleko od drugih ljudi (Fromm Reichman 1974, Pao 1979), tako da terapeut mora voditi računa o optimalnoj blizini i distanci u okviru terapijskog odnosa.

Terapeut u suportivnoj psihoterapiji može davati savjete i to samo kada je to apsolutno neophodno, kada pacijentov ego pokazuje izrazite deficite i adaptacijske poteškoće. Pretjerana upotreba savjeta može dovesti do toga da se pacijent osjeća bespomoćno i pretjerano kontrolirano te može povećati njegovu tjeskobu (Rockland 1999).

Supportivna psihodinamska psihoterapija oboljelih od poremećaja sa psihozom može se definirati kao kontinuirana interakcija cjelokupne ličnosti između dvije osobe, terapeuta i pacijenta, u okviru profesionalnih, socijalnih i etičkih ograničenja (Pao 1979). Potrebno je da terapeut prati osjećaje u svom kontratransferu, bilo pozitivne ili negativne. Razumijevanje osjećaja u kontratransferu često je povezano s razumijevanjem osjećaja pacijenta u procesu liječenja.

Razvojna povijest i psihodinamska formulacija.

Kao i kod svih psihodinamskih psihoterapija, tako i kod psihoterapije oboljelih od poremećaja sa psihozom potrebno je izraditi psihodinamsku formulaciju/hipotezu kako bi se mogli odrediti i dogovoriti ciljevi liječenja. Cilj je prvih razgovora vezanih za postavljanje indikacije za psihoterapiju dobiti informacije koje će pomoći da izradimo psihodinamsku formulaciju kroz istraživanje događaja i emocionalnih odnosa tijekom emocionalnog razvoja, načina na koji su ovi događaji subjektivno doživljeni i na koji način su povezani sa kasnijim obrascima ponašanja. Zanimaju nas značajni interpersonalni odnosi tijekom djetinjstva i odraslog doba, subjektivni doživljaj selfa i drugih u interakciji sa selfom. Dakle, važno je poznavanje razvojne povijesti koja nam pomaže da razumijemo utjecaj nesvjesnih misli i osjećaja na način kako osoba razmišlja, osjeća se i ponaša što nam pomaže u izradi psihodinamske formulacije/hipoteze. U razvojnoj povijesti zanima nas koji utjecaj na razvoj su imali trauma, rane kognitivne i emocionalne poteškoće, konflikti i obrane, odnosi s drugima, i tip privrženosti (*attachment*).

Psihodinamska formulacija je hipoteza o razumijevanju pacijentovih poteškoća kroz razumijevanje utjecaja nesvjesnih misli i osjećaja na način kako osoba razmišlja, osjeća se i ponaša. Psihodinamska formulacija pomaže nam da razumijemo zašto osoba funkcionira na način na koji funkcionira (Cabannis 2013). Kada iznosimo psihodinamsku formulaciju/hipotezu mi opisujemo probleme (ono što pacijenta sada dovodi na liječenje) koje pacijent ima i njegovu ličnost (pacijentov karakteristični način mišljenja, osjećanja i ponašanja) (Cabannis 2013).

Karakteristični način ponašanja uključuje: self- karakterističan doživljaj sebe uključujući identitet, fantazije o sebi, samopouzdanje (uključujući osjetljivost na prijetnje samopouzdanju, odgovori na prijetnje samopouzdanju, korištenje drugih ljudi za regulaciju samopoštovanja), odnose s drugim ljudima (povjerenje, sigurnost, intimnost, uzajamnost), adaptaciju (mehanizme obrane, kontrolu impulsa, postupak s emocijama, senzornu regulaciju), kogniciju i rad i igru (Cabannis 2013). Kod oboljelih od poremećaja sa psihozom obično ćemo utvrditi da rani emocionalni razvoj nije rezultirao stabilnim selfom i snažnim egom što osobu stavlja u rizik za nastanak psihotičnog poremećaja, a ostvarenje ciljeva suportivne psihodinamske psihoterapije mogu utjecati na smanjenje vulnerabilnosti za pojavu psihoze.

PREPORUKE: Individualna suportivna psihodinamska psihoterapija preporuča se osobama kod kojih je prorada iskustva psihoze važna za prevenciju recidiva psihoze i prevenciju samostigmatizacije, koji su motivirani za ovakav oblik terapije i koji žele raditi na razumijevanju utjecaja psiholoških faktora na nastanak, održavanje i prevenciju psihoze. Terapeut će balansirati između suportivnog i analitičkog pristupa ovisno o kliničkoj slici, snagama ega i vještinama terapeuta.

U skladu s preporukama NICE (2014) preporučamo korištenje psihodinamske teorije u razumijevanju iskustva oboljelih od psihoze i njihovih interpersonalnih odnosa kako bi mogli izraditi psihološku i psihobiosocijalnu formulaciju razumijevanja nastanka poremećaja i izraditi plan liječenja. Nivo preporuka IIa i II b.

Grupna psihodinamska psihoterapija

Grupna psihoterapija metoda je psihoterapije u kojoj je grupa sama po sebi terapijski faktor. Grupna psihoterapija ima jedinstvenu komponentu da potiče socijalizaciju, komunikaciju, kritičnost i uvid prema sebi i bolesti te korigira patološke mehanizme obrane i poboljšava objektivne odnose.

Simptomi psihičke bolesti predstavljaju poremećaj komunikacije (Folukes 1990; Foulkes i Anthony 1984). Slobodna diskusija u grupi predstavlja komunikaciju koja dopire do razine nesvjesnog. Sve što se događa u grupnoj psihoanalitičkoj situaciji prihvaća se kao znak, simbol ili poruka koja dobiva značenje kada se stavi u kontekst značenja u grupi. Grupna psihoanalitička psihoterapija oboljelih od psihotičnih poremećaja aktualizira dinamiku objektivnih odnosa u situaciji 'ovdje i sada' i čini je vidljivom i dostupnom. To znači da se postupnim uspostavljanjem komunikacije i interakcije i stvaranjem mreže odnosa, putem iskustva korektivne emocionalne simbioze, može utjecati na konstelaciju unutarnjih objekata i odnosa s njima i njihovo restrukturiranje (Urlić 2012; Ivezić i Urlić 2015). Grupni setting predstavlja dobru terapijsku sredinu za reaktivaciju poremećenih objektivnih odnosa, a putem grupne kohezije i grupni matriks pruža dovoljno prostora za mogućnosti emocionalnog rasta (Roberts i Pines 1992). U grupi je moguće projicirati potisnute dijelove intrapsihičke sfere, a grupa pomaže u njihovoj reintegraciji (Aschbach i Schermer 1987). Grupa kao cjelina može se ponašati kao "dobra majka", osoba koja se brine i pomaže članovima grupe da integriraju svoje odcijepljene dijelove selfa (Roberts i Pines 1992). Grupa pomaže članovima da razumiju kako dugotrajni intrapsihički konflikti i loše prilagođeno ponašanje utječe na život, s ciljem da se smanje poteškoće i poboljša ego funkcioniranje. Grupna psihoterapija može se provoditi s različitim pacijentima u odnosu na dijagnozu bolesti. Selekcija pacijenata za grupu ovisiti će o procjeni ego snaga osobe, motivacije za psihološki rad i ciljeva grupne psihoterapije. Prema APA smjernicama (2010) za sudjelovanje u grupnoj psihoterapiji mora postojati zadovoljavajuća stabilnost ega i testiranja stvarnosti. Faktori isključenja uključuju: kontinuirana preokupiranost sa sumanutim sadržajima, osobito paranoidnim i halucinacijama te vrlo slaba kontrola impulsa.

Nivo funkcioniranja važan je za selekciju za pojedinu grupu i za rad same grupe. Bolje funkcionirajući pacijenti mogu imati više koristi od grupa u kojima se događa interakcija, dok slabije funkcionirajući mogu biti pretjerano stimulirani. Pacijentima treba biti dostupna mogućnost individualnih seansi u trenucima krize.

Veliki je broj objavljenih radova u kojima se iznosi učinkovitost grupne psihoterapije za oboljele s dijagnozom psihoze (Kahn 1984; Kanas 1980, 1986, 1991, 1999; Alikakos 1965; Takahaski 1991; Canete 1999; Chazan 1993, 1999, 2001; Gonzales 2009; Garcia Cabeza i sur. 2011; Gonzales 2007; Koukis 2009; Restek Petrović i sur. 2008, 2012, 2013, 2014 a-d; Pesek i sur. 2010; Ivezić i sur. 1994, 2003; Urlić 1999, 2009, 2010, 2012; Štrkalj Ivezić i Urlić 2015).

Većina stručnjaka smatra da kada se radi o grupi s članovima s iskustvom psihoze potrebno je izbjegavati interpretaciju ranog iskustva. Glavni ciljevi su jačanje funkcije ega i selfa, te posebno poticanje testiranja stvarnosti (Ruiz-Parra i sur. 2010). Međutim,

također je moguć rad na analitičkom nivou za pacijente koji se nalaze u stabilnoj remisiji (Takahashi i Washington 1991; Gonzalez de Chavez 2009; Restek Petrović 2014; Štrkalj Ivezić i Urlić 2015). Pod analitičkim dijelom podrazumijeva se rad s obranama, primitivnim fantazijama, psihološkim traumama i objektnim odnosima, za razliku od suportivnog dijela u kojem grupa pruža okvir za poticanje potiskivanja i izgradnju zdravog ega (Schermer i Pines 1999). Grupa također služi za transformaciju psihotičnih iskustava, za otkrivanje i prorađivanje ranih traumatskih iskustava, primitivnih fantazija, za rekonstrukciju psiholoških mehanizama obrane, te za integralni klinički i socijalni oporavak (Restek-Petrović 2004, 2008).

Modifikacije tehnike: U analitičkoj grupnoj psihoterapiji oboljelih od psihotičnih poremećaja terapeut će stimulirati umjereni stupanj regresije i tjeskobe da bi potaknuo rad s nezrelim obranama i primitivnim objektnim odnosima. U grupi psihoza u kojoj se koristi analitička razina grupni analitičar će ograničeno poticati slobodno lebdeću diskusiju, i neće dozvoliti dugu šutnju koja povećava tjeskobu, jer to može ugroziti funkcioniranje ega. Diskusija će biti više strukturirana, ali opet slobodna, da dozvoljava slobodnu razmjenu misli i osjećaja (Radcliffe i sur. 2010). Terapeut će tako u pretežno suportivnom pristupu zadržati analitičko tumačenje nesvjesnog značenja komunikacije u grupi za sebe, a u svojim intervencijama više će koristiti konfrontaciju i klarifikaciju, a manje ili neće uopće koristiti uvid u nesvjesno, odnosno interpretaciju. Modifikacija pristupa odnosi se na aktivniji terapeutov pristup u stimuliranju pacijentovog komuniciranja i uspostavi grupne kohezije, izbjegavanje nesvjesnih sadržaja i konflikata koji podižu razinu anksioznosti, manju sklonost interpretiranju nesvjesnih sadržaja, te izrazitiji fokus na situacije 'ovdje i sada' nego na one 'tamo i nekad'. Bez obzira na čestu kliničku upotrebu grupne psihoterapije u bolničkim i vanbolničkim uvjetima, te potvrdu učinkovitosti u svakodnevnoj praksi na stabilizaciju psihičkog stanja i poboljšanje socijalnog funkcioniranja, ne postoje randomizirana istraživanja koja bi dozvoljavala određene preporuke za razine dokaza Ia i Ib. Istraživanja grupne psihoterapije tijekom 80 godina (Kanas 1980, 1986, 1993) koja su utvrdila učinkovitost grupne suportivne psihoterapije zadovoljavaju nivo dokaza IIa i IIb. Većina istraživanja nakon tog perioda, koja su prikazana u Delphi istraživanju (Solovieva 2016) do danas zadovoljava nivo dokaza III a i b (Stone 1996; Urlić 1999; Gonzalez de Chavez 2009; Takahashi i Washington 1991; Urlić 2010, 2012; Restek Petrović i sur. 2008, 2014; Ivezić i Urlić 2015; Wode-Helgottetal 1988; Opalic 1989, 1990; Isbell i sur. 1992; Garcia Cabeza i Gonzalez de Chavez 2009; Semmelhacke i sur. 2009; Sigman i Hassan 2006; Johnson i sur. 2008). Pregled literature od 1986. do 2006. nije pronašao niti jedno randomizirano istraživanje (Segredou i sur. 2014; Orfanos i sur. 2015). U Delphi studiji sudjelovalo je 58 eksperata iz različitih zemalja, uključujući Hrvatsku.

Eksperti u okviru Delphi istraživanja (Solovieva 2016) složili su se da grupna psihoterapija sa srednjim (minimalno 1 godina) i dužim trajanjem dovodi do poboljšanja socijalnog funkcioniranja, povećava suradljivost u uzimanju lijekova, povećava kvalitetu života, smanjuje stigmatizaciju, povećava nadu u oporavak, povećava doživljaj pripadanja, smanjuje izolaciju, tjeskobu i povećava uvid i razumijevanje (nivo dokaza IV).

Ovisno o kliničkom stanju oboljelih i ciljevima grupne psihoterapije ovisiti će i model grupne psihoterapije (suportivni, analitički).

Kanasov (Kanas 1980, 1985, 1993) integrativni model grupne psihoterapije ima biopsihosocijalnu perspektivu, uključuje edukativne elemente i pomaže pacijentima da se nose sa psihotičnim simptomima, diskutira različite teme vezano za interes pacijenata u sredini koja je dovoljno sigurna u strukturi da prevenira regresiju, dozvoljava otvorenu diskusiju, potiče testiranje stvarnosti te mogućnost učenja interpersonalnog ponašanja u situaciji 'ovdje i sada'. Ova grupna psihoterapija predstavlja suportivnu grupnu psihoterapiju, te se široko primjenjuje u bolničkim i izvanbolničkim sredinama. Grupe sa suportivnim ciljevima također se provode u različitim psihijatrijskim institucijama u Hrvatskoj. Grupna psihoterapija za pacijente sa psihozom pruža mogućnost za edukaciju i savjetovanje da bi se omogućilo bolje korištenje mehanizama adaptacije za nošenje s dugotrajnim poremećajem i stigmatizacijom, te s poteškoćama u socijalnom funkcioniranju (Restek-Petrović i Urlić 2009; Štrkalj Ivezić i sur. 2010, 2017).

Gonzalez je vidio prednosti grupne psihoterapije oboljelih od shizofrenije u stvaranju sigurnog grupnog konteksta koji omogućava bolju samospoznaju, potiče socijalizaciju i povećava motivaciju, korigira idealizaciju i postavlja terapijsku relaciju na realne osnove, smanjuje upotrebu negacije, otpore i regresiju (Gonzalez 1992, 2000, 2006, 2009).

Bez obzira na suportivne i analitičke ciljeve, karakteristike terapeuta u ovim grupama uključuju: terapeut u psihoterapiji psihoza mora imati sposobnost podnositi i kontejnirati intenzivne i neizgovorene nesvjesne konflikte, održati ravnotežu između aktivnosti i neaktivnosti, podnositi spori ritam promjena i biti zadovoljan malim pomacima, terapeut mora podnositi intenzivne afekte koje članovi sami ne mogu podnositi, aktivniji je pristup terapeuta u grupi, ne zabranjuje kontakte izvan grupe, veća je tolerancija izostanaka, a također će prema potrebi kontaktirati obitelji ili određene službe (Urlić 1999; Restek Petrović 2014; Solovieva 2016).

Stručnjaci u Delphi studiji smatraju da PGP pomaže članovima grupe da razumiju značenje svog iskustva. Glavni cilj je pojačavanje selfa i ega, osobito testiranje stvarnosti, transferni odnos s terapeutom smatra se bitnim za kontinuitet liječenja, potrebno je fokusiranje na situaciju 'ovdje i sada', a ne na 'tamo i nekad', izbjegavanje interpretacije nesvjesnog materijala, osobito na početku liječenja. Značajna je interpretacija primitivnih procesa na zrelijem nivou, ograničavanje monopoliziranja i istovremenog govorenja, selektivna interpretacija transfera, detoksikacija kontratransfernih reakcija, kreativna upotreba metafora da potakne komunikaciju u grupi i olakša izražavanje članova grupe, te institucionalna podrška.

PREPORUKE: Grupna psihoterapija može se preporučiti pacijentima u bolničkom i izvanbolničkom liječenju, za koje se očekuje da će im grupa pomoći u poboljšanju ego funkcija, osobito testiranja stvarnosti, interpersonalnog i socijalnog funkcioniranja, stjecanju korisnog uvida u bolest, nošenju sa simptomima bolesti i za razumijevanje značenja iskustva psihoze. Ovisno o selekciji pacijenata, ciljevima i dužini trajanja grupe, može se preporučiti grupa sa isključivo suportivnim ciljevima i grupa u kojoj je moguće raditi na analitičkom nivou.

Literatura

Alanen, Y. O., Gonzalez de Chavez, M., Silver, A. L. S., & Martindale, B. (2009) *Psychotherapeutic Approaches to Psychoses: Past, Present and Future*. London & New York: Routledge.

Alikakos, L.C. (1965) Analytical Group Treatment of the Post Hospital Schizophrenic. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15, 492-504.

APA Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition (2010) American psychiatric association.

Arieti, S. (1974) *Interpretation of Schizophrenia* London; Crosby Lockwood Staples.

Arieti, S. (1965) The Schizophrenic Patients in Office Treatment. U *Psychotherapy of Schizophrenia 3rd int. Sym Lausanne, Basel/ New York: Karger*; 7-23.

Ashbach, C. & Schermer, V. (1987) *Object Relations, the Self and the Group*. London and New York: Routledge and Kegan Paul.

Benedetti, G. (1980) Individual psychotherapy of schizophrenia. *Sch Bull* 5:634-638.

Bloch, S. (ed) (1979) *An Introduction to the psychotherapies* Oxford: Oxford University Press.

Burnham, D.L. Gladstone A.I., Gibson, R.W. (1969) *Schizophrenia and the Need- Fear Dilemma* New York: International University Press.

Cabanis, D.L. (2013) *Psychodynamic formulation*. New York: Wiley-Blackwell.

Cañete, M., & Ezquerro, A. (1999) Group-Analytic Psychotherapy of Psychosis. *Group Analysis*, 32, 507-514.

Chazan, R. (1999) The Group as Therapist for Psychotic and Borderline Personalities. In Schermer, V. & Pines, M. (Eds.) *Group Psychotherapy of the Psychosis*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Chazan, R. (1993) Group Analytic Therapy with Schizophrenic Outpatients. *Group*, 17:164-178.

Chazan, R. (2001) *The Group as Therapist*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publ.

Corradi, R.B.A. (2011) Schizophrenia as a Human Process. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 39:717-736.

Corradi R. B. (2006) Psychodynamic psychotherapy: A core conceptual model and its application *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34: 93-116.

Cullberg, J. (2006) *Evolving Psychosis* London and New York: Routledge.

Feinsilver, D.B. (editor) (1986) *Towards a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders* New Jersey: Hillsdale.

Fenton, W.S., McGlashan, T.H. (1997) We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154(11):1493-1495. Editorial.

- Foulkes, S.H., Anthony E. J. (1984) *Group Psychotherapy: The Psychoanalytical approach* Exeter. A Wheaton and Co. Ltd.
- Foulkes, S.H. (1990) *Group Dynamic: Proces and Grop Analysis Selected papers*, London: Karnac; 180-185.
- Fromm Reichmann, F. (1974) *Psychoanalysis and psychotherapy*. Chicago: Univ. of Chicago press.
- Fromm-Reichmann, F. (1950) *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago IL: Chicago University Press.
- Gabbard, G.O. (2005) *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* American Psychiatric Publishing.
- Garcia-Cabeza, I., & Gonzalez de Chavez, M. (2009) Therapeutic Factors and Insight in Group Therapy for Outpatients Diagnosed with Schizophrenia, 1(2), 134-144.
- Garcia-Cabeza, I., Ducaju, M., Chapela E., Gonzalez de Chávez, M. (2011) Therapeutic Factors in Patient Groups with Psychosis. *Group Analysis*, 44(4): 421-438.
- Giovacchini, P.L. (1972) The Symbiotic Phase. In: *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Treatment* 1 ed In Giovacchini (ed) New York. Aronson; 134-170.
- Gonzalez de Chavez, M., & Garcia-Ordas, A. (1992) Group therapy as a facilitating factor in the combined treatment approach to schizophrenia. In Werbart, A. & Cullberg, J. (Eds.) *Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructing Factors* (pp. 120-130). Oslo: Scandinavian University Press.
- Gonzalez de Chavez, M., Gutierrez, M., Ducaju, M., & Fraile, J. C. (2000) Comparative Study of the Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients. *Group Analysis*, 33(2), 251-264.
- Gonzalez de Chavez, M. (2006) *The Importance of Group Psychotherapy in the Treatment of Schizophrenia*. Paper presented at ISPS Conference, Madrid.
- Gonzales de Chávez, M. (2009) Group psychotherapy and schizophrenia. U: Alanen, Yrjö O. (Ed); González de Chávez, Manuel (Ed); Silver, Ann-Louise S. (Ed); Martindale, Brian (Ed), (2009). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Past, present and future*. ISPS-International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses.,). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis 251-266.
- Gonzalez, J.M., Prihoda, T.J. (2007) A case study of psychodynamic group psychotherapy for bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 164(1):100-7. Gottdiener, W.H. & Haslam, N. (2002) The benefits of psychotherapy for people with schizophrenia: a metaanalytic review. *Ethical Human Sciences & Services*, 4(3): 163-187.
- Isbell, S. E., Thorne, A., & Lawler, M. H. (1992) An Exploratory Study of Videotapes of Long-term Group Psychotherapy of Outpatients with Major and Chronic Mental Illness. *Group*, 16(2), 101-111.

- Ivezić, S., Goreta, M., Hečimović, V. et al. (1994) O nekim pitanjima taktike i metodike rada s transferom unutar grupne analitičke psihoterapije shizofrenih bolesnika. *Soc Psihijat* 22:149-161.
- Ivezić, S. (1994) Značenje projektivne identifikacije u psihoterapiji psihoza. Ljubljana, Zbornik psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva, 1990-1993. CIP Narodna i univerzitetna knjižnica, Ljubljana.
- Ivezić, S. (2003) Types of transference studied in group of schizophrenic patients. *Med Arh.* 57(4):241-6.
- Jackson, M. (2008) A psycho-analytical approach to the assessment of a psychotic patient. *Psychoanal Psychother*, 22:31-42.
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Bauer, D. J., Meyer, P., & Evans, E. (2008) Predictors of the Therapeutic Alliance in Group Therapy for Individuals with Treatment-Resistant Auditory Hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 171-183.
- Kahn, E.M. (1984) Group Treatment Interventions for Schizophrenics. *Int J Group Psychother* 34:149-153.
- Kanas, N., Rogers M., Kreth E. (1980) Short Term Homogeneous Group for Schizophrenic Inpatients: The Effectiveness of Group Psychotherapy During the First Three Weeks of Hospitalization: A Controlled study. *J Nerv Ment Dis* 168: 487-492.
- Kanas, N. (1986) Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies *Int Journal Group Psychother* 36, 339-351.
- Kanas, N. (1991) Group Therapy with Schizophrenic Patients: A Short-Term Homogenous Approach. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1), 33-48.
- Kanas, N. (1993) Group psychotherapy with bipolar patients: a review and synthesis. *Int J Group Psychother*; 43(3):321-33.
- Kanas, N. (1996) *Group Therapy with Schizophrenic Patients* Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kanas, N. (1999) *Group therapy with schizophrenic and bipolar patients: Integrative approaches*. U: Schermer VL, Pines M (ur) *Group Psychotherapy of the Psychoses* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kapur, R. (1999) Clinical Interventions in Group Psychotherapy. In Schermer, L., & Pines, M. (Eds.) *Group Psychotherapy of the Psychosis: Concepts, Interventions and Contexts*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Karon, B. P., & Vandenbos, G. R. (1972) The Consequences of Psychotherapy for Schizophrenic Patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9(2), 111-119.
- Karon, B.P. (2003) The Tragedy of Schizophrenia without Psychotherapy. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic therapy*, 31:89-118.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C.J., de Haan, L. (2014) Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: a systematic review. *Psychol Psychother*; 87(2):127-54.

- Koukis, A. E. (2009) Depression in Psychosis and the Therapeutic Impact of the Groupanalytic Group. *Psychosis*, 1(2), 167-177.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011) Long-term Psychodynamic Psychotherapy in Complex Mental Disorders: Update of a Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., & Rabung, S. (2013) The Emerging Evidence for Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(3), 361-384.
- Lucas, R. (1998) Why Cycle in a Cyclical Psychosis? An Analytic Contribution to the Understanding of Recurrent Manic-Depressive Psychosis Psychoanalytic Psychotherapy; 12:193-212.
- Montgomery, C. (2002) Role of Dynamic Group Therapy in Psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 34-41.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014) *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management (NICE Clinical Guideline 178)*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Opalic, P. (1989) Existential and Psychopathological Evaluation of Group Psychotherapy of Neurotic and Psychotic Patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39(3), 389-411.
- Opalic, P. (1990) Group Processes in Short-Term Group Therapy of Psychotics. 176 *Small Group Research*, 21, 168-189.
- Orfanos, S., Priebe, S., and Banks, C. (2015) Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 241-249.
- Owens, K.A., Haddock, G., Berry, K. (2013) The Role of the Therapeutic Alliance in the Regulation of Emotion in Psychosis: An Attachment Perspective. *Clin Psychol Psychother*; 20(6):523-30.
- Pao, P. N. (1979) Schizophrenic disorder. New York: Int. Univ. Press,
- Pesek, M. B., Mihoci, J., Šolinc, N. P., & Avguštin, B. (2010) Long Term Groups for Patients with Psychosis in Partial Remission: Evaluation of Ten Years' Work. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 88-91.
- Radcliffe, J., Hajek, K., Carson, J., Manor, O. (2010) Psychological group work with acute psychiatric inpatients. London: Whiting and Birch Ltd.
- Restek Petrović, B., Orešković Krezler, N., Mihanović, M., Štrklj-Ivezić, S. (2008) Grupna psihoterapija u rehabilitaciji psihotičnih bolesnika Jukić, Vlado (ur.); Pisk, Zoja (ur.), Psihoterapija. Škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas, Zagreb; 270-274.
- Restek-Petrović, B., Orešković-Krezler, N., Bogović, A., Mihanović, M., Grah, M., Prskalo, V. (2012) Kvaliteta života oboljelih od shizofrenije liječenih dugotrajnom psihodinamskom grupnom psihoterapijom. *Soc Psihiat*. 40:29-37.

- Restek-Petrovic, B., Oreskovic-Krezler, N., Grah, M., Mayer, N., Bogovic, A., & Mihanovic, M. (2013) Dreams and Fantasies in Psychodynamic Group Psychotherapy of Psychotic Patients. *Psychiatria Danubina*, 25(2), 300-304
- Restek-Petrović, B., Bogović, A., Mihanović, M., Grah, M., Mayer, N., Ivezić, E. (2014a) Changes in aspects of cognitive functioning in young patients with schizophrenia during group psychodynamic psychotherapy: a preliminary study. *Nord J Psychiatry*; 68:333-40.
- Restek-Petrović, B., Bogović, A., Orešković-Krezler, N., Grah, M., Mihanović, M., Ivezić, E. (2014b) The perceived importance of Yalom's therapeutic factors in psychodynamic group psychotherapy for patients with psychosis. *Group Analysis*; 47:456-71.
- Restek-Petrović, B., Grah, M., Mayer, N., Bogović, A., Šago, D., Mihanović, M. (2014c) Specifičnosti grupnog procesa i kontratransferne reakcije terapeuta u psihodinamskoj grupnoj psihoterapiji mladih pacijenata s psihotičnim poremećajem. *Soc Psihijat*; 42: 241.
- Restek-Petrovic, B., Gregurek, R., Petrovic, R., Oreskovic-Krezler, N., Mihanovic, M., & Ivezic, E. (2014d) Social Functioning of Patients with Psychotic Disorders in Long-term Psychodynamic Group Psychotherapy: Preliminary Research. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 122-126.
- Restek-Petrović, B., Bogović, A., Grah, M., Filipčić, I., Ivezić, E. (2015) Personality characteristic of psychotic patients as possible motivating factors for participating in group psychotherapy. *Psychiatr Danub*; Suppl 1:S364-70.
- Roberts, J., Pines, M. (1992) Group Analytic Psychotherapy. *Int J Group Psychother* 42:469-493.
- Rockland, L.H. (1999) Supportive therapy A Psychodynamic Approach New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Rosenbaum, B., Martindale, B., Summers, A. (2013) Supportive psychodynamic psychotherapy for psychosis. *Advances in psychiatric treatment*. 19; 310–318
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., Valbak, K., & Winther, G. (2012) Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: Two-year outcome. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(4), 331-341.
- Ruiz-Para, E., Gonzales-Torres, M.A., Equiluz, L. (2010) Basurto IGPP_ A Manual_Directory Approach of integrative group psychotherapy in psychoses. *Actas Esp Psiquita* 38:72-86.
- Schemer, V.L., Pines, M. (1999) Group Psychotherapy of the Psychoses Concepts, Interventions and Contexts Jessica Kongsley Publishers.
- Searles, H. (1965) Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: Int. Univ. Press.
- Segredou, I., Xenitidis, K., Panagiotopoulou, M., Bochtsou, V., Antoniadou, O., & Livaditis, M. (2014) Group Psychosocial Interventions for Adults with Schizophrenia and Bipolar Illness: The Evidence Base in the Light of Publications between 1986 and 2006. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 229-238.

Semmelhack, D. J., Ende, L., Hazell, C., Hoffman, W., & Gluzerman, T. (2009) The Impact of Group-as-a-whole Work on a severely Mentally Ill, Institutionalized Population: the Role of Cohesiveness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13(2), 25-37.

Sigman, M., & Hassan, S. (2006) Benefits of Long-term Group Therapy to Individual Suffering Schizophrenia: A prospective 7-year study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 273-282.

Silver, A.L.S. (2000) *Psychoanalysis and Psychosis: Trends and Developments*. Paper presented at American Psychological Association Annual 108th Convention, Washington DC.

Solovieva, N. (2016) A mixed method Delphi study to determine professional consensus on the key elements of outpatient Psychodynamic Group Psychotherapy (PGP) for psychosis, Department of Health and Human Science, University of Essex.

Stone, W.N. (1996) *Group psychotherapy for people with chronic mental illness*. New York: The Guilford Press.

Sullivan, H.S. (1962) *Schizophrenia as a Human Process*, W. W. Norton, New York. Summers, A., & Martindale, B. (2013) Using Psychodynamic Principles in Formulation in Everyday Practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19, 203-211.

Štrkalj-Ivezić, S., Urlić, I., Mihanović, M., Restek Perović, B. (2008) Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, *Medix* br. 77.

Štrkalj Ivezić, S., Urlić, I. (2010) Psihoterapijski pristup i psihoterapija u liječenju psihotičnih poremećaja. U: Štrkalj- Ivezić i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji: psihobiosocijalni pristup*. Liječnički zbor i Svitanje, Zagreb, str. 118-132.

Štrkalj Ivezić, S. (2014) Psihodinamsko razumijevanje i psihoterapija osoba s psihotičnim poremećajima. U: Kozarić-Kovačić D, Frančišković T. *Psihoterapijski pravci*. Medicinska naknada, Zagreb; str. 464-475.

Štrkalj Ivezić, S., Urlić, I. (2015) The capacity to use group as a corrective symbiotic object in group analytic psychotherapy of patients with psychosis. *Group Analysis*, 48:315-332.

Štrkalj Ivezić, S. (2016) Suportivna psihodinamska psihoterapija oboljelih od shizofrenije i drugih poremećaja sa psihotičnom epizodom. U: Restek Petrović B, Filipčić I. *Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja*. Medicinska naklada, Zagreb, str. 68-82.

Štrkalj Ivezić, S., Sesar, M.A., Mužinić, L. (2017) Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment, and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiat Danub*; 29:66-73.

Takahashi, T. & Washington, W.P. (1991) A Group Centred Object Relations Approach to Group Psychotherapy with Severely Disturbed Patients. *Int J Group Psychother* 4:79-95.

Urlić, I. (1999) The Therapist's Role in the Group Treatment of Psychotic Patients and Outpatients: A Foulkesian Perspective. U: M. Pines & V.L. Schermer. *Group Psychotherapy of the Psychoses*. London: Jessica Kingsley Publ.

Urlić, I., Štrkalj-Ivezić, S., John, N. (2009) Psychodynamic understanding and psychotherapeutic approach to psychoses. *Psychiatria Danubina*. 21(suppl 1):3-7.

Urlic, I. (2010) The Group Psychodynamic Psychotherapy Approach to Patients with Psychosis. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 10-14.

Ulric, I. (2012) Group Psychotherapy for Patients with Psychosis: A Psychodynamic (Group-Analytic) Approach. In Kleinberg, J.L. (Ed.) *The Wiley Blackwell Handbook of Group Psychotherapy*. John Wiley & Sons.

Winston, A., Pinsker, H., McCullough, L.A. (1986) review of supportive psychotherapy Hosp Community Psychiatry; 37(11):1105-14.

Wode-Helgodt, B., Berg, G., Petterson, U., Rydelius, P. A., & Trollehed, H. (1988) Group Therapy with Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 304-313.

PROCJENA TERAPIJSKE KULTURE OPORAVKA I LJUDSKIH PRAVA U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA

Izrađeno na temelju WHO QualityRight Tool kita, Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) i Pravilnika Ministarstva zdravstva o primjeni mjera prisile. Tvrdnje navedene u tablici predstavljaju standarde terapijske kulture oporavka i ljudskih prava.

Procjena pomaže u analizi stanja terapijske kulture oporavka i ljudskih prava prema WHO QualityRight instrumentu procjene i poštivanja odredbi ZZODS-a. Stoga se preporučuje koristiti se ovim smjernicama u analizi stanja kvalitete liječenja, analizi poštivanja zakonskih odredbi i u planiranju poboljšanja.

Upute za popunjavanje: za svaku tvrdnju označite je li u psihijatrijskoj ustanovi ili dijelu ustanove u kojoj se procjenjuje:

P = standard u potpunosti zadovoljen

D = standard djelomično zadovoljen

N = nije zadovoljen

NP = nije primjenjivo

T = predviđa se izrada plana promjene

LIJEČENJE NA TEMELJU INFORMIRANOG PRISTANKA I I. PRAVA PACIJENATA PREMA ZAKONU O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA I INFORMIRANJE O PRAVIMA						P	D	N	NP	T
1.	Liječenje se provodi na temelju slobodnoga informiranog pristanka, koji potpisuje pacijent nakon što je dobio sve relevantne informacije od psihijatra koji mu je objasnio zašto mu preporučuje liječenje, koje su koristi i rizici od toga liječenja, postoji li alternativno izvanbolničko liječenje, koje su posljedice odbijanja liječenja. Također, pacijent je dobio informaciju o pravu da može povući svoj pristanak.									
2.	Psihijatri provode standardni postupak procjene kapaciteta za odlučivanje o liječenju, kako bi pristanak na liječenje bio valjan.									
3.	Ako pacijent nema kapacitet za donošenje odluke o liječenju, to se uz obrazloženje unosi u medicinsku dokumentaciju.									
4.	Ako je pristanak na liječenje dao zakonski zastupnik (skrbnik), ustanova je o tome obavijestila Pravobranitelja za osobe s invaliditetom.									
5.	Prije potpisivanja suglasnosti pacijent je dobio pisanu informaciju o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji će se provesti. Svi su pacijenti informirani o odjelu na koji će biti primljeni. Informacije uključuju vrstu odjela (zatvoreni ili otvoreni) i osnovni program odjela.									
6.	Psihijatar i medicinsko osoblje provjerava jesu li pacijenti čuli i razumjeli informacije o liječenju i svojim pravima.									

7.	Psihijatri su upoznati s tim da potpisivanje pristanka na liječenje ne znači pristanak na ograničenje kretanja, zato što ograničiti kretanje bez pristanka može jedino sud.					
8.	Pacijentima koji su potpisali pristanak na liječenje (dobrovoljno primljenih pacijenata) ne ograničava se sloboda kretanja.					
9.	U iznimnim slučajevima, ograničeno kretanje dobrovoljno primljenih pacijenata jedino je moguće prema individualnom planu liječenja za smanjenje rizika i jedino na temelju njihova informiranog pristanka na ograničenje kada su im obrazloženi razlozi uz obavezno obrazloženje u medicinskoj dokumentaciji					
10.	Psihijatri i drugi stručnjaci educirani su tako da se svi postupci u psihijatriji (lijeikovi, psihoterapija, psihosocijalne metode) provode na temelju slobodnoga informiranog pristanka.					
11.	Pacijent je informiran o pravima koja su navedena u članku 14. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS), uključujući i pravo na pritužbu.					
12.	Informacija o informiranosti o pravima unesena je u medicinsku dokumentaciju.					
13.	Premda su pacijenti primljeni bez svojeg pristanka, informirani su o postupcima liječenja koje se preporučuju za koje se uvijek traži njihova suradnja. Bez obzira na to što osoba nije dala pristanak za prijem, traži se pristanak za primjenu lijekova.					
14.	Kada se lijekovi apliciraju bez pristanka pacijenta, to se uredno bilježi u medicinsku dokumentaciju u kojoj se navode razlozi, lijek i doza.					
15.	Uz to što je obavezno prema ZZODS-u, informiranje o pravima je politika ustanove kojom potiče izgradnju terapijske kulture poštivanja ljudskih prava i oporavka te su informacije o pravima dio terapijskog programa ustanove.					
16.	Ustanova prihvaća pritužbe pacijenata kao priliku za poboljšanje.					
17.	Pacijent je dobio pisane informacije o pravima.					
18.	Informacije o liječenju i pravima lako su dostupne pacijentu na njegov zahtjev tijekom liječenja u psihijatrijskoj ustanovi.					
19.	Pacijent koji je na liječenju u psihijatrijskoj ustanovi može na svoj zahtjev razgovarati sa psihijatrom u razumnom roku.					
20.	Pacijent je uključen u istraživanje lijekova jedino na temelju usmenoga i pismenoga informiranog pristanka vezano za specifične informacije o istraživanju.					
21.	Ako postoji neko od ograničenja prava koja su garantirana člankom 14. ZZODS-a, razlog ograničenja dokumentiran je u povijesti bolesti.					
22.	Pisane informacije o pravima iz ZZODS-a pacijentima su lako dostupne, nalaze se na vidljivom mjestu kao i na web stranici ustanove.					
23.	Pacijent je informiran o tome kome se može pritužiti kada misli da su povrijeđena njegova prava.					

24.	Podnošenje pritužbi nema negativnih posljedica na liječenje pacijenta.					
25.	Na odjelu postoje sandučići za pritužbe i knjiga žalbi.					
26.	Ustanova redovito razmatra pritužbe i donosi mjere za poboljšanje.					
27.	Pacijenti dobivaju odgovor na pritužbe u zakonski propisanim rokovima. Usmene odmah, a pismene u roku od osam dana.					
28.	Informacije koje pacijenti dobivaju su individualizirane, ponavljane kada je potrebno i izrečene na prikladan način njima razumljivim jezikom.					
29.	Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) dostupan je u svakoj ambulanti u elektroničkom i tiskanom obliku.					
30.	Osoblje je educirano o Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS).					
31.	Rezultati nadzora neovisnih tijela ustanove poznati su zaposlenicima, analizirani su i tretiraju se kao prilika za poboljšanje.					

II.	OPTIMALNO LIJEČENJE	P	D	N	NP	T
1.	Osoblje je upoznato s pravilima medicinske etike: poštivanje autonomije (pacijent odlučuje o svojem liječenju, odbijanju liječenja i otpustu osim iznimno kada zadovoljava kriterije za primjenu članka 27. ZZODS-a); svojim postupcima ne šteti pacijentu, predlaže liječenje u skladu s optimalnim stručnim standardima prikladno kliničkom stanju pacijenta s kojim se pacijent složio i principom pravde, dostupnost optimalnog liječenja za sve.					
2.	Biopsihosocijalni pristup je vodeći pristup u razumijevanju mentalnih poremećaja.					
3.	Individualni plan liječenja temeljen na biopsihosocijalnoj formulaciji razumijevanja kliničkog stanja i poteškoća osobe s mentalnim poremećajem dokumentiran je u medicinskoj dokumentaciji.					
4.	Pacijenti aktivno sudjeluju u izradi individualnog plana liječenja.					
5.	Pacijenti koji su u riziku od agresivnog ponašanja imaju plan prevencije kriznih situacija koji se unosi u medicinsku dokumentaciju .					
6.	Liječenje se odvija u atmosferi optimizma i nade.					
7.	Osoblje je educirano o principima oporavka					
8.	Osoblje u svojem odnosu s pacijentima kao opći stav potiče optimizam i nadu u oporavak te potiče proces oporavka					
9.	Principi oporavka koriste se u svim postupcima liječenja (farmakoterapija, psihosocijalni postupci i psihoterapija).					

10.	Osoblje je upoznato s tim da kultura ustanove koja se odnosi na obrazac zajedničkih vrijednosti, uvjerenja, pravila i prakse različitog osoblja koje sudjeluje u liječenju i skrbi za pacijenta može biti poticajna za liječenje, kao i da može biti prepreka procesu oporavka ako se ne temelji na principima oporavka.					
11.	Plakat s principima oporavka postavljen je na vidljivom mjestu.					
12.	Osoblje je osvijestilo da se kultura uvriježenog ponašanja često prihvaća bez razmišljanja, jer je to „način na koji ovdje radimo“ i da to može biti otpor pozitivnim promjenama uvođenja kulture oporavka.					
13.	Osoblje je upoznato da kultura oporavka utječe na poboljšanje ishoda liječenja, smanjuje doživljaj prisile, rizik za agresivno ponašanje i primjenu mjera prisile.					
14.	Osoblje je upoznato s pristupom prevencije psihološke traume i pazi da svojim postupcima ne traumatizira pacijente.					
15.	Osoblje je educirano za to kako ostvariti dobar terapijski odnos.					
16.	Osoblje zna i primjenjuje pravila dobre komunikacije u komunikaciji s pacijentom, obitelji i u međusobnoj komunikaciji					
17.	Osoblje u odnosu s pacijentima pokazuje empatiju i poštovanje te zahtjeve pacijenta stavlja na prvo mjesto.					
18.	Osoblje pazi na jezik izražavanja kako ne bi štetilo pacijentu, na primjer pacijentima se ne govori da se ne mogu izliječiti, da boluju od neizlječive bolesti i slično.					
19.	Vikanje na pacijente smatra se neprimjerenim i nedopuštenim.					
20.	Osoblje je ljubazno i susretljivo, primjenjuje ponašanje u odnosu na zahtjeve pacijenata „reci da i reci mogu učiniti“.					
21.	Osoblje uvijek pažljivo sluša zahtjeve pacijenta, čak i kada su iracionalni, te daje prikladne odgovore i objašnjenja.					
22.	U slučaju kada osoblje odbija zahtjeve pacijenta, to obrazlaže na obazriv način.					
23.	Osoblje pokazuje fleksibilnost u pristupu pacijentu bez krutih pravila.					
24.	Osoblje optimalno motivira pacijente da sudjeluju u terapijskom programu u skladu s njihovim kliničkim statusom i željama.					
25.	Osoblje je fleksibilno u odnosu na zahtjeve pacijenata.					
26.	Dnevni red je fleksibilan u odnosu na potrebe nekih pacijenata.					
27.	Osoblje potiče pacijente na izradu plana oporavka.					
28.	Osoblje je educirano kako bi pomoglo pacijentima u izradi njihovih vlastitih planova oporavka.					
29.	Liječnik redovito informira pacijente o njihovu zdravstvenom stanju i pravima.					

30.	Pacijent ima pravo na individualne razgovore s liječnikom izvan uobičajenih grupnih vizita.					
31.	Prilikom uobičajenih grupnih vizita poštuje se pravo osobe na povjerljivost informacija o zdravlju, tj, ne iznose se informacije o zdravlju za koje pacijenti ne žele da ih drugi ljudi čuju.					
32.	Osoblje ima vremena za razgovore s pacijentima.					
33.	Organizacija liječenja je takva da odvaja uznemirene pacijente od stabilnih radi prevencije uznemirenosti pacijenata.					
34.	Aktivni program liječenja i organizacija slobodnog vremena organizirani su kako pacijenti ne bi bili izloženi dosadi koja je okidač za agresivno ponašanje i nepovoljno djeluje na ishode liječenja.					
35.	Osoblje ne prisiljava pacijente na terapijske aktivnosti koje oni ne žele.					
36.	Pacijenti se potiču da izrađuju osobne direktive, upute vezano za preferencije liječenja koje se poštuju u slučajevima kada nemaju kapacitet za donošenje odluka.					
37.	Pacijentima je dostupna podrška od oporavljenih pacijenata (engl. <i>peer-worker</i>), koji su uključeni u skrb o pacijentu.					

III PROSTORNI UVJETI I UVJETI LIJEČENJA		P	D	N	NP	T
1.	Uređenje odjela uključuje dizajn, dekoraciju i ambijent koji su važni za izgradnju pozitivne terapijske sredine za pacijente i za osoblje. Odjel ostavlja dojam ugone i dobre atmosfere i sigurnog mjesta za liječenje. Pacijenti se osjećaju ugodno na odjelu.					
2.	Ustanova kontinuirano vodi računa o fizičkom izgledu odjela u kojem pacijenti mogu imati privatnost i dovoljno prostora za kretanje, biti sigurni i ugodno se osjećati.					
3.	Fizički izgled odjela zadovoljava standarde koji jamče privatnost, a ima dovoljno zajedničkih prostora za slobodne aktivnosti i odmor. Sobe su prostrane s malim brojem pacijenata u jednoj sobi.					
4.	Odjel nije bučan.					
5.	Odjel je prikladno osvijetljen.					
6.	Odjel je prostran, ima široke hodnike tako da se pacijenti mogu lako kretati a da se međusobno ne sudaraju.					
7.	Na odjelu nema previše pacijenata pa se ne stvara gužva koja uznemirava.					

8.	Odjel ima mogućnost odvajanja uznemirenih od neuznemirenih pacijenata.					
9.	Pacijenti se na odjelu osjećaju sigurno, zaštićeno od napada drugih pacijenata, ne boje se da će njihovi privatni predmeti biti otuđeni.					
10.	Sobe za spavanje omogućuju privatnost, postoji dovoljno zajedničkih prostorija za provođenje slobodnih aktivnosti, mirnih kutaka i prostorija za odvijanje terapijskih aktivnosti.					
11.	Kućna pravila odjela u skladu su s čl. 14 ZZODS-a.					
12.	Postoji fleksibilnost kućnih pravila u skladu s kliničkim statusom pacijenta, na primjer pacijent koji ne može spavati može mirno sjediti u boravku.					
13.	Postoji organizirani terapijski programa i aktivnosti tijekom cijelog dana adekvatno potrebama pacijenata.					
14.	Odjel pruža osjećaj sigurnosti zaposlenicima, tako da se oni osjećaju sigurno.					
15.	Postoji dovoljan broj osoblja u odnosu na broj pacijenata.					
16.	Osoblje zna da privatna odjeća stimulira doživljaj identiteta osobe, pa se pacijenti potiču da nose dnevnu odjeću tijekom dana.					
17.	Pacijenti mogu slobodno nositi privatnu odjeću.					
18.	Pacijenti ne moraju biti u pidžamama tijekom dana.					
19.	Pacijenti slobodno mogu komunicirati sa zaposlenicima. Potrebe pacijenata zaposlenicima su na prvom mjestu.					
20.	Postoji balans između administrativnih poslova osoblja i sudjelovanja u terapijskim aktivnostima koji nije na štetu terapijskog programa.					
21.	Postoji izlaz na svježi zrak za one pacijente koji nemaju izlazak bez pratnje na temelju prijema bez pristanka i njihova kliničkog stanja.					
22.	Postoji poseban ugodno uređen prostor za prijem posjeta.					
23.	Ustanova ima dobro organiziran tihi sustav personalnog alarma preko kojeg osoblje lako traži pomoć.					
24.	Redovito se testira ispravnost alarmnog sustava.					
25.	Prijemna ambulanta ili soba za intervjuiranje osoba s povećanim agresivnim rizikom ima dva izlaza koja predstavljaju sigurnost za osoblje i za pacijenta.					

26.	Prije prijema u psihijatrijsku službu provjerava se posjeduje li pacijent oružje te postoje jasne smjernice o postupanju s naoružanim pacijentom.					
27.	Ustanova ima dovoljno osoblja za intenzivnu skrb o pacijentima koji su u riziku od agresivnog ponašanja ili su nad njima primijenjene mjere prisile.					
28.	S aspekta sigurnosti na odjelima gdje se primaju agresivno rizični pacijenti kao što su to akutni odjeli, namještaj je minimalan i postavljen tako da prevenira mogućnost ozljede osoblja i drugih pacijenata.					
29.	Prozori na akutnim odjelima gdje borave pacijenti čije je kretanje ograničeno su zaštićeni, otvaraju se na siguran način.					
30.	Ako postoji soba za izdvajanje, ona je uređena prema EU standardima.					
31.	Kada se koriste kamere u područjima u kojima se mogu dogoditi krizne situacije, potrebno je voditi računa o privatnosti pacijenta.					
32.	Svi članovi osoblja poznaju sustav signaliziranja za slučaj krizne situacije.					
33.	Postoji protokol o komunikaciji sa službom sigurnosti ustanove i policijom u slučaju traženja pomoći kod agresivnih pacijenata.					
34.	Osoblje pruža pacijentu i njegovoj okolini relevantne informacije sa svim potrebnim objašnjenja, što uključuje i informacije u slučaju agresivnosti.					
35.	Osoblje potiče izradu osobnih direktiva, uputa o preferencijama liječenja kako bi se znale preferencije pacijenata u budućim krizama ako neće imati kapacitet za donošenje odluke o liječenju. Osobne upute se unose u medicinsku dokumentaciju.					

IV	PREVENCIJA MJERA PRISILE I LIJEČENJA BEZ PRISTANKA	P	D	N	NP	T
1.	Osoblje je upoznato s učincima nedobrovoljnog prijema na nepovoljne ishode liječenja, suradnju u liječenju i rizik za ponovni prijem bez pristanka.					
2.	Osoblje zna da primjena metoda prisile ima negativne posljedice za pacijente i za osoblje.					
3.	Osoblje svim uznemirenim ili agresivnim pacijentima pristupa prema preporukama postupka deeskalacije.					
4.	Osoblje zna da bez obzira na dijagnozu koju pacijent ima treba utvrditi razloge uznemirenosti.					
5.	Osoblje razumije da je svako agresivno ponašanje poteškoća pacijenta da komunicira na drugačiji način.					
6.	Prihvaćen je stav da mjere prisile nisu terapijski postupak nego neuspjeh umirivanja pacijenta alternativnim metodama.					
7.	Osoblje zna da je prva linija pristupa uznemirenom/agresivnom pacijentu je deeskalacija.					
8.	Postoji protokol o postupanju kod agresivnog ponašanja i agresivnog rizika. Osoblje je educirano da postupa po standardiziranom protokolu. Protokol je dostupan u tiskanom obliku svim zaposlenicima.					
9.	Edukacija o deeskalaciji provedena je putem predavanja, vježbi, seminara, videoprezentacije i izravnom supervizijom u stvarnim kliničkim situacijama i ponavlja se u dogovorenim razmacima.					
10.	Osoblje je educirano da primjećuje rane znake uznemirenosti i postupi preventivno, to jest što ranije primijeniti postupak deeskalacije.					
11.	Osoblje primjenjuje senzornu modulaciju i <i>timeout</i> sobu za umirenje uznemirenih osoba.					
12.	Edukacija osoblja uključuje razumijevanje multifaktorskog uzroka agresije, to jest da su simptomi bolesti samo jedan od mogućih razloga agresivnosti, procjenu rizika, identificiranje okidača, ranih znakova uznemirenja, faktora smirenja i primjene postupka deeskalacije i drugih postupaka umirenja, kao i važnosti rane intervencije.					
14.	Osoblje rutinski procjenjuje rizik za agresivno i suicidalno ponašanje pri čemu se koristi skalama za procjenu rizika.					
15.	Osoblje rutinski identificira okidače agresivnog ponašanja i postupke za smirenje za uznemirenu osobu.					
16.	Osoblje zna da su okidači specifični za osobu, kao što su to primjerice gužva i buka.					

17.	Identificirani specifični okidači, faktori smirenja, rizik i praćenje rizika bilježe se u medicinsku dokumentaciju.					
18.	Pacijentima koji su bili agresivni pomaže se u identificiranju potencijalnih okidača agresije i čimbenika koje oni smatraju korisnima za smirivanje situacije i za izradu individualnog plana prevencije krize.					
19.	Pacijente se potiče da navedu koje bi intervencije željeli u situacijama ako postanu agresivni i ako će se morati primijeniti mjere prisile.					
20.	Protokol rane intervencije za prevenciju primjena mjera prisile uključuje prepoznavanje ranih znakova agresije, procjenu rizika i prepoznavanje okidača i postupke umirenja.					
21.	U slučaju primjene mjera prisile osoblje postupa prema preporukama iz protokola postupanja.					
22.	Na istaknutom mjestu u svim ambulantom istaknuta je skraćena shema (poster) postupanja u kriznoj situaciji koja se odnosi na provođenje deeskalacije.					
23.	Osoblje je upoznato s tim da terapijska kultura pozitivnih odgovora „reci da i mogu učiniti“ na zahtjeve pacijenata može prevenirati agresivne incidente.					
24.	Osoblje zna da je primjena mjera prisile krajnja mjera postupanja s agresivnosti kada se nije uspjelo postupcima deeskalacije, <i>timeout</i> sobom ili s drugim postupcima smirenja kao što su primjerice slušanje relaksirajuće glazbe.					
25.	Osoblje je upoznato da mjere prisile mogu trajati samo onoliko dugo dok traje uklanjanje opasnosti zbog kojih su pokrenute.					
26.	Osoblje se odnosi prema agresivnom pacijentu s poštovanjem bez obzira na to kako se pacijent ponaša te ponašanje pacijenta ne doživljava osobno.					
27.	Postoji hitni interventni tim na razini ustanove za rješavanje kriznih situacija čiji je glavni cilj primjena postupka deeskalacije i sigurna primjene mjera prisile nakon što deeskalacija i alternativne metode nisu bile uspješne.					
28.	Ne koristi se doziranje lijeka iznad terapijske doze da bi se postiglo ograničavanje kretanja, to jest kemijsko sputavanje pretjeranom sedacijom.					
29.	U slučaju krizne situacije osoblje će pozvati pomoć putem pouzdanog sustava pozivanja pomoći u kriznim situacijama.					
30.	Pacijent je upozoren da će se primijeniti mjere prisile prije njihove primjene kada god je to moguće.					
31.	Osoblje je upoznato sa ZZODS-om i pravilnikom Ministarstva zdravstva o primjeni metoda prisile.					

32.	Osoblje ne primjenjuje metode prisile za kažnjavanje pacijenta, ne prijeti metodama prisile tražeći poslušnost pri ispunjavanju zahtjeva. Osoblje zna da takvo ponašanje nije dopušteno i da će biti disciplinski sankcionirano.					
33.	Ustanova prevenira svaku nedopuštenu primjenu mjeru prisile koja nije u skladu s pravilnikom Ministarstva zdravstva o primjeni metoda prisile.					
34.	Osoblje ima edukaciju za to kako uspostaviti samokontrolu i ponašati se profesionalno u situacijama s agresivnim pacijentima.					
35.	Osoblje je educirano da primijeni mjere prisile na siguran način za pacijenta i njih.					
36.	Pacijent nad kojim su primijenjene mjere prisile zahtijeva intenzivnu skrb. Njegovo se fizičko i mentalno stanje redovito nadziru te se izrađuje plan liječenja u kojem se traži njegova suradnja.					
37.	Za vrijeme primjene mjera prisile pacijent je informiran zbog čega se mjere primjenjuju i koje će se liječenje provoditi nakon njihove primjene.					
38.	Postoji dobra koordinacija između medicinskih sestara i psihijatra koji nadziru stanje pacijenta nad kojim su primijenjene mjere prisile.					
39.	Osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik (skrbnik) informirani su o primijenjenim mjerama prisile.					
40.	Pacijent, osoba od povjerenja i zakonski zastupnik (skrbnik) informirani su o tome da od psihijatrijske ustanove mogu tražiti da primjenu mjera prisile prijavi sudu koji će ispitati njezinu opravdanost.					
41.	Dokumentaciju o primjeni mjera prisile od početka do prekida primjene uredno vode medicinske sestre i psihijatar u skladu s Pravilnikom Ministarstva.					
42.	Nalaz psihijatra za osobu nad kojom su primijenjene mjere prisile sadrži opis kliničke slike povezane s opasnosti i prikaz metoda deeskalacije koje su primijenjene a nisu uspjele.					
43.	Psihijatar obilazi pacijenta u intervalima ne duljim od 60 min i procjenjuje potrebu za daljnjom primjenom mjera prisile te to bilježi u medicinskoj dokumentaciji.					
44.	Osoblje je educirano da ako primijeti da se pacijent smirio, tj, da je prestala opasnost zbog koje su primijenjene mjere prisile o tome obavještava psihijatra.					
45.	Ako nije obaviješten ranije, psihijatar će procijeniti potrebu za daljnjom primjenom mjera prisile u roku od 60 minuta od početka primjene.					

46.	Nakon primjene mjera prisile u relativno kratkom roku, ne duljem od trideset šest sati, obavezno se provodi postupak debriefinga za pacijenta i osoblje kako bi se proradile emocionalne reakcije, spriječile negativne posljedice primjene mjera prisile i prevenirala njezina ponovna upotreba.					
47.	Pristup nakon primjene mjera prisile je učenje iz iskustva i za pacijenta i za osoblje.					
48.	Primjena mjera prisile za cijelu ustanovu evidentira se na dnevnoj osnovi.					
49.	Svi slučajevi primjene mjera prisile prijavljuju se Etičkom povjerenstvu ustanove.					
50.	Etičko povjerenstvo na regularnoj bazi raspravlja o ovim slučajevima i daje svoje preporuke.					
51.	Sa svim pacijentima koji su imali agresivno ponašanje sastavlja se plan prevencije ponovne epizode koji uključuje rano prepoznavanje uznemirenosti, postupanje radi kontrole agresivnosti, i učenja vještina za kontrolu agresivnosti.					
52.	Odjel ima adekvatno namještenu sobu za umirenje (<i>timeout</i>). Osoblje je upoznato s njezinom funkcijom na principu dobrovoljnosti te je razlikuje od sobe za izdvajanje koja je mjera prisile.					
53.	Odjel se koristi senzornom modulacijom za smanjenje pobuđenosti u skladu s osobnim preferencijama pacijenata, na primjer opuštajuća glazba.					
54.	Ustanova ima jasnu politiku o disciplinskim prekršajima i provodi disciplinske mjere u slučajevima zlorabe mjera prisile i neprimjerenoga ponašanja zaposlenika.					
55.	Postoji svijest da je neprimjerenoga ponašanje osoblja okidač za agresivno ponašanje te da ima negativne psihološke učinke.					
56.	Ustanova provodi edukaciju o prevenciji agresivnog ponašanja i primjeni mjera prisile za sve zaposlenike.					
57.	Sadržaj edukacije za prevenciju mjera prisile uključuje: elemente sveobuhvatnog razumijevanja agresivnosti, prepoznavanje okidača i načina smirivanja, prepoznavanja ranih znakova uznemirenosti, vještine deeskalacije i drugih postupaka umirenja kao i poznavanje zakonodavstva koje regulira prijem u bolnicu i primjenu mjera prisile.					
58.	Ustanova redovito prijavljuje primjenu mjera prisile državnom povjerenstvu za zaštitu prava pacijenata.					
59.	Ustanova redovito provodi unutarnji nadzor kvalitete u području prevencije mjera prisile.					

60.	Osoblje koje je u izravnom kontaktu s pacijentima ima redovitu edukaciju o provođenju postupka deeskalacije.					
61.	Svi zaposlenici ustanove prošli su edukaciju o komunikaciji uključujući osnovne principe deeskalacije.					
62.	U ustanovi postoji centralna arhiva dokumentacije o primjeni mjera prisile koja je lako dostupna za potrebe unutarnje analize i državnim tijelima koja službeno posjećuju psihijatrijske ustanove kako bi procijenili poštuju li se ljudska prava i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.					
63.	Ustanova ima strategiju postupanja u slučaju rizičnih situacija, agresivnog ponašanja i njihove prevencije putem procjene rizika, identificiranja i djelovanja na okidače za agresivno ponašanje, identificiranja ranih znakova uznemirenosti, primjenom postupka deeskalacije i planom prevencije agresivnog ponašanja.					
64.	U strategiji prevencije agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile jasno se navodi da uvijek treba tražiti alternative mjerama prisile, a kada se ne mogu izbjeći, da moraju trajati što je kraće moguće.					
65.	Postoji praćenje primjena mjera prisile (broj, trajanje, razlozi i sl.) na razini odjela/ustanove na dnevnoj osnovi radi analize i planiranja mjera poboljšanja i prevencije.					
66.	Psihijatrijska ustanova dva puta godišnje izvještava državno povjerenstvo o primjeni mjera prisile u ustanovi kako je to definirano ZZODS-om.					
67.	Osoblje zna da njihovo neprikladno reagiranje na uznemirenog pacijenta može biti okidač agresivnog ponašanja.					
68.	Osoblje zna da je izgled odjela koji pruža ugodu i sigurnost povezan s manjim rizikom za agresivno ponašanje i primjenu mjera prisile.					
69.	Osoblje je upoznato s tim da su nedostatak informacija, neljubazno osoblje koje ne stavlja u prvi plan potrebe pacijenta i ograničavanje slobode okidači agresivnog ponašanja.					
70.	Osoblje zna da dobar odnos s pacijentom smanjuje rizik od agresivnog ponašanja, primjene mjera prisile i njihovih negativnih posljedica.					
71.	Postoji strategija prevencije agresije na radnom mjestu s kojim su upoznati svi zaposlenici ustanove.					
72.	Postoji imenovano tijelo na razini ustanove koje prati provođenje strategije te najmanje jedanput godišnje evaluira efekte provođenja strategije parametrima koji se prate kao što su: broj agresivnih incidenata, broj primjena mjera prisile, trajanje mjera prisile, razlozi mjera prisile, broj ozljeda osoblja i pacijenata povezan s agresivnim bolesnikom kao i oštećenja fizičke okoline, efikasnosti mjera prevencije, broj provedenih edukacija i drugih parametara koji su važni za procjenu.					

73.	Postoje upute o tome kada se u pomoć poziva policija.					
74.	Nakon krizne situacije ili primjene mjera prisile uvijek se provodi analiza s osobljem i pacijentom u optimalnom roku.					
75.	Za prevenciju agresivnog ponašanja nakon identificiranja agresivnog rizika pacijenti imaju individualni plan liječenja s ciljem prevencije agresivnog ponašanja.					
76.	Informacije o agresivnom pacijentu kao i individualni plan postupanja moraju biti poznate svim članovima osoblja, osobitu pažnju prijenosu informacija treba posvetiti za vrijeme predaje smjene.					
77.	Kod pacijenata koji imaju agresivni rizik važno ih je na prikladan način informirati o tome što se može dogoditi u slučaju ako postanu agresivni, kada standardne mjere umirenja ne pomažu.					
78.	Potrebno je prikupljati podatke o ozljedama pacijenata i osoblja prilikom primjene mjera prisile.					
79.	Dokumentacija o vođenju pacijenata nad kojima su primijenjene mjere prisile uredno je vođena i pregledna kako bi se jasno moglo identificirati što je bio razlog primjene mjera prisile, što je poduzeto u prevenciji primjene mjera prisile, tko je odredio primjenu, koliko dugo je trajala, koliko često su bili obilasci i produženja mjere, što je tijekom primjene mjera prisile terapijski poduzeto, kako je praćeno fizičko i psihičko stanje i druge informacije definirane Pravilnikom Ministarstva zdravlja o primjeni mjera prisile.					
80.	Nalaz psihijatra mora odražavati povezanost kliničkog stanja s opasnosti za život pacijenta, drugih osoba i za ugrožavanje zdravlja koja se nije mogla ukloniti primjenom postupaka umirenja kao što je deeskalacija, senzorna modulacija ili <i>timeout</i> soba, kao i terapijske postupke koji će se provoditi.					
81.	Edukacija o prevenciji agresivnog ponašanja i prevenciji mjera prisile obavezna je za sve zaposlenike. O toj se edukaciji vodi evidencija.					
82.	Protokol o postupanju s agresivnim pacijentom nalazi se u svim ambulantomama i s njim su upoznati svi zaposlenici.					

Da li možete sami dati pristanak na liječenje ako imate skrbnika?

Bez obzira na to što imate skrbnika, sami dajete svoj pristanak, ako ste pristanak, po mijenjanju liječnika psihijatra, sposobni dati.

✓ Pristanak možete opozvati u bilo kojem trenutku.

Kakvom liječenju Vas liječnik može podvrgnuti na temelju vaše suglasnosti?

Davanje suglasnosti za liječenje prilikom prijema u bolnicu obuhvaća Vašu suglasnost i za primjenu redovitih pretraga, primjenu uobičajenih lijekova, te se nova pisana suglasnost neće tražiti, ali je liječnik dužan dati Vam potpunu informaciju o pretragama i primjeni lijeka, i drugim postupcima koji se predlažu za vaše liječenje.

Šta možete učiniti ako se Vaša prava krše?

Ako imate primjedbe, imate pravo podnijeti pričuže.

Svoje pričuže možete podnijeti:

- ✓ Ravnatelju psihijatrijske ustanove ili sefu odjela
- ✓ Povjerenstvu za zaštitu i promicanje prava pacijenata pri Ministarstvu zdravlja, Zagreb, Ksaver 200A
- ✓ Gradskom povjerenstvu za zaštitu prava pacijenata u vaše gradu
- ✓ Povjerenstvu za zaštitu osoba s

duševnim smetnjama pri Ministarstvu pravosuđa, Zagreb, Ulica grada Vukovana 49

✓ Puškom pravobranitelju, pisмено ili usmeno na zapisanik, Zagreb, Trg hrvatskih velikana 6, tel. 01 4851 855, mail: info@ombuduman.hr

✓ Pravobranitelju za osobe s invaliditetom, Zagreb, Savska cesta 41/3, tel. 01 6102 170, fax: 01 6177 901, www.posl.hr, mail: ured@posl.hr

✓ Pri poslovanju pritužbi možete tražiti pomoć osoblja, članova svoje obitelji i osoba koje djeluju u Vašem interesu.

Prema Konvenciji LH i pravima osoba s invaliditetom liječenje se provodi na temelju informiranog pristanka. Osobe koje smatraju da su im prekršena prava iz Konvencije mogu se obratiti

Pravobranitelji za osobe s invaliditetom, ured@posl.hr, Savska 41/3, Zagreb, 01 6102 170, www.posl.hr

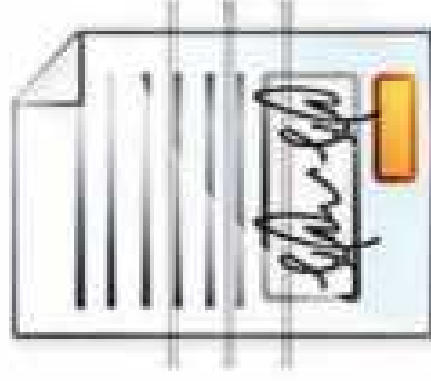
PRAVA OSOBA U PSIHIJATRIJSKOJ USTANOVU

INFORMIRANI PRISTANAK NA LIJEČENJE

Ovaj letak objašnjava što znači pristanak na liječenje.

Liječenje bilo kojeg zdravstvenog stanja provodi se uz pristanak pacijenta.

Informiranje o Vašem zdravstvenom stanju i razlozima zašto uz predlaže liječenje je prava čoveka ustanove u kojoj se planira liječenje.



Ovaj letak izrađen je u okviru projekta Svjetske zdravstvene organizacije QualityRight 2019.

Što je informativni pristanak?

Informativni pristanak znači Vašu saglasnost na primljenu određenu medicinsku postupka/dijagnostiku i liječenja i pregleda u bolnici. Prije davanja pristanaka liječnici su Vam dužni dati dovoljno podataka o Vašem zdravstvenom stanju i liječenju kako biste mogli svojom slobodnom voljom odlučiti prihvatiti li na takvo liječenje ili ne prihvatiti.

Liječnici prije potpisivanja Vaše saglasnosti moraju utvrditi da li ste sposobni dati pristanak tj. utvrditi da ste sposobni razumjeti informacije koje su Vam dati i donijeti odluku.

- ✓ Svoj pristanak dajete dobrovoljno i slobodno bez pritiska liječnika ili drugih osoba.
- ✓ Pristanak uvijek možete povući.

Tko daje pristanak?

Pristanak dajete Vi ako ste sposobni za njegovo davanje odnosno, ako informacije koje su važne za davanje pristanaka možete razumjeti, upamtiti, održavati za i prihvatiti odluku i donijeti odluku.

Koje podatke Vam liječnik mora dati?

- ✓ Kako biste mogli dati svoj pristanak, liječnik mora navesti na Vama razumljiv način: podatke o Vašem zdravstvenom stanju i dijagnozi,
- ✓ razloge zbog kojih Vam je predloženo

liječenje ili pregled,

- ✓ što sve podrazumijeva vaše liječenje ili pregled,

✓ zašto se predlaže bolnička liječenja z ne ambulantno,

✓ postoje li opasnosti i rizici

✓ predložene liječenja ili lijekova,

✓ postoje li druge mogućnosti liječenja,

✓ što se može dogoditi Vašem zdravlju, ako odbijete liječenje pregled ili

✓ prijem u bolnici,

✓ ime liječnika, koji je odgovoran za

✓ vaše liječenje.

Možete li odbiti liječenje?

Imate pravo odbiti pregled ili liječenje, međutim važno je da shvatite prije nego što odbijete liječenje ili prijem u bolnici, što bi se moglo dogoditi Vašem zdravlju ako odbijete liječenje i da li postoje druge mogućnosti liječenja odm predložene.

Kako dajete Svoj pristanak?

- ✓ Svoj pristanak na liječenje u bolnici dajete pismeno, potpisom na formular kod prijema u bolnici, dok se za vanbolničko liječenje pristanak daje usmeno.

✓ Ako nešto ne razumijete ili ako želite znati više, imate pravo

✓ posavjetovati liječnika i dobiti odgovore,

✓ prije potpisivanja saglasnosti i nakon potpisivanja saglasnosti

✓ prihodom davanja pristanaka možete

✓ tražiti da bude prisutna Vaša osoba

od povjerenja. To može biti Vaš prijatelj, član obitelji ili neovisna osoba (npr. odvjetnik).

Kada Vas neće tražiti pristanak?

U hitnim slučajevima kad je ugrožen Vaš život ili Vam prijeti ozbiljna i nepovratna opasnost od velikog narušavanja zdravlja, medicinski postupak može se primijeniti bez Vašeg pristanaka, ali samo dok traje ta opasnost.

Tko daje pristanak na liječenje kada niste sposobni dati pristanak?

Kada niste sposobni dati svoj pristanak – to su slučajevi kad niste sposobni shvatiti podatke o Vašoj bolesti i predloženom liječenju, odnosno kada niste sposobni donijeti odluku i izreći je Vašem liječniku i kada imate srčobola. Ako je srčobol dugo saglasnost za Vas smještaj u psihijatrijsku ustanovu. Vi se tom pristanak izdribe možete u bilo kojem trenutku uspoiviti, u kojem slučaju će psihijatrijska ustanova bez odgođa, a najkasnije u roku od 12 sati od prethodjenja, obavijestiti sud o prihonom razdavanju i dostaviti mu medicinsku dokumentaciju. Tada pristanak daje sudnik, a pravodavatelj za osobe s invaliditetom provjerava opreudanosť Vášeg prijema u bolnici. Kada niste sposobni dati pristanak, a nemate štednika, a liječnik procjenjuje da je liječenje neoprodno, tada je liječnik o tome dužan obavijestiti sud po postupku za prisilno liječenje.

✓ Puškom pravobraniteljicu, pisмено ili usmeno na zapisnik, Zagreb, Trg hrvatskih velikana 6, tel. 01 4851 855, mail: info@ombudman.hr

✓ Pravobraniteljicu za osobe s invaliditetom, Zagreb, Savska cesta 41/3, tel. 01 6102 170, fax: 01 6177 901, www.posi.hr, mail: ured@posi.hr

Pri podnošenju primatbi možete tražiti pomoć osoblja, članova svoje obitelji i osoba koje djeluju u Vašem interesu.

Pored navedenog, možete podnijeti tužbu sudu te podnijeti kaznenu prijavu policiji ili državnom odvjetništvu.

Ljudi imate pravo angažirati odvjetnika da Vam pomogne u ostvarenju Vaših prava. Ako ste starijih materijalnih prilika, možete tražiti savjet odvjetnika putem instituta besplatne pravne pomoći. U tom slučaju je potrebno obratiti se Uredu državne uprave prema mjestu prebivališta za daljnje upute.

Prema Konvenciji UN o pravima osoba s invaliditetom liječenje se provodi na temelju informiranog pristanaka. Osobe koje smatraju da su im prekršena prava iz Konvencije o osobama s invaliditetom mogu se obratiti Pravobraniteljici za osobe s invaliditetom, ured@posi.hr, Savska 41/3, Zagreb, 01 6102 170, www.posi.hr

PRAVA OSOBA U PSIHIJATRIJSKOJ USTANOVI

- DOBROVOLJNI PRIJEM -

Ovaj letak namijenjen je Vama ako ste uz Vaš pristanak smješteni u psihijatrijsku ustanovu radi potrebe Vašeg liječenja. Ako želite saznati o svojim pravima pri prištimom smještaju odnosno smještaju protiv Vaše volje, proučite posebni letak o pravima osoba na prištimom smještaju.



Ovaj letak izrađen je u okviru projekta Svjetske zdravstvene organizacije QualityRights, 2019.

Što je dobrovoljni prijem na bolničko liječenje?

Dobrovoljni prijem je kad se odlučite i svojom slobodnom voljom prihvatite na bolničko liječenje u psihijatrijskoj ustanovi.

Ali ste iteni poslovno sposobni, a sposobni ste dati pristanak i takav se pristanak smatra pristanakom na dobrovoljno liječenje.

Kad možete biti otpušteni iz ustanove?

Ali ste dobrovoljno pristali na liječenje u psihijatrijskoj ustanovi, možete biti iz nje otpušteni kad to Vi odlučite, osim u situaciji ako se vaše stanje izrazito pogoršalo da Vam je neophodno psihijatrijsko liječenje u bolnici, tada će ljekar izraziti putem suda pristanak smjetati. Kada oporavate svoj pristanak ljekar vam je dužan objasniti posljedice prestanka preporučenog liječenja.

Kad se ne možete u psihijatrijskoj ustanovi imati:

- pravo na liječenje uz informirani pristanak

To znači da prije nego što Vas se uopće počne ličiti, morate biti informirani od čega bolujete i zbog čega bi se trebali ličiti.

Kad Vam ljekar predloži liječenje (liječenje podrazumijeva ljekove i različite psihološke i rehabilitacijske postupke), mora Vam objasniti i dobiti i jedn strane togvog liječenja, navesti druge oblike liječenja i što se događa ako ga odbijete. Sve to trebate razumjeti kako biste mogli dati svoj pristanak slobodno, a potpunim shvaćanjem na što točno pristajete. Vaš pristanak je potreban za sve bolničke postupke koji će se provoditi u okviru vašeg, individualnog plana liječenja (vide o informiranom pristanaku na liječenje vidite u priloženom listku).

Vaš pristanak na planirane postupke liječenja obvezno se mora upisati u Vašu liječničku dokumentaciju!

➤ pravo na pretnost

Imate, na primjer, pravo držati uz sebe svoje osobne predmete kao što su odjeća, higijenski pribor, stni osobni predmeti; držati se s drugim osobama; primiti posjete; o svom trošku slati i primiti poštu, pakete i telefonirati; raditi radu i televizijske programe; sudjelovati po svom izboru u vjerskim aktivnostima u okviru mogućnosti psihijatrijske ustanove; glasovati na izborima

- Obveznu pravu mogu biti ograničena u slučaju postojanja opravdane sumnje da osoba s duševnim smetanjima nastoji prebaviti oružje, drogu ili ozbilje, dogovara se o bijegu ili pokušaju tezg kaznenog djela ili bi kaznjeno ili druga osoba usko naravnih aktivnosti ili sigurnost osobe

- pravo na uvid u svoju liječničku dokumentaciju

Imate pravo pogledati što piše u Vašoj liječničkoj dokumentaciji i možete tražiti kopije.

➤ pravo na dopunjenstvo

Nitko Vas ne smije gonjaviti, vikati na Vas, prijetiti Vam kažnjavanjem, tući Vas i slično.

Što možete učiniti ako se Vaše pravo krše?

Ali ste imate primjedbe na liječenje, dijagnoziranje i otpust iz psihijatrijske ustanove ili mislite da je psihijatrijska ustanova prekršila Vaša ljudska prava, imate pravu podnošiti prijavu.

Svoje prijavu možete podnijeti:

- ravnatelju psihijatrijske ustanove ili leču odjela

- Početnomu ili zadnjem osobi s duševnim smetanjima pri Ministarstvu pravosuđa, Zagreb, Ulica grada Vukovara 49

Mjere prisile

Tijekom prisilnog zadržavanja ustanova može primijeniti mjere prisile poput fizičkog spajivanja, kucanje i ljekova za smanjenje agresivnosti, samo ako je to nužno potrebno.

Mjere prisile se koriste kad je zbog Vašeg ponašanja koje protučini iz budućih potrebnih zaštiti Vas same da si ne uprivate život i zdravlje ili da ne naškodite nikom drugom. One se mogu primijeniti samo kad su očiti načini smirivanja bili bezuspješni, onoliko dugo koliko ti radovi traju i nikad se ne smiju koristiti kao mjere kazne ili odvrać.

Koliko dugo možete biti prisilno smješteni?

Možete biti prisilno smješteni dokle god postoje opravdani razlozi za vaš prisilni smještaj, ali uvijek uz rješenje suda.

Ako prestatu razlozi za vaš prisilni smještaj prije isteka rješenja suda, vaš liječnik Vas mora otpustiti i o tome izvjestiti sud.

Ako želite, možete nastaviti boraviti i rješenje kao dobrovoljno primljeni pacijent kada postajete pribranak za dobrovoljno liječenje.

Što možete učiniti ako se Vaše pravo krši?

Možete se žaliti Hupanijskom sudu protiv rješenja o prisilnom smještaju. Za to imate rok od 3 dana od dana kada Vam je rješenje dostavljeno.

Nadalje, ako mislite da je psihijatrijska ustanova prekršila Vaša (uška prava, imate pravo podnijeti prijavu.

Svoje prijave možete podnijeti

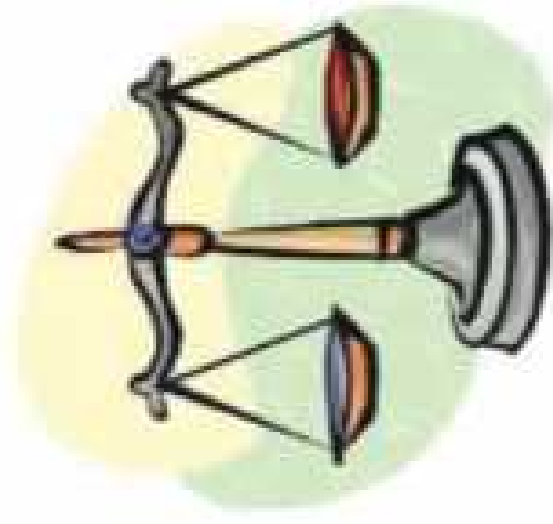
- ✓ ravnatelju psihijatrijske ustanove ili lefu odjela
- ✓ Poverenstvu za zaštitu i promicanje prava pacijenata pri Ministarstvu zdravlja, Zagreb, Kvarin 2004
- ✓ Poverenstvu za zaštitu osoba s duševnim smetnjama pri Ministarstvu pravosuđa, Zagreb, Ulica grada Vukovara 49
- ✓ Pukom pravobraniteljju, pismeno ili usmeno na adreanu: Zagreb, Trg hrvatskih velikana 6, tel. 01 4821 855, mail: info@ombudsman.hr
- ✓ Pravobraniteljju za osobe s invaliditetom, Zagreb, Savska cesta 41/3, tel. 01 6102 170, fax: 01 6177 901, www.povsi.hr, mail: ured@povsi.hr
- ✓ Pisma Konvenciji LH o pravima osoba s invaliditetom i obavezati se provodi na temelju informiranih pristanka. Osobe koje smatraju da su im prekršena prava iz Konvencije o osobama s invaliditetom mogu se obratiti **Pravobraniteljici za osobe s invaliditetom**, info@povsi.hr, Savska 41/3, Zagreb, 01 6102 170, www.povsi.hr

PRAVA OSOBA U PSIHIJATRIJSKOJ USTANOVI

- PRISILNI SMJEŠTAJ -

Ovaj listak je namijenjen Vama ako ste prisilno smješteni u psihijatrijsku bolnicu ili odjel.

Ako želite saznati o svojim pravima pri dobrovoljnom smještaju, pročitate poseban listak o pravima osoba na dobrovoljnom smještaju.



Ovaj listak urađen je u okviru projekta Svjetloba zdravstvenih organizacija QualityRights, 2019.

Što je priština angličnjak u puljičarijaku ustanove?

Priština angličnjak je angličnjak u puljičarijaku ustanovi bez Valdeg prisutstva. Priština Vas se može angličnjaci ako:

- Imate tebe davanje imenja
- I
- Abogrijih odbijeno i utvrdno upravljanje izvele, istovrno ili sigurnost sebe ili drugih ljudi, te vam je zbog vašeg stanja neophodna puljičarijaka pomoć bez odgođa.

Šta nedjeluje u Valdegu prisustvom angličnjaka?

Puljičarij u puljičarijaku bolnici kod Valdega prijetnja uvodi je prisutje i radnici na Valde prisustvo sadržavanja. Njegova odluka mora biti strogo obrazložena i upisana u Valdu medicinsku dokumentaciju. Tu odluku puljičarij treba donijeti što prije, a najduže u roku od 48 sati od Valdega prijetnja u bolnici, te mora moći odluku o važnom sadržavanju protiv vaše volje zajedno s ljudskim dokumentacijom dostaviti sudu.

- Puljičarij je obavezan osobu koja je bez prisutstva primljena u puljičarijaku bolnicu upoznati s razlozima rizičnog sadržavanja i rješavati pravnu situaciju i pravno na izbor odgovornika.

- Sud čim sazna za prisutstvo sadržavanja, postavlja de Vam odgovornika, osim ako ga sami ranije niste izabrali.

Sud je dužan najkasnije u roku od 72 sata od primitka obavijesti o prisustvom sadržavanju posjetiti Vas u puljičarijaku bolnici i saznati Vas.

Sudbina naprava se odvija uz vaše prisustvo i prisustvo vašeg odgovornika i puljičarijaka ustanove.

- Nis važi zatvor ili zatvor odgovornika može biti prisutan i puljičarijaci u druge ustanove. No završetku razgovor sud donosi rješenje.

Sud je dužan donijeti rješenje u roku od 8 dana od trenutka kad je primio Valdu dokumentaciju o prisustvom sadržavanju. Za to vrijeme imaju Vas pravo zadržati u bolnici.

Kad ste priština angličnjak, imate:

- Pravo biti obaviješten i o svojim pravima

Da biste ustanove dala je obavijest Vam koja su Vaša prava i postupak koji se provodi radi Valdega prisustvom angličnjaka, da imate pravo na odgovornika, da se možete žaliti protiv vaše odluke i ostala prava.

- Pravo na protivnost

Imate, protivljenja, pravo držati uz sebe osobne predmete (očjelo, higijenski pribor, stvari osobne predmetne), držati se u drugim sobama; primiti posjetu, u svom tražiti vrat i prenat poslu, pakete i pakovanje; informirati, praviti radu i obavijestiti programer; sudjelovati po svom izboru u svakim aktivnostima u okviru mogućnosti puljičarijake ustanove.

- Odbijena prava mogu biti ograničena u slučaju postojanja opravdane sumnje da osoba s duljevim smetnjama nastoji prekovati alkohol, drogu ili oružje, dogovara se o bijegu ili postojanju teškog kamernog djela ili bi korištenje tih prava moglo teško nanijeti zdravlje ili sigurnost osobe.

- Pravo na rješenje uz informirani pristanak

To znači da prije nego što Vas se uopće počne liječiti, morate biti informirani od čega bolujete i kakva je priroda vaše bolesti, kad Vam liječnik predstavi liječenje, mora Vam objasniti dobre i loše strane svakog liječenja, navesti druge oblike liječenja i što se događa ako odbijete liječenje. Sve to trebate znati kako biste mogli slobodno dati svoj pristanak i potpisati svlačenjem na što učeno pristajete. Vot pristanak na liječenje mora se obvezno upisati u Valdu liječničku dokumentaciju!

Bez Valdega prisutstva liječnik Vas može podrijetiti samo onom liječničkom postupku koji ljudi upravo one pacijente imaju zbog kojih ste prisutno angličnjak. U isto vrijeme, mora biti jasno da bi bez tog postupka došlo do valdig oboljenja Valdega izvanja i u takvom slučaju liječnik Vas mora uključiti u planiranje Valdega liječenja i objasniti Vam postupak.

- Pravo na uvid u svoju liječničku dokumentaciju

Imate pravo pogledati što piše u Valdu liječničku dokumentaciju i možete tražiti kopije.

- Pravo na dobrovoljnost

Nikada Vas ne smije prisiljavati, vikati na Vas, prijetiti kažnjavanjem, tući Vas i slično.

Da li mogu tražiti da se preispita opravdanost primjene mjera prisile?
Vi osobito, ako su prema vama primijenjene mjere prisile, osoba od koje potiču i sudske žalbe, mogu se obratiti **Državnom tužilaštvu za zaštitu osoba u društvenim ustanovama** pri **Ministarstvu pravosuđa, Zagreb**.

Ulica grada Valterova 49 sa saopćenjem da ispitaj primjenu mjera prisile. **Poduzetaka institucija obvezana je o pruženi mjera prisile obavijestiti sudbenu žalbu. Vi kao kao osoba u društvenim ustanovama prema kojim su primijenjene mjere prisile, osoba od koje potiču ili vaš sudbeni žalbu, mogu pisano zahtijevati**

Sud je dužan na odgovarajući način ispitati opravdanost, intenzitet i trajanje mjera prisile i donijeti odluku potpuno uz zaštitu osoba u društvenim ustanovama.

Prema **Konvenciji UN o pravima osoba s invaliditetom** ljepo je to potvrditi na temelju informiranog pristanka. **Ne preporuča se primjena mjera prisile. Osobe koje smatraju da su im povraćena prava iz Konvencije o osobama s invaliditetom mogu se obratiti**

Pravobraniteljici za osobe s invaliditetom,

u **odjeljenju, Šankva 41/3, Zagreb**

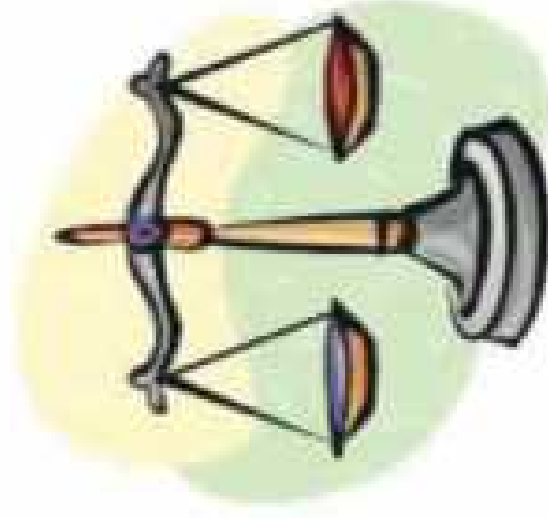
01 6107 170,

www.gov.hr

PRAVA OSOBA U PSIHIJATRIJSKOJ USTANOVU

MJERE PRISILE

Ovaj tekst je namijenjen Vama ako želite saznati kada se prema vama primjenjuje odredaba Zakona o zaštiti osoba u društvenim ustanovama i koje mjere prisile i Vama treba uz prava Vama primijenjene mjere prisile.



Ovaj tekst izraden je u okviru projekta **Načelnice društvenih organizacija QualityRights, 2019.**

Kako su mišore pratile?

Mišore pratile su sredstva koja se koriste u cilju bržeg organiziranja boravka i djelovanja osobe u velikim daljinskim smetnjama ljudskom hospitalizacije u psihijatrijskoj ustanovi. Najčešće se koristi spretanje za boravak osoba na bolnicu ili bolnici za brzo smetanje.

Kada se smija koristiti mišore pratile?

Mišore pratile koriste se u osobito teškim slučajevima kada je to jedini način sprečavanja pacijenta da svojim postupcima ugrozi svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. To znači da pratilešne metode poput vezivanja u lozom Vano je omogućava da izrazi svoje osjećaje, postideše i nauke svog postavljanja i da se dogovore o načinima liječenja ili boravka u osobi koja umire, ako postoji u ustanovi, una hde uobaviti.

Da li se mišore pratile mogu koristiti ako ste podigli pridašak na dobrovoljno liječenje?

U pravilu mišore pratile se ne koriste kod dobrovoljno primljenih pacijenata koji su prihvatili liječenje u bolnici na temelju informiranog pristanka to im je objektivna potreba i učini njihovog liječenja u bolnici. U slučaju da ne vide potrebu za tim postupcima i podignu pridašak za primanje mišore pratile i postupe također različitom principu primljenog soglasja, psihijatar mora u tome biti odlijeđen od ostalih osoblja.

Nije dopušteno

Sprečavanje i odužbojanje na postupci kojima se kontrolira agencijom i obavljanje u prama pravilima dobrovoljno postignuta prama pacijentu. U cilju zaštite dostojstva i sigurnosti pacijenta, kod primjena mišore pratile mora doprijeti postupci koji uključuju minimalni ili najveći broj dobitno dostojstvo u veštacima ili ljudskom osoblju. Zbog toga je primjena mišore pratile kao jedna prama pacijenta od strane zdravstvenih ustanova.

Koliko dugo mogu trajati mišore pratile?

Mišore pratile smiju trajati samo dok je to potrebno da se osigura opasnost koja predstavlja u veštacima. Obično se da će umiranje veštac stupa nastupiti u roku od 1 sati ili kraće, međutim u rjeđim slučajevima mogu trajati i 24 sata.

Moje osoblje odobri o primjeni mišore pratile?

Odobri o primjeni mišore pratile dajmo psihijatar osoblje? Zakoni kao kojima mišore kade je sigurno da je sve potrebno da se Vano stanje smeti bez primjena mišore pratile. U slučaju teškog burnosti, osoblje o primjeni mišore pratile mišore dajmo i drugi zdravstveni radnici ali o tome su obično odmah obavješteni psihijatri.

Procjena zdravstvenog stanja

Uvijek kada je moguće osoblje će vas upitati u posebnom osoblje da bi vas sadržalo od postavljanja drugog pacijenta, ali tako da može kontinuirano pratiti vaše zdravstveno stanje. Psihijatrijska ustanova obično je organizirana da izrazi zdravstveno osoblje kako god Vole izlaska i putu do stacije. O primjeni veštac zdravstvenog stanja koji je bilo nekogim primjenom mišore pratile zdravstveno osoblje osoblje će vas upitati psihijatra koji će vam progovoriti i sadržati o potrebi daljnje primjene mišore pratile ili informisati. Kada psihijatar utvrdi da su potrebni osoblje drugo kojim su primjenjivane mišore pratile, on će svoj radnik upitati o medicinskoj dokumentaciji i sadržati potrebni mišore pratile. Ako ste upitali više od dva sata osoblje će vam omogućiti razgovor. Psihijatar vas je dužan predvidjeti osoblje. Zakoni u kojima osoblje od 4 sata, ako osoblje nije informiran o primjeni veštac stupa, sadržati o predstavi postavljanja kao ljudi nek.

Da li se postupci i mišore pratile upijaju u moju medicinsku dokumentaciju?

Liječnici i medicinske osoblje moraju procijeniti i osoblje voditi medicinsku dokumentaciju u radnom, trajaju i važnim zdravstvenim stanja ljudskom povjerenja mišore pratile. U dokumentaciji su također dužni navesti ima zdravstvenog sadržaj koji je osoblje primjenom mišore pratile, imena zdravstvenih sadržaj koji su uključivali u primjeni mišore pratile i odgovorne osoba na vrijeme obavještanje, te povratni. Drugi mišore pratile.

Da li će netko biti obavješten o primjeni mišore pratile?

O primjeni mišore pratile psihijatrijska ustanova obavještit će osoblje od primjenjivane zdravstvenog stanja i osoblje primjenjivane.

Što može biti učinjeno ako se ne slažete s građevinskom agencijom u slučaju vašeg poslovnog sporazumavanja?

Ako držite misao je od dobro reputaciju odložen, možete se žaliti protiv tog tijela. Za to treba rok od 15 dana od dana kad ste primali rješenje. Žalbu podnosite ovom sudu koj je u pitanju.

Što čeka rješenje u slučaju postojane sposobnosti postojane povremeno / privremeno? Pločinske / oblog / stropova?

Centar za socijalnu pravu (CZSS) sudan je u roku od 30 dana od privremeno rješenja sudu o konačno postojane sposobnosti donijeti rješenje u skladu s vaše postojane i privremeno / stropova. Vaš odvjetnik može biti samo osoba koja je u skladu s postojane obavijest sudu o stropova i da se ne može biti se ljepo pomaže prema vašem i misli s Vašim dobro osmo.

Imate pravo reći što mislite da bi trebalo biti Vaš stropova i što mislite o osobi koja vam je dopisana za stropova. Imate pravo izraziti svoju želju izjavom na papiru u CZSS u pogledu odobrenja vaše stropova i reći što bi trebalo biti Vaš stropova. U CZSS je u skladu s Vašu želju ako nije u suprotnosti sa Vašim odobrenjem i odobrenje.

U ovom slučaju imate postojane sposobnosti ako smatrate da su prekršena vaša prava možete se žaliti Povremeno / stropova za osobu s.

invaliditetom, mail: urodg@pov.hr, Brojka 4111, Zagreb, tel: 01 8102 970, www.pov.hr, s u studijevim dokumentacije također se možete obratiti Pločinski pravobranitelj, Zagreb, Tlg. Hrvatskih vjersos 6, mail: urodgombudman.hr, tel: 01 401 1 666, www.ombudsman.hr

Za informacije i svega vezano za postupak idejno poslovne sposobnosti i stropova pod stropova možete se obratiti i Centru za socijalnu pravu prema mjestu Vašeg prebivališta, sudu o konačno postojane sposobnosti službe gdje se ljepše, te stropova koje se bare zadnjih postojane prava.

Pravni odbor je 2010. godine ratificirao EU Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. Konvencija je usvojena početkom i u skladu sa kojim se države obavezuju trebaju regulirati postojane sposobnosti osoba s invaliditetom.

Pravna Konvencija odnosi se na osoba s invaliditetom i invaliditetom i invaliditetom sposobnosti i veli da trebaju osigurati pomoću u uključivanje. Konvencija nastoji da se uvećaju postojane sposobnosti osobe i stropova sustavom osobe i invaliditetu osobe. Pravna Konvencija odnosi se na osobu koja je u skladu s Konvencijom, mail: urodg@pov.hr, Brojka 4111, Zagreb, tel: 01 8102 970, www.pov.hr

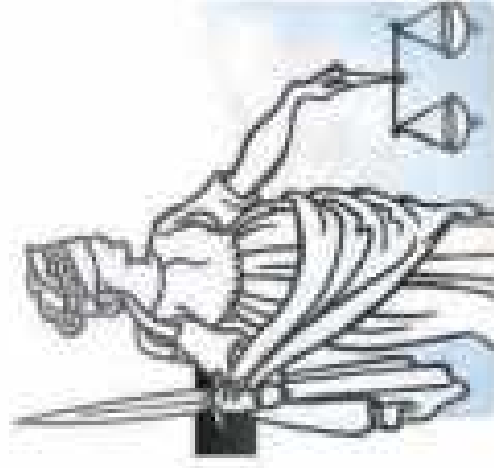
Osoba koja smatra da su im prekršena prava iz Konvencije o pravima osoba s invaliditetom mogu se obratiti Pravobraniteljici za osobu s invaliditetom, mail: urodg@pov.hr, Brojka 4111, Zagreb, tel: 01 8102 970, www.pov.hr

LIŠENJE

POSLOVNE SPOSOBNOSTI I STAVLJANJE POD SKRBNIŠTVO

- VAŠA PRAVA -

Onaj tko je namijenjen Vaša ako ste veliki ljudi poslovne sposobnosti i je postupak idejno postojane sposobnosti u njemu.



Onaj tko je namijenjen Vaša ako ste veliki ljudi poslovne sposobnosti i je postupak idejno postojane sposobnosti u njemu.

Libarije poslovne sposobnosti je dala žaliti osobu koja zbog bolesti nije sposobna biti prva i ratena, ja joj se sudom postupkom enerujsa odruka

Šestom su zaposlena ljudna prava, bez stana rod i sa o osobu koja ima aktivna

može pravo zdat koja su Velja prava i gdje može potvrditi poned u suduju da sa una kiva

Mo potvrditi postupak libarije poslovne sposobnosti?

Postupak libarije poslovne sposobnosti vodi se pred sudom, a potvrdi ga Centar za socijalnu steno na osnovu saznanja da vam je potrebna zaštita. Vi imate pravo aktivno sudjelovati u cijelom postupku. Sud je obavezan udjeliti Vasa u postupak i potvrditi Vasa prava.

Koja su Vasa prava u postupku libarije poslovne sposobnosti?

- Pravo biti prisutni i izjaviti svoje mišljenje i Vasa prava potvrdi na odgovarajućem i sad postoje sudom udjeliti razvod koji to enerujsadajuju. Možete pratio tije opravna, namiranj Svog spsa, vidjeti kao je postroa prijedlog za libarije Vasa poslovne sposobnosti i iz kiva razloga.
- Pravo na informacije sud Vasa moji obavještavati o cijelom postupku i Vasin prava na sudu na koji Vi to razumijete.
- Pravo biti saslušan pred sudom moji razlogi Svog stav ovoj tječu i Vasa sud udjeliti kiva poslovne sposobnosti i diti Svija moji razli.

- Pravo izraziti ocazno sudu da ste poslovno sposobni moji predstavnika vjedoka koji su vjedoka Vama u sudu (na prijeli neka Svija prijatelj) i sud na razmatranje neke dokumenta koji potvrdju Vaju poslovnu sposobnost.
- Pravo aktivno sudjelovati u postupku, moji na prijeli potvrditi prava vjedokima i studijama.

➤ Pravo dobiti sudom obavljeno libariju poslovne sposobnosti i kiva cijak dokumentacije. Sud je duhan omogći rješenje o libariju poslovne sposobnosti u pisanom obliku i dostaviti ga Vama.

- Pravo na pravnu pomoć ako trebate potec u postupku, moji angažirati odvjetika da Vasa zastupa. Ako nemate financijskih sredstava, moji se odruki sačinjavom za besplatnu pravnu pomoć nadležnom urudu diktirne udove u Zagoru i spoznatni unija prava njekih zaveštavilja (bavilija) podvratnja zaštitom.
- Ako nemate odvjetika, centar za socijalnu steno obavestno da Vam imenovati posebnog strinika, pravnika i potvrdim pravnom spsom. Njegova uloga je da Vasa zastupa na sudu tječem postupka libarije poslovne sposobnosti, ali i u drugim postupcima do pravomoćna ocazno o vjedoknu osobu pod strinikom. Diktirati mu je zaštita Vasi osobni i imovinski prava.

Koja je uloga praviljara u postupku?

Sud je duhan prislati stručno mišljenje vjedoka praviljara u Vasin zdravstvenim stanju i u vjedoka koji stanje na Vaju sposobnost zaštite Vasin prava. Mi na vjedokovnja prava i razmatra drugu osobu. Vjedoka je duhan izvjestiti Vasa

i razmatra koji razlog i razlogje. Vi imate prava i vjedoka u to razlogje.

- Iako sud mora vaju razlogje vjedoka, vjedoka praviljara i Centra za socijalnu steno izvodit je duhan sam potvrditi Vaju poslovnu sposobnost. Svoga bi sud razlog razlog i razlogje drugih studijama.

Ako ocazno vaju razlogje vjedokima opsuje Vase stanje nekadno, moji vakti razlogje drugog vjedoka.

U kojem suduju Vasa sud može izjaviti poslovne sposobnosti?

Samo u suduju ako postoj dovoljno dokaza da nate sposobni samo sa bratit q sud i samo domati odruki na svojem postupcima vjedokovate drugo o kojima ste dakti vakti.

Sud je duhan izvjestiti razmatrit sve pravomoćna diktirno i diktirati vaju odluku na vjedoku razmatra cijelokupnog postupka.

Sud vasa može samo diktirati kiva poslovne sposobnosti rje za odgovarajuće imovine vasa vjedokovati novom do ocazdnog anosa, odvjetnika o njekim predvratnja/bavilija, ekapitularnana drugo vjedokovna demotivom libariju poslovne sposobnosti sud de odruki razlog i postroje koje nate sposobni namiranjno potvrditi i ocazno na osobno stanje te tječu. Druga prava i stanje koji nisu razmatrit u vjedoknu sudu moji razmatritno obavljati bez strinika.

Koliko traje skrbništvo?

Ako se Vaše zdravstveno stanje popravi i Vi možete donositi odluke (bitno) nezavisno i samostalno ili uz podršku, Centar za socijalnu skrb mora utvrditi jesu li vaša uputa za vraćanje poslova sposobnosti.

Skrbnik je dužan jednom godišnje prijaviti od Vašeg liječnika obitelji i medicinske stručnjake o Vašem stanju zdravlja s obzrom na razlog ili enja poslovne sposobnosti, zasnove na mišljenju psihijatra.

Centar za socijalnu skrb dužan je svake tri godine preispitati potrebu Vaše skrbničke zaštite i o tome sastaviti izvješće.

Što ako držite nešto ne trebate skrbništvo?

Svaka osoba pod skrbništvom može podnijeti svoju peticiju za vraćanje poslova sposobnosti. U prijedlogu trebate navesti zbog čega mislite da Vam treba vratiti poslovnu sposobnost.

Ako se u postupak uključi nadležni Centar za socijalnu skrb po službenoj dužnosti, Centar snosi sve troškove postupka, uključujući i trošak vještačenja, u protivnom Vi snosite sami troškove postupka i vještačenja.

Previdni sabor je 2003. godine ratificirao EU Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. Konvencija EU o pravima osoba s invaliditetom je imala zadatak i u našim na koji države političke trebale regulirati poslovnu sposobnost osoba s invaliditetom. Prema Konvenciji država ne bi trebala osobe s invaliditetom lišavati poslovne sposobnosti već bi trebala osigurati podršku u odlučivanju. Konvencija nam kaže da se naše skrbništvo kao održiva ne može osobe i zapamti sudanac koji se bori? na odlučivanju uz podršku. Prvačno zakonodavstvo nije u tom pogledu još usklađeno s Konvencijom.

Osobe koje smatraju da su im prekršena prava u Konvenciji o osobama s invaliditetom mogu se obratiti Predstavnitelju za osobe s invaliditetom, ures@proci.hr ili na broj: Zagreb, tel 016302170, www.proci.hr

Ovaj letak je namijenjen Vama ako ste ličeni poslovne sposobnosti i imate skrbništvo.



Ovaj letak je izrađen u sklopu projekta "Evjesta" s podrškom organizacije Quality Rights 2019.

Ovaj letak predstavlja pregled Vaših prava ako ste pod skrbništvom.

Šestom su zajedbena (pukao tjera, tako i neobama koje su pod šerbitrom) (matr pravo zna) koja su Vata prava i gda mlade porodi porod u skladu da se ima biti

Što je šerbitrom?

Zakon kaže da svako ima pravo doneti odluku. To znači da Vi sami možete sajeti ili šerbi i ako ne želite biti. Međut drug ljudi daš kako ne možete sami doneti drug druge paridne bolni. Oni će za vas Vata odluke mogu doneti da budu posljedica za vas i za neku drugu osobu. Kad ne možete sami doneti odluku zbog drug paridnog stanja ili bolni, sad vam može ogreniti pravo donosjenja odluka u određenoj područima života i nekom drugom dipaziti da donosi odluke umjesto vas. To se zove šerbitrom. Zakon kaže da je šerbitrom otla pravne zadat osoba koje uvijek bolni uku sporedne samostalno čini svoja prava, interes i potrebe.

Sad pokušaj o tome treba i vam da dopijer šerbit i Centar za socijalnu seb odustaje to da bi vam.

Može li Vati šerbitrom?

- Često koju pozivati – na primjer Vati roditelj, djeta, član obitelji i prijatelji.
- Onda kojine pozivati, ali za koju Centar za socijalnu seb ota izad tražiti odluku i uposloiti za obavljanja skrivanja, a nije na primjer socijalni radnik o vašeg života za socijalnu seb.
- Imate pravo ned to možete da bi tovar bi Vati šerbit i što može o onaj koji vam je dopijerna za šerbitrom.

Što šerbitrom može činiti?

Šerbit umjesto vas donosi odluke koje biste Vi doneli da nate pod šerbitrom. Na to ga

odustaje sad šerbitrom nate narediti i podijeti u skladu sa sudbom odluka u koji je određeno koje radnje ne možete sami poduzeti. Za to nate šerbit donosi odluku umjesto vas, zatim za socijalnika, socijalnu radnik samostan, novca, neovjetima i sidro, a za drugu područja koja nate natevama u jebanju ili drugim područje sporedno odluke donosi sam.

Što je šerbitrom dajati činiti?

- bitni se o Vata: pravna, obvezana i donosi.
- porodi vam da se opozovite za samostalno živet i sad porodi vam da sudbujate u nametom samostan koje žate uključuje i svojne aktivno.

➤ šerbitrom dajati za porodi Centra za socijalnu seb poduzet potrebne njene iad sigurnija sredstva za vate budnje potrebe.

➤ bitni se o Vata: novac, na primjer o vatom stranu šerbitrom: nepoduzet Vatom: novac, potraž, zamjena i drugi Vata bitni i stran samostan je to za Vata donosi. Za to mu treba sigurnost Centra za socijalnu seb.

➤ sigurni vam njeno za šerbi, uključujući vate drugu potreba. Ovo sigurno o vate njeno i sredstva koje vam dopijer Centar za socijalnu seb. On je odvajan porodi vam da napredno natevate primok.

➤ porodi vam da odluku da žate: rad i točak i prihvatiti neki posao i ne.

➤ pomagati vam kod odlučanja o otvorenju šerbitrom.

➤ zadržati Vati, na primjer u područjima pred sudom ili osudu tjerna, kod zakazivanja ugovora ili.

➤ Prip poslovanja nate umjesto vas šerbit je uvijek odan nametati vate: mladića, to ga iad u dajac, samostan je to u sigurnost i vatom dočakati.

- željati Centar za socijalnu seb o ovom radi i samu Vata njeno vate i njeno i nate to Centar dodatno zadržati. Vi nate pravo vate u bi i vate.

Što šerbitrom ne može činiti?

Šerbit vas ne može bte operativnog područjenog radnja postati u područjima udavom.

Šerbit vas može umjesti u dom pravi vate vate iz određene Centra za socijalnu seb vate šerbi to nate: (na primjer da njeno drug njeno). Ako ne želite id, vate odustajati Centar za socijalnu seb i zadržati porodi: Povezivanje za oobu i njeno.

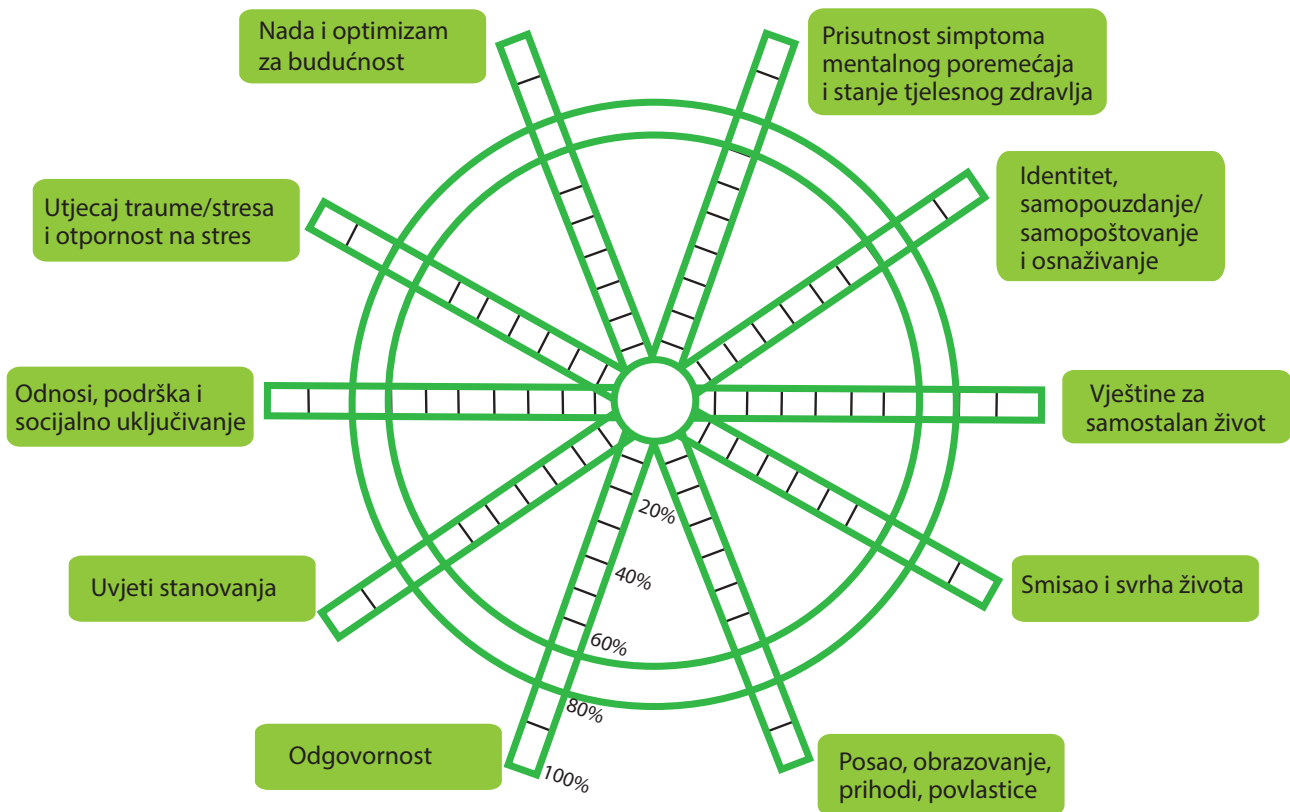
Ako vam šerbitrom njeno bte, na vate odgovoriti pred Centrom za socijalnu seb i sudom.

➤ Centar za socijalnu seb prati pravu u njeno žate: Opasne Centra za socijalnu seb dajati vas je otci njeno: dva puta godinje, to porodi i bolni, sad i kod bi zadržati. Vi i Vati šerbitrom.

Što šerbitrom nate sa se šerbitrom o odustanom šerbitrom?

Daš šerbitrom, šerbitrom svoje udaviti, dajati je šerbitrom Vate mladića, samostan je to u sigurnost i vatom dočakati.

Ako Vati šerbitrom ne vatevate vate njeno: (na primjer, ako uključuje u dom i bte) i to ota: prodaje vate njeno, njeno područje: pridonosi na sad šerbitrom Centra za socijalnu seb i vate: zamjena šerbitrom.



KORMILO OPORAVKA
Sveobuhvatan pristup mentalnom zdravlju i oporavku

Smjernice u ovoj publikaciji izrađene su u okviru aktivnosti Referentnog centar Ministarstva zdravstva za psihosocijalne metode Klinike za psihijatriju Vrapče u suradnji s psihijatrijskim društvima i uz potporu korisnika usluga u mentalnom zdravlju a prema najnovijim smjericama psihijatrijske struke koja oporavak, socijalno uključivanje i poštivanje ljudskih prava postavlja kao ciljeve liječenja osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja.