Pregledni naučni rad
UDK:364:343(497.6)
DOI: 10.7251/ZND2601286B

ZAKONSKA REGULATIVA PRIMJENA MJERA PRISILE U BOSNI I HERCEGOVINI

***Doc. dr sc. Višnja Banjac Baljak*[195]**
specijalista psihijatrije, supspecijalista sudske psihijatrije
Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banjaluka, Bosna i Hercegovina
Medicinski fakultet, Univerziteta u Banjoj Luci

***Prof. dr Nera Zivlak-Radulović*[196]**
specijalista psihijatrije, supspecijalista sudske psihijatrije, supspecijalista bolesti zavisnosti, primarijus
Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banjaluka, Bosna i Hercegovina
Panevropski univerzitet "APEIRON" Banjaluka, Bosna i Hercegovina

Sažetak: *Mjere prisile podrazumijevaju prisilnu hospitalizaciju i fizičko ograničenje kretanja mentalno oboljelih osoba. Navedene mjere se spovode u situacijama kada se radi o mentalno oboljelim licima, koja zbog prirode svog poremećaja, nemaju adekvatan uvid u svoje psihičko stanje i koja zbog svojih postupaka, predstavljaju ozbiljnu opasnost po sebe ili po okolinu. Iz tog razloga je zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi jedini način da se obezbijedi neophodna medicinska mjera, a u skladu sa Zakonom o zaštiti mentalnog zdravlja. Navedne mjere sprovodi specijalista psihijatrije ili specijalista dječije i adolescentne psihijatrije. Podaci o mjerama obavezno se upisuju u medicinsku dokumentaciju. Brojne države u zakonodavstvu posebnu pažnju poklanjaju zaštiti osoba sa mentalnim oboljenjima kako ne bi došlo do zloupotrebe ovih mjera. Zakonski okvir i procedura koja definiše mjere prisile razlikuje se od države do države. Etički gledano primjena mjera prisile predstavlja narušavanje autonomije pacijenta i maksimalni napori bi se trebali uložiti u izbjegavanje upotrebe ovih mjera ukoliko je to u datom trenutku moguće. Dio problema se može izbjeći poznavanjem zakonskih odredbi vezanih za mentalno oboljele osobe, a dio problema se može izbjeći i nultom tolerancijom za bilo kakvo kršenje etičkog kodeksa ljekarske ili sestrinske prakse. Cilj ovog rada je objasniti zakonsku regulativu zaštite osoba s mentalnim poremećajima primjenom navedenih mjera. Takođe je važna i edukacija osoblja za rad sa takvim pacijentima i empatičan odnos prema njihovim problemima.*

Ključne riječi: *mentalno zdravlje, prisilna hospitalizacija, fizičko ograničenje kretanja, zakonska regulativa*

[195] visnja.banjac@kc-bl.com;

[196] nera.zivlak@kc-bl.com

Uvod

Neki mentalni poremećaji zahtijevaju primjenu postupaka fizičkog ograničenja kretanja i prisilne hospitalizacije. Prisilna hospitalizacija predstavlja složen društveni fenomen koji podrazumijeva ograničavanje slobode pacijenta (Levar, 2019; Đorđević, 2024). Prisilna hospitalizacija se primjenjuje u situacijama kada se radi o osobama sa mentalnim oboljenjima koja zbog prirode svog poremećaja, nemaju adekvatan uvid u svoje psihičko stanje i koja zbog svojih postupaka, predstavljaju ozbiljnu opasnost po sebe ili po okolinu. Jedan od osnovnih preduslova za realizaciju prisilne hospitalizacije je postojanje mentalnog poremećaja, koji je po svojim kliničkim karakteristikama takav da pacijent nema uvid niti kritičnost u odnosu na prirodu svog oboljenja. Iz tog razloga je zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi jedini način da se obezbijedi neophodna medicinska mjera, a u skladu sa Zakonom o zaštiti mentalnog zdravlja (Zakon o zaštiti mentalnog zdravlja RS, 2020). Sredinom prošlog vijeka na sceni se pojavio pokret za deinstitucionalizaciju mentalno oboljelih lica, koji je aktuelan i danas i bori se za "oslobađanje" lica hospitalizovanih u dugim vremenskim periodima u psihijatrijskim ustanovama (Accordino, Porter & Morse 2001; Talbott, 2004; Đorđević, 2024). Međutim, potreba za prisilnim hospitalizacijama mentalno oboljelih lica i dalje je značajna, posebno kada se u obzir uzmu posljedice koje proizilaze iz neliječenja ove kategorije pacijenata. Prisilno smještanje i liječenje u psihijatrijskim ustanovama podrazumijeva privremeno oduzimanje ili ograničavanje osnovnih, ustavom zagarantovanih ljudskih prava, te mora biti strogo uređeno zakonom. Brojne države u zakonodavstvu posebnu pažnju poklanjaju zaštiti osoba sa mentalnim oboljenjima kako ne bi došlo do zloupotrebe prisilnih hospitalizacija. Standardi koji su u osnovi zakonskih odredbi vezanih za zaštitu lica sa mentalnim oboljenjima, bazirani su na rezolucijama Svjetske zdravstvene organizacije, Vijeća Evrope, Vijeća Evropske unije i Skupštine Ujedinjenih nacija. Zakonski okvir i procedura koja definiše prisilnu hospitalizaciju razlikuje se od države do države, pri čemu su zemlje Evropske unije dijelom harmonizovale zakonsku regulativu i procedure prisilnih hospitalizacija (Đorđević, 2024). Posljednjih decenija se o praksi prisilnog prijema pacijenata u psihijatrijsku ustanovu raspravlja širom Evrope i svijeta, prije svega zbog etičke kompleksnosti, autonomije lica oboljelih od mentalnih poremećaja i varijacija u zakonima o mentalnom zdravlju (Hustoft, Biringer, Gjesdal, Aβmus & Hetlevik, 2018; Đorđević, 2024). Prisilni prijem na liječenje osoba koje boluju od mentalnih poremećaja ima za cilj da spriječi pogoršanje njihovog mentalnog zdravlja (Stylianidis, Georgaca, Peppou, Arvaniti & Samakouri 2023) i redukuje neposrednu opasnost po sebe i/ili druge (Đorđević, 2024).

Međunarodni pravni okvir sprovođenja prisilne hopsitalizacije

Skupština Vijeća Evrope je 1994. godine svojom Preporukom o psihijatriji i ljudskim pravima 1235 propisala standarde psihijatrijskog postupanja prema mentalno oboljelim osobama (prisilni smještaj, liječenje i postupak prema civilnim i forenzičkim psihijatrijskim pacijentima) (Levar, 2019; Vlada Republike Hrvatske Ured za ljudska prava, 2007). Preporukom je utvrđeno da prisilni smještaj može biti određen u izuzetnim situacijama ako postoji ozbiljna opasnost za pacijenta ili druge osobe. Dopunski kriterijum u navedenoj situaciji ističe da bi se nesprovođenjem hospitalizacije pacijenta u zdravstvenu ustanovu moglo dovesti do pogoršanja njegova zdravstvenog stanja ili bi to onemogućilo dobijanje adekvatnog tretmana (Čizmić, 2013; Levar 2019). Usvajanjem Rezolucije 46/119 Generalna skupština Ujedinjenih nacija je 1991. godine utvrdila „Načela zaštite mentalno oboljelih lica i unaprjeđenje zaštite mentalnog zdravlja". Načela navode da sve osobe imaju pravo na najbolju moguću zaštitu mentalnog zdravlja, te im ta prava moraju biti osigurana i sprovedena bez diskriminacije i uz poštovanje dostojanstva osobe. Načela pružaju zaštitu od najozbiljnijih povreda ljudskih prava do kojih može doći u institucionalnom okruženju, poput zloupotrebe, prisilnog

odvajanja, sterilizacije, te primjene ostalih metoda koje dovode do nepovratnih oštećenja zdravlja (Čatipović, Grubišić & Kerin, 2010; Levar, 2019).

Konvencija za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda

Međunarodni ugovori danas su najznačajniji pravni okvir zaštite osnovnih ljudskih prava. U kontekstu evropskog zakonodavstva u zaštiti ljudskih prava najznačajniji pravni okvir predstavlja Konvencija za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda, poznatija kao Evropska konvencija o ljudskim pravima, koja je stupila na snagu 3. septembra 1953. godine. Ova konvencija reguliše pravni položaj mentalno oboljelih osoba (Štrkalj-Ivezić, 2011, str. 9-26, 35-49, 53-61, 70-95, 119, 143; Levar, 2019). Odredbom Evropskog suda moraju postojati dvije materijalno - pravne pretpostavke za sprovođenje prisilne hospitalizacije, a to su postojanje mentalnog oboljenja i opasnost. Mentalno oboljenje je medicinski pojam, koji je moguće utvrditi na osnovu stručnog mišljenja ljekara. Kao druga materijalno - pravna pretpostavka za sprovođenje prisilnog smještaja kod mentalno oboljelih osoba jest njihova opasnost, za sebe ili druge osobe. Opasnost moraju izazvati mentalni poremećaji. Ukoliko osoba manifestuje opasno ponašanje, a nije medicinski utvrđeno da se radi o mentalno oboljeloj osobi, opasnost ne može biti osnov za sprovođenje prisilne hospitalizacije. Sudska praksa Konvencije navodi da razlog prisilne hospitalizacije nadležni ljekar mora saopštiti odmah po prijemu u psihijatrijsku ustanovu (Babić-Bosanac, 2009; Levar, 2019).

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom

Još jedan od međunarodnih dokumenta koji se bavi zaštitom integriteta mentalno oboljelih osoba predstavlja Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom. Konvencija je usvojena u decembru 2006. godine s ciljem zaštite i osiguranja prava i dostojanstva osoba s invaliditetom. Konvencija je odredila da su osobe s invaliditetom one osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja, koja otežavaju ili onemogućavaju njihovo ravnopravno učestvovanje u društvu (Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, 2006; Levar, 2019).

Epidemiološki podaci

Kada je u pitanju stopa prisilnih hospitalizacija u odnosu na ukupan broj psihijatrijskih hospitalizacija postoje velike razlike među zemljama u svijetu. Jedno od istraživanja kojim su poređene stope prisilnih hospitalizacija u 22 zemlje Evrope, Australiji i Novom Zelandu u periodu od 2008. do 2017. godine, došla je do rezultata da su stope prisilnih hospitalizacija za posmatrani period iznosile 106.4 na 100 000 stanovnika, pri čemu je Austrija imala najvišu (282 na 100 000 osoba), a Italija najnižu stopu prisilnih hospitalizacija od 14.5 na 100 000 stanovnika (Sheridan Rains et al., 2019; Đorđević, 2024). U Portugalu je procenat prisilnih hospitalizacija u odnosu na ukupan broj psihijatrijskih hospitalizacija iznosio 3 % (Sheridan Rains et al., 2019), dok je u istom periodu taj procenat u Švedskoj bio deset puta veći. Razlike u kulturološkim i sociološkim faktorima, zdravstvenom sistemu zemlje, kao i razlike u zakonskim procedurama koje regulišu smeštaj i liječenje psihijatrijskih pacijenata bez pristanka, uzrok su razlika u stopi prisilnih hospitalizacija među državama (Aluh et al., 2023; Đorđević, 2024). Pregledni podaci studija rađenih u Evropi, za period od 1971. do 2000. godine, ukazuju na velike varijacije u zavisnosti od zemalja. Tako je stopa prisilnih hospitalizacija u Španiji iznosila 1 %, dok je u Švicarskoj iznosila čak 93 %. U ostalim zemljama Evrope stope prisilnih hospitalizacija nisu prelazile 50 %. U nekim zemljama Azije, poput Koreje, stope prisilnih hospitalizacija iznosile su 91 %, u Kini je iznosila 42 %, pri čemu je najniža stopa prisilnih hospitalizacija bila u Tajvanu i iznosila je 4 % (Ding, 2014; Hwang, Jung, Lee & Kim, 2020;

Đorđević, 2024). Kada su u pitanju zemlje istočne Azije, ovdje se razlozi za nađene stope prisilnih hospitalizacija mogu tražiti u tzv. kolektivističkoj kulturi, u kojoj je član porodice odlučujući autoritet kada se radi o prisilnoj hospitalizaciji. Kao mogući razlozi geografski lokalizovanih varijacija stopa prisilnih hospitalizacija, navode se: dostupnost i način prikupljanja podataka, važeća zakonska regulativa, dostupnost psihijatrijskih resursa, stavovi društva i psihijatrijske službe prema prisilnoj hospitalizaciji mentalno oboljelih osoba (Aluh et al., 2023; Đorđević, 2024).

Rezultati dosadašnjih istraživanja

U istraživanju sprovedenom u Americi, kojim su proučavane razlike u odnosu na pol pri prijemu u psihijatrijsku ustanovu, na uzorku od 487 pacijenata, utvrđeno je da su muškarci bili značajno češće prisilno hospitalizovani u odnosu na žene (Houston & Mariotto, 2001; Đorđević, 2024). U jednom istraživanju potvrđena je korelacija između psihotičnog ili afektivnog poremećaja i nasilnog ponašanja koje je prethodilo prisilnoj hospitalizaciji, pri čemu je nasilno ponašanje opservirano u više od polovine slučajeva tokom četveromjesečnog perioda praćenja koji je prethodio ponovnoj hospitalizaciji (Swanson, Borum, Swartz & Hiday, 1999; Đorđević, 2024). Rezultati jednog drugog istraživanja ukazali su da su prisilne hospitalizacije najčešće kod osoba koje su ranije prisilno hospitalizovane (McFarland, Brunette, Steketee, Faulkner & Bloom, 1993; Đorđević, 2024). Određen broj istraživanja potvrdio je povezanost muškog pola i mlađe životne dobi osoba koje su prisilno hospitalizovane (Engberg, 1991; Leung, Faulkner, McFarland & Riley, 1993), pri čemu neka od istraživanja navedenim faktorima pridodaju i niži materijalni status (Riecher, Rössler, Löffler & Fätkenheuer, 1991; Đorđević, 2024). Kada su u pitanju pacijenti starije životne dobi, potvrđena je korelacija između organskog mentalnog poremećaja i nasilnosti koja je prethodila hospitalizaciji (Blank, Vingiano & Schwartz, 1989). Takođe je utvrđeno da su prisilno hospitalizovani pacijenti imali više epizoda prethodnih nasilnih ponašanja, te da je kritični prediktor ponašanja bio da li su dovedeni u bolnicu uz asistenciju policije (Perlman, Kentera, Thornton & Griffith, 1988; Đorđević, 2024). Kada su u pitanju kliničke karakteristike prisilno hospitalizovanih osoba, najčešće dijagnoze su bile shizofrenija i manična faza bipolarnog poremećaja raspoloženja (Riecher et al., 1991). Prisilno hospitalizovani pacijenti ostajali su u bolnici dvostruko duže od dobrovoljno hospitalizovanih (Malla, Norman & Helmes, 1987). Još jedno istraživanje grupe autora iz Srbije 2013. godine je potvrdilo da su prediktivni faktori prisilne hospitalizacije bili prethodno psihijatrijsko liječenje, prethodne prisilne hospitalizacije, dovođenje u pratnji pripadnika policije i službe hitne pomoći zbog ispoljene fizičke agresivnosti i straha okoline, kao i dijagnostička grupa shizofrenih i drugih psihotičnih poremećaja, zatim ispoljavanje suicidalnosti i izostanak uvida u bolest (Petrović, Jovanović, Savić, Jovanović & Milovanović, 2013; Đorđević, 2024). Drugi rad na ovu temu, publikovan 2022. godine preglednog je tipa i ne daje odgovor na pitanje pretpostavljenih, vjerovatnih i mogućih prediktora prisilnih hospitalizacija u psihijatrijskim ustanovama (Novaković et al., 2022; Đorđević, 2024).

Zakonska regulativa zaštite osoba s mentalnim poremećajima primjenom mjere prisilne hospitalizacije i fizičkog ograničenja kretanja u Bosni i Hercegovini

Reforma zaštite mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini je započela 1996. godine, pri čemu je akcenat stavljen na brigu u zajednici, za razliku od ranijeg tradicionalnog pristupa, koji je uglavnom bio baziran na hospitalnom tretmanu ljudi sa mentalnim poremećajima. Rat na teritoriji Bosne i Hercegovine (od 1992. do 1995. godine) imao je reperkusije na cjelokupni zdravstveni sistem. Ratnim razaranjima bile su pogođene i psihijatrijske službe na način da je sistem zdravstvene zaštite na cijeloj teritoriji bio u značajnoj mjeri oštećen, a u nekim područjima i potpuno devastiran. Dejtonskim mirovnim sporazumom 1995. godine uspostavljene su entitetske administrativne jedinice, Federacija

Bosne i Hercegovine, Brčko Distrikt i Republika Srpska, kojima je data odgovornost za organizovanje zdravstvene zaštite stanovništva, a time i sistema zaštite mentalnog zdravlja. Posebne aktivnosti bile su usmjerene na zaštitu ljudskih prava osoba sa mentalnim poremećajima, što je rezultiralo i donošenjem Zakona o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama 2002. godine u Federaciji Bosne i Hercegovine i Zakona o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima u Republici Srpskoj 2004. godine i Brčko distrikta 2006. godine (Federalno ministarstvo zdravstva, 2012). Cilj zakona je zaštita prava i sloboda mentalno oboljelih kao i zaštita društva od opasnosti koju mogu prouzročiti takvi pacijenti. Zakonom o zaštiti mentalno oboljelih osoba propisuju se osnovna načela, način organizovanja i sprovođenja zaštite, te pretpostavke za primjenu mjera i postupanje prema mentalno oboljelim osobama. Zakon oba entiteta i Brčko distrikta obrazlažu u svojim članovima zakonsku regulativu prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja u zdravstvenu ustanovu i primjenu mjere fizičkog ograničenja kretanja. Lice sa smetnjama u mentalnom zdravlju, za koje je poslije pregleda utvrđeno da ne razumije svrhu, posljedice, koristi i opasnosti medicinske intervencije, može biti podvrgnuto liječenju bez pristanka u vidu zadržavanja, odnosno smještaja, da bi se spriječilo značajno pogoršanje njegovog zdravstvenog stanja, ugrožavanje života i bezbjednosti tog lica ili života i bezbjednosti drugih lica. U izuzetnim slučajevima, dijete sa smetnjama u mentalnom zdravlju, te lice sa smetnjama u mentalnom zdravlju kojem je potpuno ili djelimično oduzeta poslovna sposobnost, a za koje trenutno ne postoje uslovi da se pribavi pismeni pristanak roditelja, odnosno staratelja ili zakonskog zastupnika, može biti podvrgnuto medicinskoj intervenciji bez pristanka u vidu zadržavanja, odnosno smještaja (Zakon o zaštiti mentalnog zdravlja RS, 2020, čl. 32). Zdravstvena ustanova, koja je zadržala mentalno oboljelu osobu, dužna je o tome bez odgađanja, a najkasnije u roku od 24 sata od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, dostaviti nadležnom sudu na području kojeg se nalazi zdravstvena ustanova, obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno sa medicinskom dokumentacijom o pregledu mentalno oboljele osobe, sa obrazloženjem razloga za prisilno zadržavanje. Na sprovođenje medicinske intervencije bez pristanka lica sa smetnjama u mentalnom zdravlju u vidu zadržavanja, odnosno smještaja u bolnici, kliničkom centru ili u specijalnu bolnicu primjenjuju se propisi kojim se uređuje vanparnični postupak (Zakon o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima RS, 2004). Kada nadležni sud primi obavijest o prisilnom zadržavanju donijeće rješenje o pokretanju postupka po službenoj dužnosti. Ujedno će postaviti osobi punomoćnika iz reda advokata radi zaštite njihovih prava, ako to osoba nije već učinila odnosno ako zaštita njezinih prava u postupku nije osigurana na drugi način. O tome hoće li osoba koja je zadržana biti otpuštena iz psihijatrijske ustanove ili će biti smještena odlučiće sud, a nakon što zatraži pisano mišljenje od nekog psihijatra s liste sudskih vještaka, koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba. Kad se odlučuje o prisilnom smještaju djeteta ili maloljetne osobe, sud je dužan to mišljenje pribaviti od psihijatra specijalizovanog za liječenje djece i maloljetnika. Psihijatar je dužan obaviti pregled te dati sudu pismeno mišljenje. Po završenom postupku sud je dužan odmah, a najkasnije u roku tri dana da donese rješenje kojim će odlučiti da li se lice zadržano u zdravstvenoj ustanovi može i dalje zadržavati ili će se pustiti iz zdravstvene ustanove. O svojoj odluci sud obavještava organ starateljstva. Ako sud odluči da se primljeno lice zadrži u zdravstvenoj ustanovi, odrediće i vrijeme zadržavanja koje ne može biti duže od godinu dana. Ako zdravstvena ustanova ocijeni da zadržano lice treba da ostane na liječenju i po isteku vremena određenog rješenjem suda, dužna je da 30 dana prije isteka tog vremena predloži sudu produženje zadržavanja. Sud može i prije isteka vremena određenog za zadržavanje u zdravstvenoj ustanovi, po službenoj dužnosti ili na prijedlog zadržanog lica ili njegovog staratelja, odlučiti o puštanju lica iz zdravstvene ustanove, ako utvrdi da se njegovo zdravstveno stanje poboljšalo u tolikoj mjeri da su prestali razlozi za dalje zadržavanje. Zdravstvena ustanova je dužna da sudu, po potrebi, dostavlja izvještaje o promjenama u zdravstvenom stanju zadržanog lica (Zakon o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima, 2004).

Rješenje o produženom prisilnom smještaju sud donosi po istom postupku po kojem donosi i prvo rješenje o prisilnom smještaju. Sud je dužan rješenje o produženom prisilnom smještaju donijeti najkasnije do isteka prethodno određenog trajanja prisilnog smještaja. Rješenje se dostavlja prisilno smještenom licu, njegovom/njenom zakonskom zastupniku, bliskom srodniku s kojim živi u zajedničkom domaćinstvu, nadležnom organu starateljstva i zdravstvenoj ustanovi u kojoj je lice sa mentalnim poremećajima prisilno smješteno. Protiv rješenja o prisilnom smještaju u zdravstvenoj ustanovi i puštanja iz zdravstvene ustanove žalbu mogu izjaviti: zdravstvena ustanova koja je zadržala lice sa mentalnim poremećajima, zadržano lice, njegov staratelj, odnosno privremeni zastupnik i organ starateljstva, i to u roku osam dana od dana prijema rješenja. Prisilno smješteno lice može biti otpušteno iz zdravstvene ustanove i prije isteka sudom propisanog roka, na zahtjev zadržanog lica, njegovog staratelja ili komisije za zaštitu lica sa mentalnim poremećajima, ako se utvrdi da se njegovo zdravstveno stanje poboljšalo u tolikoj mjeri da su prestali razlozi za daljnji prisilni smještaj. O ovoj odluci se obavještava sud (Zakon o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima, 2004). Fizičko ograničenje kretanja lica sa smetnjama u mentalnom zdravlju koje je smješteno u psihijatrijsku ustanovu primjenjuje se kada je to jedini način da se to lice spriječi da svojim ponašanjem ozbiljno ugrozi svoj život i bezbjednost, odnosno život i bezbjednost drugih lica ili uništi materijalnu imovinu veće vrijednosti. Prije nego što se primijeni fizičko ograničenje kretanja ljekar je dužan da upozori to lice da će se nad njim preduzeti mjere fizičkog ograničenja kretanja. Podaci o mjerama obavezno se upisuju u medicinsku dokumentaciju. Kod upotrebe fizičkog ograničenja kretanja lica sa mentalnim poremećajima, obavezno je osigurati stalno praćenje tjelesnog i mentalnog stanja tog lica od strane stručnog medicinskog osoblja. Trajanje primjene fizičke sile ne može biti duže od četiri časa. U izuzetnim slučajevima psihijatar može donijeti odluku o produžetku primjene fizičke sile, ali ne dužem od četiri časa (Zakon o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima, 2004). I mjeru fizičkog ograničenja kretanja mentalno oboljelog lica i mjeru prisilne hospitalizacije sprovodi specijalista psihijatrije ili specijalista dječije i adolescentne psihijatrije (Zakon o zaštiti mentalnog zdravlja, 2020).

Zaključak

Iako upotreba mjera prisilne hospitalizacije i fizičkog ograničenja kretanja mentalno oboljelih lica ima zakonsko opravdanje radi sprječavanja ugrožavanja sebe i ugrožavanja bezbjednosti drugih osoba, etički gledano predstavlja narušavanje autonomije pacijenta i maksimalni napori bi se trebali uložiti u izbjegavanje upotrebe ovih mjera ukoliko je to u datom trenutku moguće. Dio problema se može izbjeći poznavanjem zakonskih odredbi vezanih za mentalno oboljele osobe, a dio problema se može izbjeći i nultom tolerancijom za bilo kakvo kršenje etičkog kodeksa ljekarske ili sestrinske prakse. Takođe je važna edukacija i kada su u pitanju primjene modernijih metoda, koje vode u smanjenje upotrebe mjera prisilne hospitalizacije i fizičkog ograničenja kretanja mentalno oboljelih lica. To se prije svega odnosi na stvaranje kvalitetnije terapijske okoline, osposobljavanja osoblja za rad sa takvim pacijentima i empatičnog odnosa prema njihovim problemima. Neophodno je raditi na edukaciji i razumijevanju uzroka agresivnog ponašanja, osposobljavanju osoblja za procjenu rizika za potencijalno agresivno ponašanje, kvalitetnijoj opservaciji pacijenta i upotrebi deeskalacijske tehnike kada su rani znakovi agresivnog ponašanja već nastupili. Sve te metode dokazano vode do smanjenja upotrebe mjera prisilne hospitalizacije i fizičkog ograničenja kretanja.

Literatura:

Accordino, M. P., Porter, D. F., & Morse, T. (2001). Deinstitutionalization of persons with severe mental illness: Context and consequences. *The Journal of Rehabilitation, 67*(2), 16–24. https://link.gale.com/apps/doc/A76398484/HRCA?u=anon~7ae08353&sid=googleScholar&xid=8a8f0f84

Aluh, D. O., Aigbogun, O., Ukoha-Kalu, B. O., Silva, M., Grigaitė, U., Pedrosa, B., Santos-Dias, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2023). Beyond patient characteristics: A narrative review of contextual factors influencing involuntary admissions in mental health care. *Healthcare, 11*(14), 1986. https://doi.org/10.3390/healthcare11141986

Blank, K., Vingiano, W., & Schwartz, H. I. (1989). Psychiatric commitment of the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 2*(3), 140–144. https://doi.org/10.1177/089198878900200304

Babić-Bosanac, S. (2009). Zaštita prava na slobodu prisilno hospitaliziranih duševno oboljelih osoba pod okriljem članka 5 Europske konvencije o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda. *Pravni vjesnik, 25*(1), 41–64. https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/prilog-casopis/151243

Čatipović, I., Grubišić, A., & Kerin, K. (2010). Teorijsko-istraživački osvrt na osobe s duševnim smetnjama u kaznenopravnom aspektu. *Pravnik, 44*(89), 53–66. https://hrcak.srce.hr/98004

Čizmić, J. (2013). Zadržavanje duševno bolesnih osoba u zdravstvenoj ustanovi prema pravnom uređenju u Federaciji Bosne i Hercegovine. *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 63*(3–4), 569–591. https://hrcak.srce.hr/109720

Ding, C. (2014). Involuntary detention and treatment of the mentally ill: China's 2012 Mental Health Law. *International Journal of Law and Psychiatry, 37*(6), 581–588. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.032

Đorđević, S. (2024). Razlike u kliničkim, psihološkim i sociodemografskim karakteristikama prisilno i dobrovoljno hospitalizovanih lica sa mentalnim smetnjama. *Preprint*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20696.71681

Engberg, M. (1991). Involuntary commitment in Greenland, the Faroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*(4), 353–356. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03159.x

Federalno ministarstvo zdravstva. (2012). Politika i strategija za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja u Federaciji BiH (2012–2020). https://fmoh.gov.ba/stranica/21/strategije-i-politike

Houston, K. G., & Mariotto, M. (2001). Outcomes for psychiatric patients following first admission: Relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological Reports, 88*(3), 1012–1014.

Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S., Aßmus, J., & Hetlevik, Ø. (2018). Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: A prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. *BMC Health Services Research, 18*, 719. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3536-5

Hwang, T. Y., Jung, G., Lee, C. J., & Kim, H. Y. (2020). Analysis of involuntary admissions in Korea through the admission management information system. *International Journal of Law and Psychiatry, 68*, 101542. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101542

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom. (2006). Ujedinjeni narodi. https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

Leung, P. K., Faulkner, L. R., McFarland, B. H., & Riley, C. (1993). Indochinese patients in the civil commitment process. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 21*(1), 81–89.

Levar, D. (2019). Prisilna hospitalizacija osoba s duševnim poremećajima. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:214495

Malla, A., Norman, R. M., & Helmes, E. (1987). Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *Canadian Medical Association Journal, 136*(11), 1166–1171.

McFarland, B. H., Brunette, M., Steketee, K., Faulkner, L. R., & Bloom, J. D. (1993). Long-term follow-up of rural involuntary clients. *Journal of Mental Health Administration, 20*(1), 46–57. https://doi.org/10.1007/BF02521402

Novaković, E., Stašević Karličić, I., Stojanović Tasić, M., Novaković, T., Milošević, J., & Đorđević, V. (2022). Factors associated with involuntary hospitalization. *Praxis Medica, 51*(1–2), 27–30. https://doi.org/10.5937/pramed2202027N

Perlman, B. P., Kentera, A., Thornton, J. C., & Griffith, B. (1988). Involuntary and voluntary psychiatric patients: A pilot study of resource consumption. *American Journal of Public Health, 78*(10), 1347–1348. https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1347

Petrović, V., Jovanović, S., Savić, O., Jovanović, A., & Milovanović, S. (2013). Differences in clinical factors between voluntarily and involuntarily hospitalized patients. *Engrami, 35*(3–4), 5–18.

Riecher, A., Rössler, W., Löffler, W., & Fätkenheuer, B. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine, 21*(1), 197–208. https://doi.org/10.1017/S0033291700014781

Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: An international comparative study. *The Lancet Psychiatry, 6*(5), 403–417. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2

Stylianidis, S., Georgaca, E., Peppou, L. E., Arvaniti, A., Samakouri, M., & MANE Group. (2023). Involuntary psychiatric hospitalizations in Greece: Contemporary research and policy implications. *Psychiatriki, 34*(3), 204–211. https://doi.org/10.22365/jpsych.2023.006

Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., & Hiday, V. A. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior, 23*(2), 185–204. https://doi.org/10.1023/a:1022320918171

Štrkalj-Ivezić, S. (ur.). (2011). *Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima: Smjernice za primjenu prisilne hospitalizacije u praksi*. Hrvatski liječnički zbor; Udruga Svitanje.

Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services, 55*(10), 1112–1115. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.10.1112

Vlada Republike Hrvatske, Ured za ljudska prava. (2007). *Nacionalni program zaštite i promicanja ljudskih prava od 2008. do 2011. godine*. https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/2016/Sjednice/Arhiva/271-03.pdf

Zakon o zaštiti mentalnog zdravlja. (2020). *Službeni glasnik Republike Srpske*, 67/20. https://www.narodnaskupstinars.net/la/akti/usvojeni-zakoni/zakon-o-zastiti-mentalnog-zdravlja

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim poremećajima. (2004). *Službeni glasnik Republike Srpske*, 46/04. https://vladars.rs/srSPCyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/Zakon%20o%20zastiti%20lica%20sa%20mentalnim%20poremecajima.pdf

LEGAL FRAMEWORK FOR THE APPLICATION OF COERCIVE MEASURES IN BOSNIA AND HERZEGOVINA

Assistant professor Višnja Banjac Baljak, psychiatrist, subspecialty forensic psychiatry
Clinic for Psychiatry, University Clinical Center of the Republic of Srpska, Banjaluka,
Faculty of Medicine, University of Banja Luka

Professor Nera Zivlak-Radulović, psychiatrist, subspecialty forensic psychiatry, subspecialty addiction psychiatry, primarius
Clinic of Psychiatry, University Clinical Center of Republika Srpska, Banja Luka,
Pan-European University "APEIRON" Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

Abstract: *Coercive measures include involuntary hospitalization and the physical restriction of the movement of persons with mental disorders. These measures are implemented in situations where individuals with mental disorders, due to the nature of their condition, lack adequate insight into their mental state and, as a result of their behavior, pose a serious risk to themselves or others. For this reason, in accordance with the Law on Mental Health Protection, involuntary admission to a psychiatric institution is considered the only way to provide necessary medical care. These measures are carried out by a specialist in psychiatry or a specialist in child and adolescent psychiatry. Information on such measures must be recorded in medical documentation. Many countries place special emphasis on the legal protection of persons with mental disorders in order to prevent the misuse of these measures. The legal frameworks and procedures governing coercive measures differ from country to country. Ethically, the application of coercive measures constitutes a limitation of patient autonomy, and every effort should be made to avoid their use whenever possible. Part of the problem can be addressed by familiarity with legal provisions related to persons with mental disorders, while another part can be mitigated through zero tolerance for violations of ethical codes in medical and nursing practice. The aim of this paper is to explain the legal regulations concerning the protection of persons with mental disorders in relation to the application of these measures. It is also important to educate healthcare staff working with such patients and to foster an empathetic attitude toward their problems.*

Key words: *mental health, involuntary hospitalization, physical restriction of the movement, legal framework*