

# Prisilne hospitalizacije na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek

---

**Maček, Ivan-Filip**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2018**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:562085>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-12**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

**Studij medicine**

**Ivan-Filip Maček**

**PRISILNE HOSPITALIZACIJE NA  
KLINICI ZA PSIHIJATRIJU  
KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA  
OSIJEK**

**Diplomski rad**

**Osijek, 2018.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**

**MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

**Studij medicine**

**Ivan-Filip Maček**

**PRISILNE HOSPITALIZACIJE NA  
KLINICI ZA PSIHIJATRIJU  
KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA  
OSIJEK**

**Diplomski rad**

**Osijek, 2018.**

Rad je ostvaren na Klinici za Psihijatriju Kliničkog Bolničkog Centra Osijek, na Katedri za Psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog Fakulteta Osijek, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Ivan Požgain, prim. dr. med. specijalist forenzičke psihijatrije

Rad ima 21 list, 6 tablica i 1 sliku.

## **Predgovor**

*Zahvaljujem mentoru, izv. prof. dr. sc. Ivanu Požgainu, prim. dr. med., na pristupačnosti, stručnom vodstvu, strpljenju te velikoj samostalnosti koju mi je omogućio prilikom izrade ovog rada.*

*Također zahvaljujem djelatnicima Klinike za psihijatriju, a posebno administratorici Klinike, gospođi Vesni Rozing, na pomoći pri prikupljanju statističkih podataka.*

*Veliko hvala profesorici Kristini Kralik na pomoći oko obrade statističkih podataka.*

*Posebno bih se želio zahvaliti Juliji na razumijevanju i podršci koju mi je pružila prilikom izrade ovog rada i što je uvijek bila uz mene.*

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Definicija prisilnih hospitalizacija.....	1
1.2. Prisilne hospitalizacije u svijetu: Nekad i sad .....	1
1.3. Prisilne hospitalizacije u Hrvatskoj: Pravni okvir i procedura .....	1
1.4. Epidemiologija .....	3
2. CILJEVI RADA.....	4
3. ISPITANICI I METODE .....	5
3.1. Ustroj.....	5
3.2. Ispitanici .....	5
3.3. Metode.....	5
3.4. Statističke metode.....	6
4. REZULTATI.....	7
5. RASPRAVA .....	11
6. ZAKLJUČAK .....	14
7. SAŽETAK.....	15
8. SUMMARY .....	16
9. LITERATURA.....	17
10. ŽIVOTOPIS .....	21

## **1. UVOD**

### **1.1. Definicija prisilnih hospitalizacija**

Prisilne hospitalizacije predstavljaju složenu društvenu i psihijatrijsku pojavu koja podrazumijeva ograničavanje slobode i autonomije pacijenta. Iz tog razloga brojne zemlje, uključujući i Republiku Hrvatsku, imaju strogo definiran zakonski okvir za njihovo izvršenje. Prisilnim hospitalizacijama ne pristupa se olako, već onda kada je riječ o pacijentu koji zbog prirode svojega poremećaja nema pravi uvid u vlastito zdravstveno stanje te predstavlja ozbiljnu opasnost za sebe ili svoju okolinu (1).

### **1.2. Prisilne hospitalizacije u svijetu: Nekad i sad**

Osobe s duševnim smetnjama kroz povijest su promatrane kroz prizmu straha i nerazumijevanja te su često prisilno smještane u institucije kako bi se izdvojile iz društva. Dolaskom na vlast totalitarnih režima 20. stoljeća, prisilni smještaj u psihijatrijske ustanove postao je popularan način za rješavanje problema politički nepodobnih osoba (2). Sredinom prošlog stoljeća javlja se pokret za deinstitutionalizaciju osoba s duševnim smetnjama koji traje i danas (3).

Međutim, potreba za prisilnim smještajem osoba s duševnim smetnjama i dalje postoji. Kako prisilni smještaj i liječenje znači oduzimanje ili ograničavanje temeljnih ljudskih prava, uključujući pravo na slobodu, pravo na kretanje, pravo na podvrgavanje medicinskim postupcima samo uz pristanak, pravo na autonomiju i samoodređenje, ono mora biti strogo zakonski uređeno. Kako ne bi došlo do zloupotrebe prisilnih hospitalizacija, brojne države na zakonodavnom planu posebnu pozornost poklanjaju zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Standardi za propisivanje zakonodavstva o zaštiti osoba s duševnim smetnjama postavljeni su rezolucijama Svjetske zdravstvene organizacije, Vijeća Europe, Vijeća Europske Unije i Opće skupštine Ujedinjenih naroda (4).

### **1.3. Prisilne hospitalizacije u Hrvatskoj: Pravni okvir i procedura**

Postupak prisilnih hospitalizacija u Republici Hrvatskoj reguliran je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) iz 1997. godine. Prema članku 27. Zakona, osoba s

težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, bit će smještena u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj (5).

Prisilno zadržavanje pacijenta provodi se na temelju uputnice doktora medicine koji je osobno pregledao osobu te napisao propisanu ispravu o tom pregledu u kojoj je obrazložio razloge za prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu. U hitnim slučajevima, gdje postoji opasnost za bolesnika ili njegovu okolinu, moguć je prijem u psihijatrijsku ustanovu bez uputnice (6). Djelatnici policije, koji po pozivu ili službenoj dužnosti dovode osobu u psihijatrijsku ustanovu, dužni su prema njoj postupati s posebno pažnjom, štiteći njeno dostojanstvo te pridržavajući se uputa liječnika (7).

Psihijatar koji primi osobu obvezan je bez odgode, a najkasnije u roku 48 sati, utvrditi postoje li opravdani razlozi za njeno prisilno zadržavanje. Također je dužan upoznati pacijenta s njegovim pravima te o prijemu obavijestiti osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika ili člana zajedničkog kućanstva. Ako ne postoje opravdani razlozi za zadržavanje, primljena osoba otpušta se iz psihijatrijske ustanove. U slučaju da isti postoje, psihijatar je dužan pacijentu na primjeren način objasniti razloge i ciljeve prisilnog zadržavanja, a u slučaju njegovog protivljenja, u roku od 12 sati o tome dostaviti obavijest zajedno s odgovarajućom medicinskom dokumentacijom nadležnom županijskom sudu (6, 8).

U izvanparničnom postupku isključenom od javnosti, sudac nadležnog suda dužan je, najkasnije u roku 72 sata od primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju, prisilno zadržanu osobu posjetiti i saslušati, izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju i saslušati voditelja odjela. U ovom postupku prisutan je i odvjetnik prisilno zadržane osobe, a može biti prisutan i vještak psihijatar koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba (6, 9). Ako sudac nakon saslušanja zaključi da ne postoje pretpostavke za prisilni smještaj iz članka 27. ZZODS – a, bez odgode će donijeti rješenje kojim će se odrediti otpust prisilno zadržane osobe iz psihijatrijske ustanove. Ukoliko sudac nakon saslušanja zaključi da postoje pretpostavke za prisilni smještaj, donijet će rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja i zakazati ročište za usmenu raspravu. Po zaključenju usmene rasprave, sud donosi rješenje o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu ili otpustu iz psihijatrijske ustanove. U rješenju o prisilnom smještaju sud određuje prisilni smještaj u trajanju do 30 dana, računajući od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama (10).



Ako psihijatrijska ustanova utvrdi da prisilno smještena osoba treba ostati prisilno smještena i nakon isteka trajanja prisilnog smještaja određenog u rješenju suda, obvezna je najkasnije u roku od sedam dana prije isteka tog vremena predložiti sudu donošenje rješenja o produženju prisilnog smještaja. Sud može produžiti prisilni smještaj osobe u psihijatrijskoj ustanovi u trajanju do tri mjeseca od dana isteka vremena određenog rješenjem o prisilnom smještaju, a svaki daljnji prisilni smještaj može se produžiti rješenjem suda na vrijeme do šest mjeseci. Prijevremeni otpust je moguć ako ne postoje razlozi za daljnji prisilni smještaj (6).

#### **1.4. Epidemiologija**

Postoje velike razlike između zemalja po omjeru broja prisilnih hospitalizacija u odnosu na ukupan broj psihijatrijskih prijema. U Republici Hrvatskoj, prema istraživanju iz 2014. godine, taj omjer se kreće između manje od 1 % do 2 % u nekim psihijatrijskim ustanovama. Prema istom istraživanju, Klinika za psihijatriju KBC-a Osijek imala je 0,36 % prisilnih hospitalizacija (4). U Portugalu je omjer prisilnih hospitalizacija, u odnosu na sveukupan broj psihijatrijski smještenih bolesnika, bio 3 %, dok je u isto vrijeme taj omjer u Švedskoj bio 30 % (11). Razlike u kulturno – socijalnim čimbenicima, zdravstvenom sustavu te drugačije zakonske procedure koje reguliraju prisilni smještaj pacijenta u psihijatrijsku ustanovu, uzrok su disproporcionalnom omjeru prisilnih hospitalizacija među državama (11 – 13).

Izgledno je da najveći doprinos razlikama u omjeru prisilnih hospitalizacija među zemljama čini postojanje određenog perioda između prisilnog zadržavanja i prisilnog smještanja u psihijatrijsku ustanovu i posljedično bilježenje hospitalizacije kao prisilne (12). Taj period u Republici Hrvatskoj iznosi do 72 sata (6). Često je to vrijeme dovoljno za prolazak nekih od akutnih simptoma bolesti ili intoksikacije, nakon čega pacijent u pravilu daje dobrovoljni pristanak na smještaj i liječenje ili se otpušta iz ustanove (12, 14).

**2. CILJEVI RADA**

Ciljevi istraživanja prisilnih hospitalizacija na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek jesu sljedeći:

1. Utvrditi broj prisilnih hospitalizacija na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 2015. do kraja 2017. godine te ispitati raspodjelu prisilnih hospitalizacija prema spolu i godinama.
2. Utvrditi vodeću dijagnozu te ispitati postojanje drugih psihijatrijskih poremećaja kod pacijenta s obzirom na spol, uključujući; psihoze, suicidalno ponašanje, alkoholizam te poremećaje raspoloženja.
3. Ispitati način dolaska pacijenata – dolazi li s ulice ili iz vlastitog doma te dolazi li u pratnji policije, vozila hitne pomoći ili člana obitelji.
4. Ispitati postoji li razlika u prijašnjem psihijatrijskom liječenju pacijenta ili postojanju pozitivne psihijatrijske obiteljske anamneze s obzirom na spol.
5. Ispitati postoji li razlika u mjerama i načinu prisile u odnosu na spol pacijenta, uključujući; fizičku prisilu, sputavanje i sedaciju lijekovima.
6. Utvrditi duljinu trajanja prisilnih hospitalizacija te ispitati postoji li razlika u ishodu prisilne hospitalizacije s obzirom na spol.

Svrha studije jest utvrditi značajke prisilnih hospitalizacija na Klinici za Psihijatriju KBC-a Osijek.

### **3. ISPITANICI I METODE**

#### **3.1. Ustroj**

Studija je ustrojena kao presječno istraživanje s povijesnim podacima (15).

#### **3.2. Ispitanici**

Istraživanje je provedeno na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek. Promatrano je razdoblje od 2015. do kraja 2017. godine. Podatci o pacijentima prikupljeni su iz otpusnih pisama. Ispitanici uključeni u istraživanje su osobe nad kojima je proveden postupak prisilne hospitalizacije na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek. Sveukupan broj ispitanika uključenih u studiju jest 26. Svi su ispitanici uključeni u studiju (100 %).

Uveden je sistem šifriranja prema kojem nije moguće utvrditi identitet osobe čiji su anamnestički podatci korišteni prilikom izrade istraživanja.

Provođenje istraživanja odobreno je od strane predstojnika Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

#### **3.3. Metode**

Podatci o prisilno hospitaliziranim pacijentima preuzeti su iz arhive Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek. Varijable analizirane kroz istraživanje su: demografski podatci o dobi, spolu, bračnom i radnom statusu ispitanika, primarnoj dijagnozi, pozitivnoj psihijatrijskoj obiteljskoj anamnezi ili prijašnjem liječenju, mjestu i načinu dolaska, postojanju drugih psihijatrijskih poremećaja kod pacijenta, mjerama i načinu prisile te duljini trajanja i ishodu prisilne hospitalizacije. Podatci o promatranim varijablama prikupljeni su iz otpusnih pisama pacijenata koji su zabilježeni u arhivskom materijalu zapisnika o prisilnim hospitalizacijama.

#### 3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljani su apsolutnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli ispitane su Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro – Wilkovim testom (16). Sve P vrijednosti dvostrane su. Razina značajnosti postavljena je na  $\alpha = 0,05$ . Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 18.2.1 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2018) i SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

#### 4. REZULTATI

U razdoblju od 2015. do kraja 2017. godine na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek prisilno je hospitalizirano 26 pacijenata, od kojih je 10/26 muškaraca i 16/26 žena. Središnja vrijednost (medijan) dobi pacijenata jest 47 godina (interkvartilnog raspona od 35 do 64 godina), u rasponu od 19 do 79 godina. (Tablica 1).

Tablica 1. Raspodjela prisilnih hospitalizacija prema spolu i godinama

Godine	Broj/ukupno pacijenata			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
2015.	4/10	5/16	9/26	0,59
2016.	1/10	5/16	6/26	
2017.	5/10	6/16	11/26	
<b>Ukupno</b>	<b>10/10</b>	<b>16/16</b>	<b>26/26</b>	

\*Fisherov egzakti test

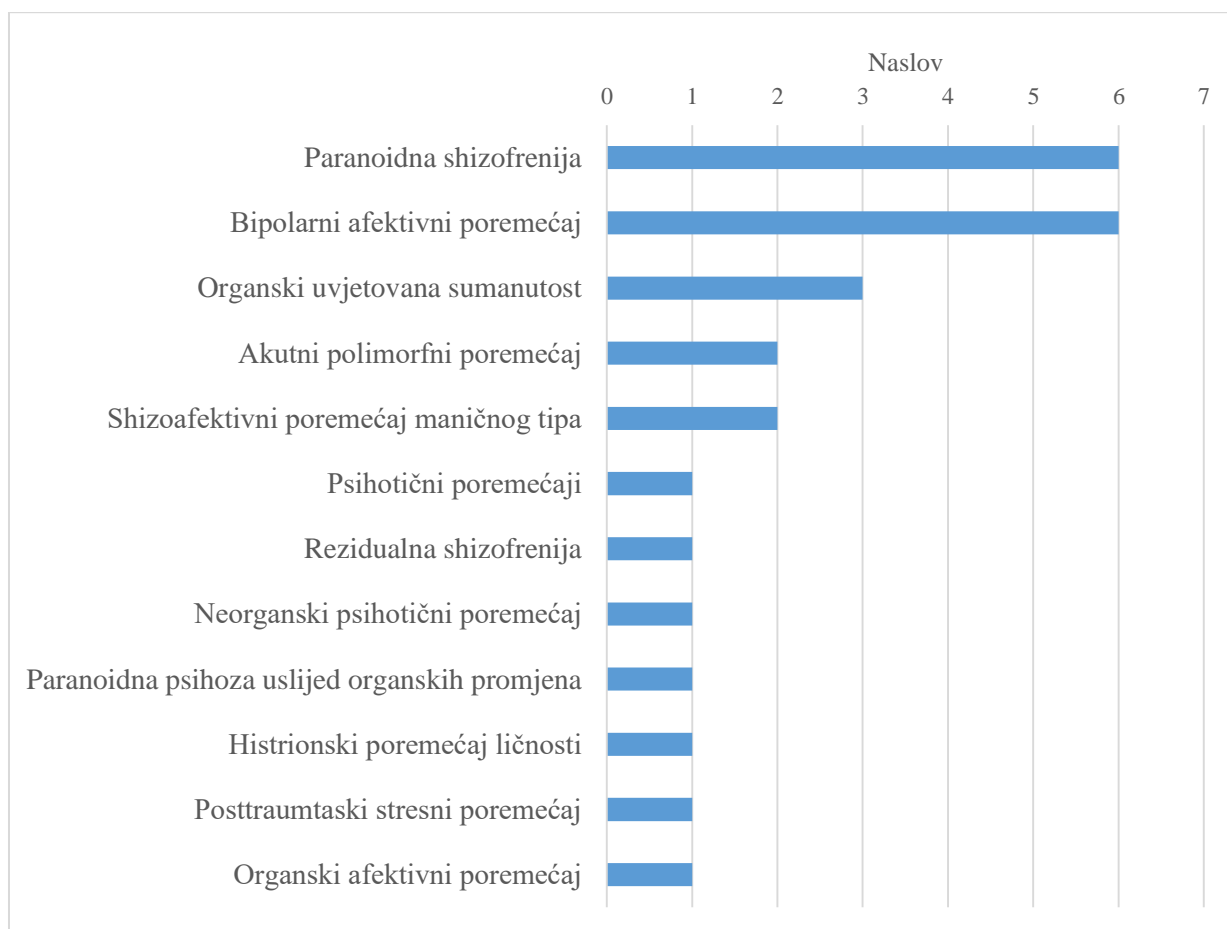
Najviše pacijenata nije u braku, njih 13/26, po 5/26 pacijenata je u braku ili je razvedeno, dok ih je 3/26 udovaca/ica. Prema radnom statusu, 13/26 je nezaposleno, a 9/26 u mirovini, dok ih je samo 4/26 zaposleno (Tablica 2).

Tablica 2. Osnovna obilježja pacijenata

Bračni status	Broj/ukupno pacijenata			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Nije u braku	8/10	5/16	13/26	0,13
U braku	1/10	4/16	5/26	
Razveden/a	1/10	4/16	5/26	
Udovac/ica	0/10	3/16	3/26	
<b>Radni status</b>				
Zaposlen/a	2/10	2/16	4/26	0,10
Nezaposlen/a	7/10	6/16	13/26	
Mirovina	1/10	8/16	9/26	
<b>Ukupno</b>	<b>10/10</b>	<b>16/16</b>	<b>26/26</b>	

\*Fisherov egzakti test

Prema vodećoj dijagnozi, najviše ispitanika, njih 6/26 je s bipolarnim afektivnim poremećajem ili paranoidnom shizofrenijom, kod 3/26 je organski uvjetovana sumanutost, po 2/26 je akutni polimorfni poremećaj ili shizoafektivni poremećaj maničnog tipa, dok se ostale dijagnoze pojavljuju pojedinačno (Slika 1).



Slika 1. Pacijenti prema vodećoj dijagnozi

Pozitivnu obiteljsku anamnezu ima 7/26 pacijenata, a prijašnje psihijatrijsko liječenje zabilježeno je kod njih 22/26. Poslani su uglavnom iz druge medicinske ustanove, njih 13/26, iz vlastitog doma dolazi njih 12/26, a samo jedan pacijent dolazi s ulice. Najviše pacijenata dolazi hitnom službom, njih 18/26, u pratnji policije njih 12/26, s nekim od članova obitelji 8/26 pacijenata, a jedan se pacijent javio sam. (Tablica 3).

Od drugih psihijatrijskih poremećaja najučestalije su psihoze, kod 21/26 pacijenta, dok ih 9/26 ima alkoholizam ili poremećaj raspoloženja. Nitko od pacijenata nije pokazivao znakove suicidalnosti. (Tablica 4).

Tablica 3. Raspodjela pacijenata prema pozitivnoj obiteljskoj anamnezi, prijašnjem liječenju po psihijatru te načinu dolaska pacijenta.

	Broj/ukupno pacijenata			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Pozitivna psihijatrijska obiteljska anamneza				
Ne	6/10	13/16	19/26	0,37
Da	4/10	3/16	7/26	
Prijašnje psihijatrijsko liječenje				
Ne	2/10	2/16	4/26	0,63
Da	8/10	14/16	22/26	
Dolazi s				
Vlastitog doma	4/10	8/16	12/26	0,81
Ulice	0/10	1/16	1/26	
Ustanove	6/10	7/16	13/26	
Pratnja				
Sam	1/10	0/16	1/26	0,38
Obitelj	4/10	3/16	11/26	0,37
Hitna	7/10	11/16	18/26	> 0,99
Policija	6/10	6/16	12/26	0,42

\*Fisherov egzaktni test

Tablica 4. Raspodjela pacijenata prema drugim psihijatrijskim poremećajima

	Broj/ukupno pacijenata			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Drugi psihijatrijski poremećaji				
Psihoze	9/10	12/16	21/26	0,62
Poremećaj raspoloženja	5/10	4/16	9/26	0,23
Alkoholizam	6/10	3/16	9/26	0,05
Suicidalnost	0/10	0/16	0/26	-

\*Fisherov egzaktni test

Mjera prisile primijenjena je kod 18/26 pacijenata, najčešće uz pomoć lijekova i sputavanja, a kod 2/26 pacijenta i uz pomoć fizičke prisile (Tablica 5).

Tablica 5. Mjera i način prisile u odnosu na spol pacijenata

	Broj/ukupno pacijenata			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Mjera prisile				
Ne	1/10	7/16	8/26	0,09
Da	9/10	9/16	18/26	
Prisila uz pomoć				
Lijekova	9/10	8/16	17/26	0,09
Fizičke prisile	1/10	1/16	2/26	> 0,99
Sputavanja	8/10	9/16	17/26	0,40

\*Fisherov egzakti test

Središnja vrijednost (medijan) dana prisilne hospitalizacije jest 9 dana (interkvartilnog raspona od 5 do 27 dana), u rasponu od 1 do 30 dana. S obzirom na ishod prisilne hospitalizacije, po 12/26 pacijenata je otpušteno ili premješteno, dok su 2/26 pacijenta zadržana (Tablica 6).

Tablica 6. Ishod prisilne hospitalizacije u odnosu na spol

Ishod	Broj/ukupno pacijenata			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Otpušten	3/10	9/16	12/26	0,22
Zadržan	0/10	2/16	2/26	
Premješten	7/10	5/16	12/26	
Ukupno	10/10	16/16	26/26	

\*Fisherov egzakti test



## 5. RASPRAVA

Ovo istraživanje provedeno je kako bi se ustanovile demografske i medicinske značajke prisilnih hospitalizacija na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek.

Proučavanjem podataka o prisilnim hospitalizacijama preuzetih iz arhive Klinike za Psihijatriju KBC-a Osijek za razdoblje od 2015. do 2017. godine, dobiveni su rezultati koji pokazuju neznatnu razliku u broju prisilnih hospitalizacija po godinama. Od 26 ispitanika uključenih u istraživanje, nešto više ih je hospitalizirano u 2017. godini, njih 11.

Medijan dobi pacijenata bio je 47 godina, što je u skladu s europskim i svjetskim istraživanjima koja pokazuju da su prisilno hospitalizirani pacijenti većinom osobe srednje i starije životne dobi (17, 18).

Prema spolnoj raspodjeli nema statistički značajne razlike. Od 26 pacijenata, prisilno je bilo hospitalizirano 16 žena i 10 muškaraca. Prijašnja istraživanja u Republici Hrvatskoj također nisu utvrdila povezanost spola i prisilnih hospitalizacija (10, 19). Dio novijih europskih i svjetskih istraživanja potvrđuje ovaj trend, no u zemljama gdje se veći naglasak stavlja na zaštitnu ulogu prisilne hospitalizacije vidljiv je veći udio muškog spola u populaciji prisilno hospitaliziranih pacijenata (14, 17 – 21).

Najviše pacijenata nije u braku, njih 13/26, još 3/26 je udovaca/ica, a 5/26 razvedeno. U bračnoj zajednici bilo je samo 5 pacijenata. Druga istraživanja ne pokazuju značajnu statističku povezanost između bračnog statusa i prisilnog smještaja, međutim ono se može dovesti u vezu s time da pacijenti koji nisu u braku češće žive sami. Osobe koje žive same češće se nalaze u postupku prisilnih hospitalizacija i to više žene u odnosu na muškarce (17, 22).

Prema radnom statusu, samo 4/26 pacijenata je zaposleno, dok je 13/26 nezaposleno, a još 9/26 u mirovini. Velik broj osoba s ozbiljnim duševnim smetnjama u općoj psihijatrijskoj populaciji nije zaposlen ili je u mirovini te stoga nije moguće jasno razlučiti povezanost obavljanja zanimanja s prisilnim hospitalizacijama. Međutim, različita istraživanja dobila su slične podatke prema kojima je tek manji broj pacijenta u vrijeme prisilne hospitalizacije bio zaposlen (22 – 24).

Prema primarnoj dijagnozi, najviše ispitanika, njih 6/26 dolazi s bipolarnim afektivnim poremećajem ili paranooidnom shizofrenijom. Ovaj podatak slaže se s većinom istraživanja provedenih na temu prisilnih hospitalizacija. Shizofrenija, shizofreniji slični poremećaji i

sumanuta stanja vodeća su dijagnoza u prisilnim hospitalizacijama (19 – 21, 25). Pacijenti s poremećajem iz ovog spektra često budu više puta prisilno hospitalizirani (26). Ostala česta stanja uključuju: druge psihotične poremećaje, akutnu maničnu fazu u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja, zloupotrebu opojnih sredstava, depresiju i demenciju (10, 22, 27). Također je pokazano da je suradljivost pacijenta i pridržavanje propisane terapije bitan faktor pri odluci o prisilnom smještaju te su pacijenti s poremećajima koji pokazuju slabiju suradljivost češće u postupku prisilne hospitalizacije (28).

Pozitivna psihijatrijska obiteljska anamneza zabilježena je u 7/26 promatranih pacijenata. U ovom istraživanju nije pronađena statistički značajna poveznica između postojanja duševnih bolesti u obitelji i prisilnih hospitalizacija, što potvrđuju i druga istraživanja (19, 29).

Prijašnje psihijatrijsko liječenje bilo je prisutno u 22/26 pacijenata, a za svega 4 pacijenta prvi kontakt s psihijatrom bio je u vidu prisilne hospitalizacije. Ovo je moguće objasniti time da se većina psihijatrijskih bolesti razvija postupno te se pacijenti često javljaju na liječenje prije pogoršanja simptoma koji bi kasnije mogli dovesti do prisilne hospitalizacije (30). Također je bitno napomenuti da staro pravilo u psihijatrijskoj praksi – jednom prisilna hospitalizacija, uvijek prisilna hospitalizacija – ne vrijedi te da osobe koje su prvi puta prisilno smještene mogu u budućnosti dati dobrovoljni pristanak na liječenje. Međutim, podaci pokazuju da pacijenti koji su prvi puta prisilno hospitalizirani i do 4 puta češće bivaju ponovno prisilno hospitalizirani, u odnosu na pacijente kojima je prva hospitalizacija bila dobrovoljna (31, 32).

Pacijenti su većinom dolazili iz vlastitog doma, njih 12/26 ili su bili upućeni iz druge medicinske ustanove, njih 13/26, bilo iz manjih centara gdje ne postoje uvjeti za prisilnu hospitalizaciju pacijenta, policijskih stanica, drugih odjela KBC-a Osijek ili od strane liječnika obiteljske medicine. Jedna osoba dolazi s ulice u pratnji djelatnika policije. Druga istraživanja pokazuju nešto veći udio prisilno hospitaliziranih pacijenata koji dolaze s ulice (33).

Jedan pacijent se na Kliniku javio sam, 11 ih je došlo u pratnji obitelji, njih 18 dolazi vozilom hitne pomoći uz nadzor liječnika, a u dolasku njih 12 bili su prisutni djelatnici policije. Podaci pokazuju da pacijenti koji su prisilno hospitalizirani, 2 puta češće dolaze vozilom hitne pomoći te nekoliko puta češće u pratnji policije, u odnosu na pacijente koji dobrovoljno pristaju na psihijatrijski prijem (34, 35).

Prisilno hospitalizirane osobe najčešće su primane s psihozama, njih 21/26, po 9 pacijenata pokazivalo je simptome poremećaja raspoloženja ili zloupotrebe alkohola. Nitko od pacijenata nije pokušao samoubojstvo koje bi prethodilo prisilnoj hospitalizaciji niti je u trenutku primitka pokazivao znakove suicidalnosti. Ovo se može protumačiti time da većina pacijenata koja si pokušava oduzeti život traži pomoć te stoga dobrovoljno pristaje na liječenje (36, 37). Međutim, neka istraživanja pokazuju veliki postotak suicidalnosti kod prisilno hospitaliziranih pacijenata, dok druga pronalaze nižu stopu u odnosu na dobrovoljno smještene pacijente (22, 38). Broj pacijenata s psihozama, poremećajima raspoloženja i alkoholizmom odgovara podacima drugih istraživanja (17).

Mjere prisile upotrijebljene su prema 18/26 pacijenata, najčešće uz pomoć lijekova sa sedativnim učinkom te sputavanja pacijenta vezanjem. Fizička prisila korištena je u sputavanju 2 pacijenta, oba puta nakon napada pacijenta na osoblje. Upotreba mjera prisile u prisilnim hospitalizacijama odgovara istraživanjima provedenim u drugim europskim zemljama te je značajno veća, u odnosu na upotrebu mjera prisile prema pacijentima koji su dobrovoljno smješteni u psihijatrijsku ustanovu (39, 40).

Medijan dana prisilne hospitalizacije na Klinici je 9 dana, a u rasponu od jednog do 30 dana. Najveći broj pacijenata bio je prisilno hospitaliziran 7 dana, nakon čega su po njih 12 ili otpušteni ili premješteni na daljnje liječenje u specijalizirane psihijatrijske bolnice. Dvoje pacijenata nakon isteka roka prisilne hospitalizacije dalo je dobrovoljni pristanak za smještaj na Kliniku i daljnje liječenje. Velik broj premještaja rezultat je toga što je Klinika za Psihijatriju KBC-a Osijek previđena uglavnom za liječenje ambulantnog tipa te ne posjeduje zatvoreni odjel za odgovarajući produljeni smještaj prisilno hospitaliziranih bolesnika (41). Iz tog razloga nije bilo moguće točno utvrditi ukupnu duljinu trajanja prisilnih hospitalizacija premještenih pacijenata koja na nacionalnoj razini varira između različitih bolnica. Europska istraživanja prate slični problemi, međutim razvidno je da je period liječenja pacijenata koji su prisilno hospitalizirani, uključujući i vrijeme nakon završetka same prisilne hospitalizacije, dulji nego u onih koji na liječenje pristanu dobrovoljno (42, 43).

Prisilne hospitalizacije ostaju složeno pitanje kojem treba posvetiti dodatnu pažnju, posebno izradom studija na nacionalnoj razini koje bi uključivale praćenje pacijenta kroz cijeli period prisilne hospitalizacije, ali i nastavka psihijatrijskog liječenja nakon završetka iste.

## 6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata može se zaključiti:

- medijan dobi prisilno hospitaliziranih pacijenata jest 47 godina. Ne postoji statistički značajna razlika prisilnih hospitalizacija u odnosu na spol, bračni i radni status;
- najveći broj prisilno hospitaliziranih pacijenata dolazi s dijagnozom iz spektra shizofrenije, shizofreniji sličnih poremećaja i sumanutih stanja;
- ne postoji statistički značajna razlika prisilnih hospitalizacija u odnosu na pozitivnu obiteljsku anamnezu, prijašnje psihijatrijsko liječenje, mjesto i način dolaska pacijenta te prateće psihijatrijske poremećaje;
- ne postoji statistički značajna razlika u upotrebi mjera prisile u odnosu na spol pacijenata, a ni u ishodu prisilne hospitalizacije u odnosu na spol;
- medijan trajanja prisilnih hospitalizacija jest 9 dana, u rasponu od jednog do trideset dana.

## 7. SAŽETAK

**Ciljevi istraživanja:** Utvrditi broj prisilnih hospitalizacija na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 2015. do kraja 2017. te vodeću dijagnozu i postojanje drugih psihijatrijskih poremećaja kod pacijenta. Ispitati način dolaska pacijenata – dolazi li sa ulice ili iz vlastitog doma te dolazi li u pratnji policije, vozila hitne pomoći ili člana obitelji. Utvrditi postoji li prijašnje psihijatrijsko liječenje kod pacijenata ili pozitivna psihijatrijska obiteljska anamneza. Ispitati jesu li korištene mjere prisile prema pacijentima, uključujući fizičku prisilu, sputavanje i sedaciju lijekovima. Utvrditi trajanje te ishod prisilne hospitalizacije.

**Ustroj studije:** Presječno istraživanje s povijesnim podacima.

**Ispitanici i metode:** Istraživanje je provedeno na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek. Promatrano je razdoblje od 2015. do kraja 2017. godine. Podatci o ispitanicima prikupljeni su iz otpusnih pisama arhive prisilno hospitaliziranih pacijenata. Ispitanici uključeni u istraživanje su osobe nad kojima je proveden postupak prisilne hospitalizacije. Sveukupan broj ispitanika uključenih u studiju je 26.

**Rezultati:** Medijan dobi prisilno hospitaliziranih pacijenata jest 47 godina. Najveći broj prisilno hospitaliziranih pacijenata dolazi s dijagnozom iz spektra shizofrenije, shizofreniji sličnih poremećaja i sumanutih stanja. Medijan trajanja prisilnih hospitalizacija jest 9 dana, u rasponu od jednog do trideset dana. Promatranjem ostalih varijabli nije utvrđena statistički značajna razlika.

**Zaključak:** Ovim istraživanjem postavljen je temelj za daljnje praćenje prisilnih hospitalizacija na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek. Za bolje razumijevanje čimbenika koji određuju prisilne hospitalizacije, potrebno je praćenje kroz širi vremenski raspon na većem broju ispitanika i u većem broju psihijatrijskih ustanova na nacionalnoj razini.

**Ključne riječi:** prisilna hospitalizacija, prisilni smještaj, duševne bolesti, mjere prisile.

## 8. SUMMARY

### **Involuntary hospitalizations at the Psychiatric Clinic of the Clinical Hospital Centre Osijek**

**OBJECTIVES.** To determine the number of involuntary hospitalizations at the Psychiatric Clinic of the Clinical Hospital Centre Osijek in the period from 2015 to 2017 with main diagnosis along with the existence of other psychiatric disorders. To examine the means of the patients' arrival: whether they come from the street or home; whether they are transported by an ambulance or accompanied by police or a family member. To determine the existence of prior psychiatric treatment or positive family history. To examine whether coercive measures were used towards the patient, including physical force, forced medication and restraint. To determine the duration and outcome of involuntary hospitalizations.

**STUDY DESIGN.** A cross-sectional study with historical data.

**PARTICIPANTS AND METHODS.** The research has been conducted at the Psychiatric Clinic of the Clinical Hospital Centre Osijek. The examined period was from 2015 to 2017. Patient data was obtained from the discharge summaries. The study included all the involuntary hospitalized patients: the total number of patients included was 26.

**RESULTS.** The median age of the involuntarily hospitalized patients is 47 years. Most of the admitted patients were diagnosed with schizophrenia spectrum disorders. The median value of involuntary hospitalization duration is 9 days, ranging from 1 to 30 days. No significant statistical differences in other observed factors were found.

**CONCLUSION.** This study has aimed to lay the foundations for future observation of involuntary hospitalizations at the Psychiatric Clinic of the Clinical Hospital Centre Osijek. For better understanding of the deciding factors that influence involuntary hospitalizations, a longer period of research on a larger sample and in a number of other psychiatric institutions on a national level is needed.

**KEYWORDS.** Involuntary hospitalization, involuntary admission, mental disorders, coercive measures.

**9. LITERATURA**

1. Hotzy F, Kerner J, Maatz A, Jaeger M. Cross-Cultural Notions of Risk and Liberty: A Comparison of Involuntary Psychiatric Hospitalization and Outpatient Treatment in New York, United States and Zurich, Switzerland. *Front Psychiatry*. 2018;9:267.
2. Buolli M, Giannuli AS. The political use of psychiatry: A comparison between totalitarian regimes. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63:169-174.
3. Hudson CG. A Model of Deinstitutionalization of Psychiatric Care across 161 Nations: 2001–2014. *Int J Ment Health Psychiatry*. 2016;45:135-153.
4. Grozdanić V, Tripalo D. Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*. 2013;20:795-820.
5. Filaković P. i suradnici. *Psihijatrija*, 1. izd. Osijek: Medicinski fakultet Osijek, 2014.
6. Narodne Novine (2014.). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama 76/14.
7. Narodne Novine (2015.). Naputak o postupanju policije u dovođenju osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu 20/15.
8. Đurđević, Z. Pravni okvir za primjenu prisilne hospitalizacije: regulativa i kritički osvrt, u: Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim smetnjama, Smjernice za primjenu prisilne hospitalizacije u praksi. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje, 2011; 27.-34.
9. Jukić V. Prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika s naglaskom na psihijatrijskom vještačenju njezine opravdanosti. *Socijalna psihijatrija*. 2007;1(2):29-34.
10. Kozumplik O, Jukić V, Goreta M. Involuntary Hospitalizations of Patients with Mental Disorders in Vrapče Psychiatric Hospital: Five Years of Implementation of the First Croatian Law on Protection of Persons with Mental Disorders. *Croat Med J* 2003;44:601-605.
11. Venturini F, de Moura EC, Bastos PA, Martins LC. Profile and costs involved in long-term compulsory hospitalization of psychiatric patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(3):306-308.
12. Wang JP, Chiu CC, Yang TH, Liu TH. The Low Proportion and Associated Factors of Involuntary Admission in the Psychiatric Emergency Service in Taiwan. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129204.
13. Wynn R. Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: a systematic review. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:10.

14. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill peoplea cross the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004;184:163-8.
15. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
16. Ivanković D. i sur. *Osnove statističke analize za medicinare*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1988.
17. Markiewicz I, Gardyńska-Ziemia E, Heitzman J. Involuntary psychiatric holds – the structure of admissions on the example of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw. *Psychiatr Pol*. 2016;50(1):7-18.
18. Nair V, Indua K, Vidhukumarb P, S.Sarmac. Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital – Case control study. *Asian J Psychiatr*. 2018;35,141-145.
19. Mihanović M. Involuntary Hospitalizations, *Coll. Antropol*. 2004;28(1):385–391.
20. de Stefano A, Ducci G. Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview. *Int J Ment Health*. 2008;37:10-21.
21. Crisanti AS, Love EJ. Characteristics of psychiatric inpatients detained under civil commitment legislation: a Canadian study. *Int J LawPsychiatry*.2001;24:399-410.
22. Potkonjak J, Karlović D. Sociodemographic and Medical Characteristics of Involuntary Psychiatric Inpatients – Retrospective Study of Five-Year Experience with Croatian Act On Mental Health. *Acta ClinCroat*. 2008;47:141-147.
23. Davies S, Thornicroft G, Leese M, Higgingbotham A. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ*. 1996;312:533-537.
24. Henderson M, Harvey SB, Øverland S, Mykletun A. Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med*. 2011;104(5):198-207.
25. Silić A, Savić A, Čulo I, Kos S. Approach to Emergencies in Schizophrenia in University Hospital "Vrapče". *Psychiatr Danub*. 2018;4:203-207.
26. Hung YY, Chan HY, Pan YJ. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntarya dmission. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186768.
27. Joubert F, Hechinger M, Chevallier V, Marescaux C. Compulsory admissions in psychiatry: comparative analysis between sensitive urban zones and other areas. *Sante Publique*. 2016;28:61-9.
28. Bener A, Dafeeah EE, Salem MO. A study of reasons of non-compliance of psychiatric treatment and patient's attitudes towards illness and treatment in Qatar. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(4):273-80.



29. Umama-Agada E, Asghar M, Curley A, Gilhooley J. Variations in involuntary admission rates at three psychiatry centres in the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS): Can the differences be explained? *Int J Law Psychiatry*. 2018;57:17-23.
30. Ose SO, Kalseth J, Ådnanes M, Tveit T. Unplanned admissions to inpatient psychiatric treatment and services received prior to admission. *Health Policy*. 2018;122(4):359-366.
31. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. *Psychiatr Serv*. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. 1999;50(8):1049-52.
32. Rosca P, Bauer A, Grinshpoon A, Khawaled R. Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006;43(1):57-64.
33. Deraas TS, Hansen V, Giaever A, Olstad R. Acute psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree? *BMC Health Serv Res*. 2006;6:41.
34. Cutler D, Smith M, Wand T, Green T. Involuntary admissions under the Mental Health Act 2007 (New South Wales): a comparison of patients detained by ambulance officers, medical practitioners and accredited persons in an emergency department. *Emerg Med Australas*. 2013;25(6):544-9.
35. Skopek MA, Francis JL. Presentations by ambulance under the NSW Mental Health Act to an emergency department with a 24-hour mental health team. *Australas Psychiatry*. 2016;24(5):445-8.
36. Chiles JA, Strosahl K, Cowden L, Graham R. The 24 hours before hospitalization: factors related to suicide attempting. *Suicide Life Threat Behav*. 1986;16(3):335-42.
37. Lin CE, Chung CH, Chen LF, Chien WC. Does Compulsory Admission Prevent Inpatient Suicide Among Patients with Schizophrenia? A Nation wide Cohort Study in Taiwan. *Suicide Life Threat Behav*. 2018.
38. Aguglia A, Moncalvo M, Solia F, Maina G. Involuntary admissions in Italy: the impact of seasonality. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016;20(4):232-8.
39. Flammer E, Steinert T. Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Front Psychiatry*. 2015;6:153.
40. 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.

41. Klinika za psihijatriju Osijek. Dostupno na adresi: <http://www.kbco.hr/klinika/klinika-za-psihijatriju/>. Datum pristupa: 05.07.2018.
42. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;;73(7):657-64.
43. Wilson MP, Brennan JJ, Modesti L, Deen J. Lengths of stay for involuntarily held psychiatric patients in the ED are affected by both patient characteristics and medication use. *Am J Emerg Med*. 2015;33(4):527-30.

## 10. ŽIVOTOPIS

Ivan-Filip Maček, student 6. godine

Datum i mjesto rođenja:

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

29.12.1992., Osijek

Medicinski fakultet Osijek

Kućna adresa:

Studij medicine

Ribarska 33, 31 327 Bilje

J. Huttlera 4, 31 000 Osijek

Tel. +385-95-536-69-53

Tel. +385-31-51-28-00

E-mail: ivanfilipmacek@gmail.com

### OBRAZOVANJE:

1999. – 2007. Osnovna škola Vijenac, Osijek

2007. – 2011. Opća gimnazija Osijek

2011. – danas Studij medicine, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera