

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE ZAGREB

STUDIJ SESTRINSTVA

JASNA ŠIMIĆ

**SPECIFIČNOSTI RADA MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA NA  
ODJELU ZA FORENZIČKU PSIHIJATRIJU**

ZAVRŠNI RAD

ZAGREB, 2016.

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE ZAGREB  
STUDIJ SESTRINSTVA

**SPECIFIČNOSTI RADA MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA NA  
ODJELU ZA FORENZIČKU PSIHIJATRIJU**

ZAVRŠNI RAD

Kandidat:  
Jasna Šimić

Mentor:  
dr.sc. Biserka Sedić, prof.v.š.

ZAGREB, 2016.

# SADRŽAJ

1. <a href="#">UVOD</a>	1
2. <a href="#">FORENZIČKA PSIHIJARIJA KLINIKE ZA PSIHIJARIJU VRAPČE (PROŠLOST, SADAŠNJOST I BUDUĆNOST)</a>	3
3. <a href="#">MEDIJI I FORENZIČKA PSIHIJARIJA</a>	7
4. <a href="#">ZAKONSKA REGULATIVA</a>	8
5. <a href="#">PSIHIJATRIJSKO VJEŠTAČENJE</a>	11
<a href="#">5.1. Uloga medicinske sestre/tehničara u procesu vještačenja</a>	12
6. <a href="#">TRETMAN FORENZIČKIH BOLESNIKA</a>	12
<a href="#">6.1. Psihofarmakoterapija</a>	13
<a href="#">6.2. Psihoterapija</a>	14
<a href="#">6.2.1. Specifičnosti grupne terapije s forenzičkim bolesnicima</a>	15
<a href="#">6.3. Socioterapija</a>	16
<a href="#">6.3.1. Terapijska zajednica</a>	17
<a href="#">6.3.2. Aktivnosti radne terapije</a>	17
<a href="#">6.3.3. Okupacijske i rekreativne aktivnosti</a>	18
7. <a href="#">SIGURNOSNI ASPEKT TRETMANA FORENZIČKIH BOLESNIKA</a>	18
<a href="#">7.1. Procjena rizika pacijentove spremnosti na agresivno reagiranje</a>	19
<a href="#">7.2. Deeskalacijska komunikacija s agresivnim bolesnikom</a>	19
<a href="#">7.3. Ograničavanje i izdvajanje agresivnog bolesnika</a>	20
8. <a href="#">SUICIDALNOST FORENZIČKIH BOLESNIKA</a>	20
9. <a href="#">ZDRAVSTVENA NJEGA FORENZIČKIH BOLESNIKA</a>	21
<a href="#">9.1. Najčešći problemi i intervencije</a>	22
10. <a href="#">OTPUST</a>	24
<a href="#">10.1. Vlastita obitelj</a>	25
<a href="#">10.2. Udomiteljska obitelj</a>	25
<a href="#">10.3. Dom za psihički oboljele osobe</a>	26
11. <a href="#">ZAKLJUČAK</a>	27
12. <a href="#">LITERATURA</a>	29

## SAŽETAK

Uloga medicinske sestre/tehničara na odjelu za forenzičku psihijatriju karakterizirana je nizom specifičnosti koje proizlaze prvenstveno iz činjenice da su duševni bolesnici koji se liječe na takvom odjelu ujedno i prekršitelji zakona.

Forenzično-psihijatrijski bolesnici zahtijevaju pojačan tretman jer se radi o osobama koje su pod utjecajem psihopatoloških doživljaja, odnosno zbog svoje bolesti, počinili i/ili čine kaznena djela te su odlukom suda proglašeni nebrojivima zbog čega im je određen prisilni smještaj u specijaliziranoj psihijatrijskoj ustanovi.

Zakonska ograničenja stavljaju forenzičnog bolesnika u posebnu poziciju, što uz ostale nepovoljne čimbenike određene njihovim forenzičkim statusom, može dodatno otežati motiviranost ili suradnju u tretmanu.

Rad medicinske sestre/tehničara na forenzičkom odjelu obuhvaća širok spektar djelovanja, od sudjelovanja u procesu vještačenja do angažmana u cjelokupnom tretmanu forenzičkog bolesnika. Važna zadaća tog stručnog profila odnosi se i na sigurnosni dio tretmana u kojem su upravo medicinske sestre/tehničari najangažiraniji u odnosu na ostale članove tima.

U radu će biti prikazane specifičnosti rada s forenzično-psihijatrijskim bolesnicima u Klinici za psihijatriju Vrapče, prvenstveno iz perspektive medicinske sestre odnosno tehničara.

**Ključne riječi:** forenzički bolesnik, odjel za forenzičku psihijatriju, medicinska sestra/tehničar, zdravstvena njega.

## 1. UVOD

Sve veća potreba za medicinskim znanjima u rješavanju pravnih problema iz područja zdravlja i bolesti te života i smrti ljudi dovela je do razvoja sudske medicine kao znanosti, te unutar nje i do razvoja sudske psihijatrije.

Forenzička ili sudska psihijatrija je granično područje između psihijatrije i prava, a bavi se psihički nenormalnim osobama, koje zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnog duševnog razvoja ili neke teže duševne smetnje, dolaze u sukob s pravnim normama iz pojedinih područja prava; kaznenog, građanskog, obiteljskog i radnog. Najznačajnije mjesto u forenzičnoj psihijatriji odnosi se na područje kaznenog prava, budući se ostvaruju kaznena djela (1).

Dva su glavna područja djelovanja forenzične psihijatrije u svakodnevnom praktičnom radu. Prvo se odnosi na forenzično psihijatrijska vještačenja kojima se rješava vrlo širok spektar pravnih pitanja, s dominacijom na kazneno-pravnu problematiku, a najvažnija su pitanja procjena ubrojivosti počinitelja nekog kaznenog djela, procjena njegove opasnosti za okolinu, postavljanje indikacije za njegovo forenzično liječenje i dr. Drugo, sve važnije područje tog djelovanja jest provođenje forenzičnog tretmana i odgojnih mjera kod psihički poremećenih počinitelja kaznenih djela kojima se nastoji ukloniti njihova opasnost za okolinu i postići ponovna što potpunija rehabilitacija i socijalna integracija (2).

Rad na forenzičkom odjelu organiziran je timski, a članovi tima su specijalisti i subspecijalisti psihijatri, psiholog, defektolog, socijalni radnik, medicinske sestre i tehničari. Medicinske sestre/ tehničari predstavljaju važan dio tima, a njihova je uloga u radu s forenzičkim bolesnicima svakim danom sve veća. U procesu vještačenja medicinske sestre/tehničari imaju posebnu ulogu u organizaciji i provođenju različitih pretraga i pregleda, te u permanentnoj opservaciji i registraciji ponašanja ispitanika koji su tijekom vještačenja hospitalizirani na odjelu. Uloga medicinske sestre/tehničara još je mnogo značajnija i diferenciranija u provedbi forenzičko-psihijatrijskog tretmana. Uz klasične zadaće tog stručnog profila poznate iz općeg, kliničkog rada, forenzičke sestre/tehničari obavljaju i dodatne specifične zadaće koje se odnose na sigurnosni aspekt tretmana. Uz to se medicinske sestre/tehničari sve više uključuju u različite oblike psihoterapijskog i socioterapijskog tretmana koji je također karakteriziran nizom specifičnosti određenih forenzičkim statusom njihovih pacijenata.

Medicinske sestre/tehničari na forenzičnom odjelu kao i ostali članovi tima imaju pristup i uvid u sudsku dokumentaciju bolesnika. Kaznena djela bolesnika vrlo često uključuju krvne delikte, što za sobom povlači mnogobrojna etička pitanja i moralne dvojbe s kojima se suočavaju medicinske sestre u radu s forenzičkim bolesnicima. Poštivanje profesionalne tajne i prihvaćanje bolesnika bez obzira na težinu kaznenog djela neka su od osnovnih načela koje bi trebale prihvatiti medicinske sestre/tehničari u radu s takvim bolesnicima.

## **2. FORENZIČKA PSIHIJARIJA KLINIKE ZA PSIHIJARIJU VRAPČE (PROŠLOST, SADAŠNJOST I BUDUĆNOST)**

Forenzička psihijatrija je dio psihijatrije koja egzistira od početka razvoja znanstvene psihijatrije. Ona prati razvoj same psihijatrijske znanosti, ali i svih nauka koje se bave na bilo koji način problemima kriminaliteta. Proučavanjem delinkventne osobe kao bio-psiho-socijalnog bića počela su se mijenjati shvaćanja o socijalnim i pravnim odnosima u društvenoj zajednici. Stručnjaci iz područja prava, kriminologije, psihologije i psihijatrije bave se problemima psihički abnormalnih delinkvenata s najrazličitijih aspekata. Novim spoznajama i dostignućima na tom području zauzimaju se napredniji stavovi te krivično-pravna zakonodavstva mnogih zemalja postupno mijenjaju vrstu krivičnih sankcija prema takvim delinkventima u tzv. mjere sigurnosti. Međutim, same mjere sigurnosti bez adekvatnog tretmana i liječenja nisu dovoljne za otklanjanje njihove opasnosti, niti za kvalitetnu rehabilitaciju i resocijalizaciju. Pretjerano isticanje društvene opasnosti od duševnog bolesnika i potreba da ga se isključi iz društva i smješta u azile može izazvati daljnju, pojačanu nasilnost bolesnika. Moderna psihijatrija se trudi otkloniti takva zastarjela, kriva shvaćanja gdje se svaka duševna bolest poistovjećuje s društvenom opasnošću. Iz tog razloga se vremenom sve veća pažnja posvećuje tretmanu i liječenju forenzičkih bolesnika da bi se ne samo uklonila njihova opasnost, nego i postigla što potpunija rehabilitacija te konačno i reintegracija u društvo. Naravno, pogrešno bi bilo misliti da su svi duševni bolesnici bezopasni, stoga se za takav razmjerno malen broj objektivno iznimno opasnih bolesnika nastoji naći najpogodnija rješenja za što djelotvorniju zaštitu društva i pojedinaca.

Klinika za psihijatriju Vrapče na području forenzičke psihijatrije posjeduje dugotrajno i bogato iskustvo, a djelatnost liječnika započinje neposredno nakon osnivanja bolnice (1879. godine otvoren Kraljevski zemaljski zavod za umobolne Stenjevec).

Godine 1882. dograđen je odjel za nemirne muške bolesnike. U tadašnjem izvješću se prvi put iznose podaci o „umobolnicima koji su pod istragom kod sudbenih stolovah“. Tu stoji: „Radi dokazane umobolje obustavljena bje istraga proti svima, nu pogibelji radi smješteni su u Zavod“. Te je godine u Zavodu bilo pet kažnjenika i dva ispitanika na motrenju (3).

Mogućnosti liječenja u to doba su bile vrlo skromne jer nije bilo lijekova za liječenje psihičkih bolesti. Uglavnom se „liječenje“ svodilo na čuvanje bolesnika i čekanje da postupno dođe do spontanog poboljšanja tijekom izolacije bolesnika. U to vrijeme brigu o duševnim

bolesnicima vodile su redovnice Družbe sestara milosrdnica uz pomoć priučenih bolničara čija se zadaća svodila na čuvanje bolesnika i čišćenje prostora. Godine 1880. izdan je naputak i kućni red za „podvorno osoblje“ u kojem se govorilo o svim oblicima poslova, odgovornostima, pristupu duševnom bolesniku, higijeni, osnovnim moralnim i etičkim principima, kaznenim mjerama prema osoblju itd. Od 1888. godine brigu o bolesnicima preuzima red sestara milosrdnica, a predstojnica u dogovoru s ravnateljem odlučuje o zapošljavanju sestara u bolnici. Ugovorom se jasno navode dužnosti, odgovornosti i kompetencije u odnosu na bolesnike, čistoću, prehranu i održavanje.

Dvadesete godine 20. stoljeća obilježene su općom socijalnom oskudicom, vladala je tuberkuloza, spolne i razne druge zarazne bolesti izazvane lošim higijenskim standardima i niskom zdravstvenom prosvješćenošću stanovništva. Postojala je potreba za stručnijim osobljem i dodatnim znanjima.

Od 1935. uz terapiju radom uvode se nove metode u liječenju psihičkih bolesti (hormonalna i organoterapija, konstitucionalna terapija, inzulinske kome), a 1942. se uvodi elektrokonvulzivna terapija. U Bolnici se organizira prva tromjesečna bolničarska škola (1934. godine) koju vode liječnici te kasnije i „Škola za negovatelje duševnih i živčanih bolesnika“ (1942. godine) koju također vode liječnici, ali i vanjski suradnici. Kvaliteta zdravstvene njege se poboljšava, a od osoblja se zahtijevaju nova specifična znanja. Međutim, drugi svjetski rat ponovno donosi siromaštvo, oskudicu lijekova i hrane, porast zaraznih bolesti, nedostatak osoblja, a medicinska se skrb svodi uglavnom na zaustavljanje pomora.

Godine 1957. osnovan je forenzički odjel, koji se u to vrijeme zvao odjel za sudske motrenike. Sve do tada sudski bolesnici su bili raspršeni po raznim bolničkim odjelima. U to vrijeme u praksi je bilo uvriježilo pravilo da u RH isključivo Bolnica za živčane i duševne bolesti (danas Klinika za psihijatriju Vrapče) čuva i liječi duševno bolesne delinkvente. Na taj način je broj pacijenata neprekidno rastao što je svakim danom predstavljalo sve veće teškoće. Uz to postojao je i problem osiguranja prostora u krugu bolnice za adekvatno čuvanje i liječenje takve kategorije bolesnika. Ako bi ih se stalno držalo u zatvorenom odjelu njihova agresivnost i otpor prema tretmanu bivala bi sve gora. S druge strane ako bi ih se puštalo u krug bolnice na rad, javljali bi se drugi problemi, od unošenja na odjel raznih nedopustivih predmeta i alkohola do bijega s odjela. Problem prenapučenosti se donekle riješio 1958. premještanjem određenog broja pacijenata u psihijatrijske odjele Općih bolnica u Šibeniku, Puli i Pakracu. Međutim na ovaj način je došlo do teških problema u spomenutim ustanovama što je rezultiralo čestim premještanjem bolesnika iz jedne ustanove u drugu te prekidanja prisilnog smještanja ne bi li se rasteretilo bolnice.



U tom periodu započinje razdoblje psihofarmakoterapije (antipsihotik Klorpromazin), a bolnica Vrapče nabavlja spomenuti lijek samo godinu dana nakon što su ga počeli upotrebljavati u Francuskoj gdje je i sintetiziran. Uz prvi antipsihotik i dalje se primjenjuje elektrokonvulzivna terapija i inzulinske kome. Zdravstvenu njegu u to vrijeme provode najčešće bolničari, za čije zvanje od 1952.godine Škola za medicinske sestre u Vrapču organizira dvogodišnje školovanje, posebno za potrebe rada sa psihijatrijskim bolesnicima. Odjel forenzičke psihijatrije čini isključivo muško osoblje, jer je glavnina rada usmjerena na sigurnosnu dimenziju.

1963. dr. Rudolf Turčin osniva Centar za forenzičku psihijatriju čija je zadaća od osnutka bila uz vještačenja sudskih motrenika i organizacija edukacije, seminara, tečajeva, postdiplomske nastave, izdavanje forenzičkih knjiga. Poticanjem stručne i znanstvene aktivnosti forenzičkih kadrova stekli su se uvjeti za osnivanje znanstvene jedinice koja je objedinila praktičnu i znanstvenu aktivnost na području forenzičke psihijatrije.

Godine 1960. ukinuta je škola za bolničare te je ponovno osnovana srednja medicinska škola. Time se broj medicinskih sestara/tehničara postupno povećavao pa je od 1963. godine svaki odsjek imao po jednu medicinsku sestru/tehničara. Ostalo je činilo bolničarsko osoblje, koje je na forenzičkoj psihijatriji bilo isključivo muškog spola.

Unatoč svim nedaćama i teškim razdobljima kroz koje je prolazila Bolnica ipak su se postupno i s godinama unapređivala suvremena forenzičko-psihijatrijska kretanja te njegovala interdisciplinarnost, a neka savjetovanja iz forenzičke psihijatrije su bila i od međunarodnog značenja. Interdisciplinarnom izmjenom iskustava i mišljenja iz područja forenzičke psihijatrije, unaprijedila se i praksa i teorija unutar svake od pojedinih disciplina.

Sedamdesetih i osamdesetih godina se sve više uvode psihofarmaci, a manje se rabe ostale biološke metode liječenja, čime se postiže bolji terapijski odgovor kod bolesnika, a pridaje se više značenja i socioterapijskim metodama. Mogućnosti liječenja psihijatrijskih bolesnika su sve bolje, a zdravstvena njega na višem nivou. Osamdesetih godina 20. stoljeća u Bolnici radi puno više medicinskih sestara/tehničara, nego pomoćnog osoblja za njegu.

Devedesetih godina zbog domovinskog rata velik dio medicinskih tehničara odlazi na ratišta pa se na rad prima pomoćno osoblje za njegu bolesnika. U Bolnici pristiže velik broj bolesnika s okupiranih područja, a dolazi i do nestašice nekih lijekova (Klozapin!). Rad je općenito otežan, a primijećeno je i novo pogoršanje kod bolesnika koji su do tada bili na terapiji klozapinom ( kod forenzičkih pacijenata i do jednakog izbijanja heteroagresivnog ponašanja kao i u vrijeme počinjenja djela).

Današnji Zavod za forenzičku psihijatriju sljednik je Kliničkog odjela za forenzičku psihijatriju koji je osnovan 1993. godine kada je postao i nastavna baza fakulteta. Zavod se sastoji se od tri odjela:

- Bolnički odjel
- Odjel za provođenje mjere psihijatrijskog liječenja na slobodi
- Centar za provođenje psihijatrijskih vještačenja

Bolnički odjel raspolaže sa 70 kreveta za liječenje forenzičkih bolesnika koje se u početku mjesec dana intenzivno prati, promatra, liječi i procjenjuje s obzirom na društvenu opasnost te se potom sastavlja plan njihovog daljnjeg liječenja.

U Odjelu za provođenje mjere psihijatrijskog liječenja na slobodi provodi se liječenje pacijenata kojima je sud izrekao mjeru obveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi. Među takvim pacijentima najviše je ovisnika o alkoholu i drogama, a mjera im je izrečena zbog obiteljskog nasilja. Za njih se organizira intermitentno liječenje u kojem sudjeluju psihijatri, psiholozi, socijalni radnici te medicinske sestre/tehničari.

Bolesnici kojima se nakon otpusta iz forenzičko-psihijatrijskog bolničkog odjela odredi nastavak liječenja na slobodi u pravilu se kontroliraju i liječe kod psihijatra koji ih je vodio i za vrijeme hospitalizacije.

Centar za provođenje psihijatrijskih vještačenja funkcionalna je jedinica Zavoda sa zadaćom organiziranja i provođenja psihijatrijskih vještačenja, prikaza ispitanika i organizacije rasprava iz toga područja. Tu se također provodi i edukacija studenata, specijalizanta iz psihijatrije, kandidata za sudske vještake, organiziraju se seminari i tečajevi iz forenzičke psihijatrije, prate se zakonske regulative i djeluje na sve one zakonske akte čija primjena ima utjecaj na stanje u forenzičko-psihijatrijskoj teoriji i praksi. Centar okuplja najbolje poznavatelje pravnih i etičkih normi koji su dužni upozoriti na sve etičke probleme koji se javljaju u svakodnevnom psihijatrijskom radu s posebnim naglaskom na forenzičku psihijatriju, nastavljajući tako 50-godišnju funkciju i tradiciju.

Proces sestrinske skrbi predstavlja osnovni model u današnjem zbrinjavanju pacijenata i njihovih potreba. Zadnja tri desetljeća broj između muškog i ženskog srednjeg medicinskog kadra na odjelu za forenzičku psihijatriju je podjednak. Uloga medicinske sestre u 21. stoljeću postaje sve složenija, a traži se visok stupanj stručnih znanja, etički pristup, a važan je i stupanj motivacije i kreativnosti. U budućnosti će provođenje kvalitetne zdravstvene njege biti nezamislivo bez odgovarajućeg broja visoko obrazovanih medicinskih sestara.

Uz globalno pozitivnu ocjenu aktualnog stanja forenzičko-psihijatrijske djelatnosti u bolnici, mora se ukazati i na neke ograničavajuće čimbenike od kojih su sigurno najznačajniji

krajnje nezadovoljavajući arhitektonsko-građevinski uvjeti u zgradi koja se više ne može rekonstruirati za forenzičku funkciju. Problem predstavljaju prevelike i pretrpane bolesničke sobe, nedovoljan broj sanitarnih čvorova, neadekvatni medicinski prostori, a osobit problem je kontrola kretanja i nadzora ponašanja bolesnika. Kako ne postoji mogućnost adaptacije postojećeg objekta prema suvremenim načelima skrbi, u listopadu 2002. godine je raspisan arhitektonski natječaj za idejno rješenje nove zgrade. Međutim „borba“ za izgradnju novog objekta trajala je četrnaest godina da bi napokon u prosincu 2015. bio položen kamen temeljac. Time i službeno započinje gradnja Zavoda za forenzičku psihijatriju koja je trenutno u tijeku, a dovršetak se predviđa do lipnja 2016. godine. U budućoj suvremenoj zgradi Zavoda za forenzičku psihijatriju osigurat će se zadovoljavajući sigurnosni uvjeti, sudsko psihijatrijskim bolesnicima će bit osiguran dostojanstveniji smještaj, a osoblju omogućen rad po principima suvremene zdravstvene skrbi.

### **3. MEDIJI I FORENZIČKA PSIHIJARIJA**

U današnje vrijeme mediji sve više postaju sastavni dio suvremenog življenja, a svojim utjecajem formiraju javno mišljenje. Svi imaju pravo na informacije i slobodu govora što je od iznimne važnosti. No, mediji često neobjektivno i neracionalno obavještavaju javnost.

Kada je riječ o ozbiljnim temama poput psihijatrijskih, onda posljedice takvih medijskih prezentacija mogu nanijeti ozbiljne štete, koje se neposredno odražavaju na položaj psihijatrijskih pacijenata i svih djelatnika u psihijatrijskim službama, ali i na šire društvene interese. Mnogi su razlozi takvog pristupanja psihijatrijskim temama, od onih ideologijsko-političke prirode, npr. negiranje psihijatrijske patologije u nekoć „idealnim“, a danas propalim komunističkim društvima, do razloga koji se svode na individualno-subjektivnu dimenziju. To su primjerice osobni strahovi i predrasude, vlastita negativna iskustva u susretima sa psihijatrijom, materijalni i statusni „karijeristički“ interesi (2).

Mišljenje javnosti o psihijatrijskom bolesniku najčešće je formirano na osnovi negativnih stavova i stereotipa. Forenzički bolesnik pritom ima poseban položaj zbog niza predrasuda koje o njemu postoje, a koje su uvjetovane poznatim socijalno-psihološkim pojavama karakteriziranim strahom od duševnog bolesnika i strahom od zločina (4). Tako su forenzični bolesnici u svijesti prosječnog građanina posebno opasni i ugrožavajući, a jedini način da se zaštite od takvih bolesnika je njihovo izdvajanje od normalnih ljudi i trajno zadržavanje „iza rešetaka“.

Produbljanju odbojnog stava prema forenzičkim bolesnicima uvelike pridonose mediji etiketirajući forenzične bolesnike kao „manijake“ i „monstrume“. Time se dodatno učvršćuje njihov negativni identitet, podržava se stigmatu opasnosti, a samog bolesnika demotivira za suradnju u terapijski tretman. Senzacionalistički naslovi podižu nakladu, slušanost ili gledanost medija, pa novinari vjerojatno i unatoč tome što su svjesni negativnih utjecaja na korisnike, svejedno odabiru upravo takav način predstavljanja forenzičkih slučajeva.

S druge pak strane, posve suprotno, ali podjednako agresivno obojeno i neobjektivno, mediji optužuju psihijatre da prisilno bez pravnih razloga zadržavaju zdrave osobe na psihijatriji ugrožavajući im time temeljna prava. Na taj način također utječu na učvršćivanje ionako već negativnog stava prema psihijatriji, ali i svima koji rade u toj struci. U zadnje vrijeme članci ovakvog sadržaja često su se mogli pročitati na internetskim portalima, gdje bi se iznosile potpuno neobjektivne činjenice, davale netočne informacije o forenzičkim bolesnicima, pozivale udruge za zaštitu ljudskih prava zbog njihova navodnog kršenja i slično. Time se naravno izaziva nepovjerenje javnosti u psihijatrijske ustanove i stručnjake toga područja, podržava bolesnikova nekritičnost prema bolesti te izravno utječe na bolesnikov otpor prema osoblju i tretmanu. Jedan od primjera koji se može navesti odnosi se na slučaj bolesnika koji pokazuje slabu terapijsku suradljivost, a dodatan poticaj za to daju mu napadački sadržaji pojedinih portala prema stručnom timu koji ga liječi. Ohrabren onime što pišu, bolesnik pokazuje još veću nesuradljivost, a posljedično i agresivno ponašanje koje se manifestira u vidu prijetećih i uvredljivih poruka koje preko društvenih mreža šalje osoblju. U takvim okolnostima članovima tima je potreban duplo veći trud da steknu bolesnikovo povjerenje i poštovanje kako bi ga se motiviralo za daljnje liječenje.

Medicinske sestre/tehničari imaju važnu ulogu u mijenjanju negativnih stavova prema forenzičkim bolesnicima. One osnažuju bolesnike da se bolje nose sa stigmom, educiraju obitelj bolesnika povećavajući znanje o psihičkim bolestima i liječenju, ali i svojim pozitivnim stavom i reagiranjem na stigmatu utječu na mišljenje ostalih pojedinaca.

#### **4. ZAKONSKA REGULATIVA**

Osjetljivost položaja osoba s duševnim smetnjama proizlazi ne samo iz njihove nemoći ili teškoće da se koriste svojim pravima, već mnogo češće iz njihove nemogućnosti prosuđivanja vlastitog interesa, a ponekad i ponašanja kojima ugrožavaju svoj život i zdravlje ili život i sigurnost drugih. Upravo iz tih razloga, a pod određenim zakonom propisanim

uvjetima, moguć je i opravdan prisilni smještaj i liječenje tih osoba. Kako prisilni smještaj i liječenje s aspekta osobe na koju se primjenjuje znači oduzimanje ili ograničavanje temeljnih ljudskih prava, ono mora biti utemeljeno na ustavu, određeno zakonom te podvrgnuto sudskoj odluci i kontroli. (5). Zaštita osoba s duševnim smetnjama predviđena je u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u skladu s međunarodnim aktima Ujedinjenih naroda, Vijeća Europe i Europske unije.

U Republici Hrvatskoj je od 1. siječnja 1998. godine u primjeni, prvi put u njezinoj povijesti, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

Od 1.1. 2015 u Republici Hrvatskoj na snazi je novi izmijenjeni Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, te se sada za određivanje i provođenje prisilnog smještaja ili liječenja na slobodi primjenjuju novi članci ZZODS-a.

Dalje u tekstu biti će citirati samo neki članci ili dijelovi članaka iz Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji se odnose na nebrojive osobe i to na njihov prisilni smještaj, trajanje prisilnog smještaja, privremeni izlazak iz psihijatrijske ustanove, produženje prisilnog smještaja te otpust iz psihijatrijske ustanove.

Određivanje i provođenje prisilnog smještaja nebrojive osobe:

Članak 51.

(1) Sud u kaznenom postupku odredit će prisilni smještaj nebrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu u trajanju od šest mjeseci ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina nebrojivost, mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi (6).

Trajanje prisilnog smještaja ili liječenja na slobodi:

Članak 56.

(1) Prisilni smještaj nebrojive osobe u psihijatrijskoj ustanovi može trajati najdulje do isteka najviše propisane kazne za protupravno djelo koje je nebrojiva osoba počinila, računajući od početka psihijatrijskog liječenja (6).

Privremeni izlazak iz psihijatrijske ustanove:

Članak 57.

(1) Privremeni izlazak nebrojive osobe iz psihijatrijske ustanove radi njezine forenzičke terapije i rehabilitacije te socijalne adaptacije ili iz drugih opravdanih razloga odobrit će se ako postoji visok stupanj vjerojatnosti da za vrijeme izlaska neće ugroziti vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost.

(2) O prvom izlasku nebrojive osobe i o kasnijim izlascima duljim od 15 dana na temelju obrazloženog pisanog prijedloga voditelja odjela odlučuje nadležni sud. Odluku o ostalim izlascima donosi voditelj odjela, o čemu psihijatrijska ustanova izvješćuje sud.

(3) Rješenjem kojim odlučuje o izlascima duljim od 15 dana sud može odrediti zabranu napuštanja boravišta, posjećivanja određenih mjesta, susreta i druženja s određenim osobama. Izvršenje ovih mjera nadzire policija kojoj sud dostavlja rješenje o privremenom izlasku.

(4) Voditelj odjela obvezan je poduzeti sve mjere i radnje radi sprječavanja mogućeg opasnog ponašanja nebrojive osobe za vrijeme privremenog izlaska (6).

Produženje prisilnog smještaja, otpust iz psihijatrijske ustanove i zamjena prisilnog smještaja\_ psihijatrijskim liječenjem na slobodi:

#### Članak 59

(2) Ako sud nakon provedenog postupka utvrdi da i dalje postoje pretpostavke za prisilni smještaj nebrojive osobe iz članka 51. stavka 1. ovoga Zakona, donijet će rješenje o produženju prisilnog smještaja na rok do jedne godine. Svako daljnje produženje prisilnog smještaja može se produžiti na rok do jedne godine ne prekoračujući rok iz članka 56. ovoga Zakona.

(3) Ako sud nakon provedenog postupka utvrdi da ne postoje pretpostavke za prisilni smještaj nebrojive osobe iz članka 51. stavka 1. ovoga Zakona, ali da postoje pretpostavke za određivanje njezina psihijatrijskog liječenja na slobodi iz članka 51. stavka 2. ovoga Zakona, donijet će rješenje o zamjeni prisilnog smještaja psihijatrijskim liječenjem na slobodi u trajanju do jedne godine.

(4) Ako sud nakon provedenog postupka utvrdi da ne postoje pretpostavke za prisilni smještaj nebrojive osobe iz članka 51. stavka 1. ovoga Zakona niti za određivanje njezina

psihijatrijskog liječenja na slobodi iz članka 51. stavka 2. ovoga Zakona, donijet će rješenje o otpustu iz psihijatrijske ustanove (6).

## **5. PSIHIJATRIJSKO VJEŠTAČENJE**

Vještačenje je postupovna radnja kojom se uz pomoć vještaka utvrđuju činjenice u kaznenom postupku. (7).

Vještak je posebno kvalificirana osoba koja sudu prikazuje medicinska i psihološka obilježja ispitanika kako bi ih sud mogao pravno ocijeniti, i to kao neubrojivost, stupanj ubrojivosti, opasnost društvu te raspravnu sposobnost. Iskaz vještaka je dokaz o činjenicama na kojima se temelji presuda te se na taj način odlučuje o budućnosti pojedinca, posredno i društva.

Psihijatrijsko vještačenje okrivljenika obavezno se određuje ako se posumnja da je isključena ili smanjena ubrojivost okrivljenika, da je okrivljenik zbog ovisnosti o alkoholu ili opojnim drogama počinio kazneno djelo ili da je raspravno nesposoban zbog duševnih poremećaja.

Pojam ubrojivosti u kaznenom pravu:

Ubrojivost kao nužna pretpostavka krivnje uključuje uvjerenje da je član društvene zajednice u mogućnosti poštovati norme društvenog ponašanja na koje je obavezan. Da bi to mogao njegove intelektualne i voljne sposobnosti psihičkih funkcija moraju djelovati ispravno.

Ubrojiva osoba se svjesno i voljno protivi društvenim zahtjevima i pravilima pa joj se postupak kojim ostvaruje neko kazneno djelo može osobno ubrojiti tj. uračunati.

Kazneno pravni učinak neubrojivosti:

Neubrojiva je osoba koja je u vrijeme ostvarenja protupravnog dijela nije mogla shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla vladati svojom voljom zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnog duševnog razvitka ili neke druge duševne smetnje (8).

Prema načelu krivnje samo kriv čovjek može biti kažnjen. Neubrojiva osoba se ne smatra krivom zbog čega ne može biti ni kažnjena, ona se izdvaja iz kaznenopravne i

premješta u područje civilnopravne regulative, odnosno upućuje se na daljnji postupak prema odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

### **5.1. Uloga medicinske sestre/tehničara u procesu vještačenja**

Postupak vještačenja sastoji se od proučavanja sudskog spisa, prikupljanja podataka, pregleda osobe, dijagnostičke obrade, promatranja i eventualno konzultiranja drugih stručnjaka.

Ispitanici (osobe koje se vještače) iz istražnog zatvora ili iz bolnice za osobe lišene slobode (BOLS), se dovoze svaki dan za vrijeme vještačenja u pratnji pravosudnih policajaca na Zavod za forenzičku psihijatriju, a ispitanici sa slobode dolaze sami. U nekim slučajevima ispitanici su za vrijeme vještačenja hospitalizirani na odjelu Zavoda.

U procesu vještačenja medicinske sestre/tehničari organiziraju i provode različite pretrage i preglede te koordiniraju i usklađuju članove multidisciplinarnog tima. Pregledi i pretrage ispitanika uključuju uzimanje antropometrijskih mjera, obavljanje laboratorijskih pretrage (KKS, urin, po zahtjevu liječnika i urin na psihoaktivne tvari), RTG srca i pluća, EEG, mjerenje vitalnih funkcija (krvni tlak i puls). Tokom vještačenja medicinske sestre obavještavaju članove time koji sudjeluju u procesu vještačenja o dolasku ispitanika, obavljenim pretragama te naručuju ispitanike za sljedeći dolazak.

Ispitanike koji su tijekom vještačenja hospitalizirani na odjelu Zavoda potrebno je opservirati te registrirati ponašanje za vrijeme trajanja vještačenja. Takva opservacija može biti od posebne koristi psihijatrima vještacima u slučajevima ispitanikovog tendenciozno-manipulativnog krivog prikazivanja kliničke slike (simulacija, agravacija, disimulacija).

Vještačenje završava sastankom liječničkog konzilija na čelu sa vještakom gdje se utvrđuje da li je ispitanik u vrijeme počinjenja kaznenog djela bio ubrojjiv, smanjeno ubrojjiv ili neubrojjiv pri čemu se vještak očituje i o stupnju vjerojatnosti počinjenja težeg kaznenog djela, odnosno o njegovoj daljnjoj opasnosti, te se njihovo stručno mišljenje dostavlja sudu.

## **6. TRETMAN FORENZIČKIH BOLESNIKA**

Rad na forenzičkom odjelu organiziran je timski, a članovi tima su specijalisti i subspecijalisti psihijatri, psiholog, defektolog, socijalni radnik medicinske sestre i tehničari.



Program forenzičkog tretmana provodi se s ciljem što bolje uspostave psihičkog zdravlja (redukcija psihopatoloških simptoma i psihičke patnje), ciljem modifikacije ponašanja kojim se nastoje razviti što prihvatljiviji oblici ponašanja, kao i zakonom određenim ciljem smanjenja rizika od nasilnog ili drugog rizičnog ponašanja.

Sam tretman forenzičko-psihijatrijskih bolesnika karakteriziran je nizom specifičnosti određenih samim statusom forenzičkih bolesnika. Populacija forenzičnih bolesnika je vrlo specifična i kompleksna. Radi se o neubrojivim osobama koje su počinile opis kaznenog djela te su na tretmanu prisilno odlukom suda, dakle uglavnom protiv svoje volje što otežava terapijski pristup i rad. Nadalje, to su bolesnici izuzetno heterogenog sastava, kako po dobnoj tako i dijagnostičkoj strukturi, ali i po kulturnim miljeima iz kojih dolaze, što uz zakonska ograničenja kojima su podvrgnuti, postavlja dodatne zahtjeve pred terapijski tim.

Organizacija liječenja i tretmana na odjelu podijeljena je na psihofarmakoterapiju, psihoterapiju te socioterapijske aktivnosti. Za hospitalni forenzički tretman u Klinici za psihijatriju Vrapče osigurano je 70 kreveta.

## **6.1. Psihofarmakoterapija**

Psihofarmaci su lijekovi koji u terapijskoj dozi imaju povoljan psihoaktivni učinak i koriste se u liječenju psihičkih poremećaja (9).

Uspješno liječenje bolesnika psihofarmacima počiva na osnovnim načelima, a to su: ispravno postavljena klinička dijagnoza, ispravan izbor lijeka ili kombinacija lijeka, primjerena doza i duljina primijene lijekova.

Suradljivost psihičkih bolesnika pri uzimanju lijekova često može biti otežana, a najčešći razlozi loše suradljivosti su: negiranje bolesti, neugodne nuspojave lijekova, nerazumijevanje načina uzimanja lijeka. Kod forenzičkih bolesnika kod kojih je cijelo liječenje prisilno, upitan je i pristanak odnosno dobrovoljnost na liječenje. Oni često nemaju uvida u svoju bolest pa ne uviđaju ni potrebu za provođenjem terapije psihofarmacima.

U početku liječenja je najvažnije uspostaviti dobar odnos s bolesnikom što je možda i najteži dio, posebno u slučaju akutno psihotičnog bolesnika. Bolesnik treba dobiti povjerenje u terapeuta, a terapeut treba odlučno prikazati potrebu za uzimanje lijeka, i tada će bolesnik vrlo vjerojatno (i unatoč nepostojanja potrebe za lijekom i nevjerovanja da će lijek pomoći) uzeti lijek "pokoravajući se" terapeutovoj želji ili molbi. To je prva faza u uspostavljanju terapijskog saveza. Uz sedativno djelovanje lijeka na bolesnika i izostanak neugodnih nuspojava ova će faza brzo prijeći u fazu popustljivosti, kada će bolesnikov otpor prijeći u

pasivno prihvaćanje. Ako lijek i dalje ne pokazuje za bolesnika nepovoljne nuspojave, uz dobar odnos bolesnik-terapeut, faza će postupno prerasti u fazu pristajanja (10).

Aдекватna učinkovitost pojedinog lijeka se postiže primjenom određene doze koja će održavati isti lijek u određenoj terapijskoj razini. Zbog toga je važno kod podjele terapije pratiti uzima li bolesnik lijek kako je propisano jer svako preskakanje uzimanja može dovesti do sniženja razine lijeka ispod terapijskog praga. Medicinska sestra upozorava bolesnika na redovitost uzimanja lijekova i tome mora biti posvećen dio vremena svakog kontakta s bolesnikom jer neredovitost dovodi do preniske koncentracije lijeka u serumu, a time i do neučinkovitosti.

Uz nedovoljnu suradljivost, tj. neredovito uzimanje lijekova, vrlo je visok rizik pogoršanja bolesti, što kod forenzičkih bolesnika može dovesti do podjednake pojavnosti psihopatologije kao u vrijeme počinjenja kaznenog djela, dakle do opasnosti po njega samog ili druge ljude.

Osim nadzora prilikom podjele terapije, medicinska sestra mora pratiti reakcije i nuspojave koje izazivaju lijekovi te o svim promjenama informirati liječnika. Također je bitna i edukacija bolesnikove obitelji o načinu korištenja lijeka, a posebno kada se planira terapijski izlaz za bolesnika.

## **6.2. Psihoterapija**

Psihoterapija je jedna od najstarijih metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika. Ona predstavlja psihološku metodu liječenja psihičkih poremećaja, provodi se planski i s jasno definiranim ciljem. Za postizanje terapijskog cilja nužno je korištenje određenih metoda i tehnika. Osnovni terapijski instrument pritom je riječ, odnosno verbalna komunikacija između terapeuta i oboljele osobe (9).

Psihoterapijom se nastoji bolesnika osloboditi od njegovih smetnji ili olakšati njegove tegobe. Mijenjanjem reakcija bolesnika u odnosu na njega samoga i njegovu okolinu moguće je dovesti do određenih promjena ličnosti. Psihoterapija se koristi za liječenje brojnih poremećaja i oboljenja u kombinaciji s drugim metodama liječenja ili zasebno.

Grupnu psihoterapiju mogu provoditi i medicinske sestre s odgovarajućom izobrazbom za grupnog terapeuta. Na forenzičkom se odjelu takve grupe provode za vrijeme hospitalnog liječenja, ali i ambulantno kroz dnevnu bolnicu za bolesnike koji dolaze na kontrole nakon otpusta.

U grupnoj psihoterapiji važno je odrediti granice što se smije, a što ne. Time se štiti bolesnika, ali i terapeuta, a poštivanjem postavljenih granica unosi se osjećaj sigurnosti u terapiju i nameće osjećaj odgovornosti.

#### 6.2.1. Specifičnosti grupne psihoterapije s forenzičkim bolesnicima

Kroz rad u grupi sestra je u mogućnosti iskoristiti svoje potencijale, kreativnost, entuzijazam te unijeti svoju osobnost. Da bi iskoristila svoje mogućnosti, sestra također mora raditi na sebi. Na forenzičkom odjelu grupnu psihoterapiju provode liječnici, defektolozi i educirane medicinske sestre s diplomom medicinska sestra- grupni terapeut .

Kod forenzičnih pacijenata postoji sklonost destrukciji koju su pojedini iskazali na najteži mogući način - ubojstvom. Destrukcija je jedan od načina komunikacije, a komunikacija kod psihotičnog pacijenta blokirana u dva smjera: blokada vlastite komunikacije (razumijevanja vlastitih potreba) i blokada komuniciranja s drugima.

U grupi s homicidnim psihotičnim bolesnicima terapeut nastoji uspostaviti komunikaciju s destruktivnim ispoljavanjem i učiniti ga prepoznatljivim i razumljivijim za bolesnika, jer terapijska grupa može izdržati destruktivnu agresiju bolje nego individualna – analitička situacija (11).

Sama motivacija forenzičkih bolesnika za grupnom terapijom vrlo često izostaje. To ne čudi kada se uzmu u obzir činjenice da svi bolesnici nakon počinjenja djela prolaze zatvorski i sudski sustav, čije negativne konotacije obično utječu na daljnje liječenje. Zbog toga nerijetko odjel u kojem se nalaze doživljavaju kao zatvor, medicinske sestre/tehničare kao čuvare, a terapeuta kao istražitelja ili suca. Forenzičnim bolesnicima cilj je što prije izaći iz bolnice, odnosno postići prekid prisilnog smještaja, a to se po njima može postići ako se dobro ponašaju, a ne radi poboljšanja zdravstvenog stanja. Tako se i na grupnu terapiju najčešće priključuju tek formalno. Sama komunikacija je okrenuta prema terapeutu od kojeg očekuju da zada temu o kojoj će se govoriti. Njihov doprinos komunikaciji se u počecima svodi uglavnom na pitanja o izlascima, vikendima, terapijskim dopustima, terapiji koju piju. Međutim u početku liječenja je to često jedina komunikacija s bolesnikom pa treba strpljivo usmjeravati bolesnika o čemu se razgovara na viziti, o čemu na terapijskoj zajednici, a o čemu na grupi. Postupno bolesnik nauči i prihvaća takav oblik ponašanja.

Forenzički bolesnici na grupama ponekad pričaju o svojim kaznenim djelima što može djelovati kao moralno i mentalno pročišćenje za samog bolesnika, ali uznemirujuće za ostale sudionike grupe.

Za uspjeh i razvoj grupe važna je i cjelokupna atmosfera na odjelu. Medicinska sestra u velikoj mjeri utječe na pozitivno ozračje na odjelu, što je od posebnog značaja upravo zbog već spomenutog osjećaja zatvorskog sustava kojeg imaju mnogi forenzični bolesnici. Edukacije sestara/tehničara, pozitivan stav prema bolesniku, razumijevanje njihovih djela te motiviranost prema mijenjanju krutih stavova u radu s ovakvim pacijentima pridonose pozitivnoj klimi na odjelu, a onda i boljoj motiviranosti bolesnika za sudjelovanjem u grupnoj psihoterapiji, ali i ostalim oblicima tretmana.

### **6.3. Socioterapija**

Socioterapiju možemo definirati kao skup djelatnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Ona predstavlja sasvim određene terapijske metode, koje djeluju na ponašanje psihijatrijskog bolesnika i njegove odnose prema okolini u kojoj živi i radi (12).

Socioterapijski tretman uključuje niz aktivnosti koje bolesniku omogućuju sazrijevanje na relaciji pojedinac-društvena sredina i na taj način ga pripremaju za kasniju što uspješniju socijalnu integraciju. Njime se nastoji povećati samostalnost osobe u svakodnevnim aktivnostima, smanjiti ovisnost, reintegrirati pacijenta u obitelj i društvo, omogućiti različite uloge u obitelji i društvu kako bi se osoba osjećala korisnom, potrebnom, produktivnom i zadovoljnom.

Takav oblik terapije je od posebne koristi za grupu forenzičnih bolesnika kada se sjetimo da njihov boravak u bolnici često može potrajati i više godina, što može reducirati motivaciju za daljnju suradnju u tretmanu, a često uzrokuje i hospitalizam.

Medicinska sestra ima posebnu ulogu u svim oblicima socioterapijskih metoda. Ona prati ponašanje bolesnika te ga potiče na dogovorene aktivnosti, stvara ozračje kojim vlada razumijevanje i međusobno poštovanje te na taj način omogućuje emocionalno i socijalno sazrijevanje bolesnika.

Zadatak medicinske sestre/ tehničara kod socioterapijskog tretmana osim motivacijskog je i praćenje ponašanja bolesnika te obavještavanje članova tima o svim promjenama. Time se pokušava izbjeći progresija eventualnog pogoršanja psihičkog stanja koje može biti razlogom bolesnikovog odbijanja sudjelovanja u socioterapijskim aktivnostima.

Na odjelu za forenzičku psihijatriju u sklopu socioterapijskog tretmana provodi se terapijska zajednica, okupacijska i radna terapija te rekreacijske aktivnosti.

### 6.3.1. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica je zajednica ljudi koji se liječe i koji rade u jednoj ustanovi, a povezani su u čvrstu cjelinu, s ciljem da bolesnim članovima stvore što bolje uvjete za liječenje i time im se omogući što bolji povratak u zajednicu (13).

Terapijska je zajednica takva metoda liječenja koju u psihijatrijskim institucijama ravnopravno čine svo osoblje i bolesnici bez postojanja klasične autoritarne piramide, na vrhu koje je liječnik psihijatar.

Odjel za forenzičku psihijatriju funkcionira po principu terapijske zajednice, kao i većina psihijatrijskih odjela. Sastanci terapijske zajednice održavaju se dva puta tjedno, a sudionici su svi bolesnici, svi članovi terapijskog tima i osoblje tehničke službe (servirke, spremačice). Prije samog sastanka, medicinske sestre u suradnji sa predsjednikom terapijske zajednice (bolesnikom), dogovaraju točke dnevnog reda, te aktivno sudjeluju u njoj. Na sastancima se analiziraju svi događaji na odjelu i motivacijski se raščlanjuju nakon zajedničkih rasprava. Na sastancima se također odlučuje o organizaciji uređenja i urednosti bolesničkih soba i ostalih prostorija odjela, zadužuju se higijeničari, voditelj tjelovježbe, raspravlja se o terapijskim aktivnostima u koje su uključeni bolesnici, dogovaraju izleti i posjeti raznim kulturno-zabavnim događanjima itd.

### 6.3.2. Aktivnosti radne terapije

Davno je primijećeno da se ljudi koji rade bolje oporavljaju. Suvremeni koncept radne terapije usmjeren je prema učenju vještina i podizanju stupnja samostalnosti u svakodnevnom životu. Cilj radne terapije je povećati samostalnost osobe u svakodnevnim aktivnostima, reintegrirati je u obitelj i društvo, omogućiti joj da i dalje igra ulogu koju ima kako bi se osjećala korisnom, potrebnom, produktivnom i zadovoljnom (14).

Radna terapija kao dio rehabilitacijskog programa obuhvaća sve manualne, kreativne, edukativne i ostale aktivnosti s ciljem postizanja i poboljšanja određene fizičke i mentalne funkcije kod bolesnika.

Radna terapija forenzičkih bolesnika orijentirana je na „normalnu“ radnu i profesionalnu svakodnevicu, a provodi se u prijepodnevnim satima u radionicama, bolničkom krugu ili na odjelu. Izbor radne aktivnosti za bolesnika dogovara se s članovima tima, a ovisi o bolesnikovim afinitetima, mogućnostima i zdravstvenom stanju. U radnu terapiju se uključuje većina bolesnika, a ponuđene aktivnosti uključuju: uređenje zelenih površina

bolničkog kruga, tkalačku, krojačku, likovnu, zanatsku i zidarsku radionicu te rad u skladištu živeži. Kao nagradu za pokazani interes i trud mjesečno se daruje simbolična novčana nagrada. Medicinske sestre obilaze bolesnike i prate njihov rad za vrijeme radne terapije, motiviraju ga i potiču kod samih aktivnosti te ukazuju na važnost radne terapije. Takva kontrola, motivacija i pouka o smislu radne terapije je nužna jer bolesnici često zanemaruju ili obezvređuju radne zadatke, a poneki smatraju da ih se kroz rad pokušava iskoristiti.

### 6.3.3. Okupacijske i rekreativne aktivnosti

Okupacijska terapija širi je pojam od radne terapije, a odnosi se na jednostavnije mehaničke postupke. Ona nije usmjerena samo na korisne tjelesne aktivnosti nego se odnosi i na poštovanje bolesnikovih individualnih sklonosti.

Okupacijsku terapiju na forenzičkom odjelu svakodnevno provode medicinske sestre/tehničari u poslijepodnevnim satima. Najčešće aktivnosti su: crtanje, izrađivanje kolaža, društvene igre, izrađivanje ukrasnih predmeta, tematsko uređivanje panoa, wellness grupe i sl. Od pojedinih bolesnika je teško postići inicijativu i interes, a česti razlozi nezainteresiranosti su težina duševne bolesti, opterećenost osobnim problemima i forenzičnim statusom, dob bolesnika i dr. Nametanjem se teško postižu pozitivni rezultati pa sestre svojim trudom, kreativnošću, strpljivošću i uvažavanjem individualnih interesa i ideja pokušavaju pridobiti bolesnike na sudjelovanje u okupacijskim aktivnostima.

Rekreacijska terapija obuhvaća sportske i kulturno zabavne aktivnosti koje djeluju rekreativno i opuštajuće. Tu spadaju: nogomet, košarka, stolni tenis, fitness, posjet kulturno-zabavnim događajima. Aktivnosti se provode uz nadzor, a ponekad i aktivno sudjelovanje medicinske sestre/tehničara.

## **7. SIGURNOSNI ASPEKT TRETMANA FORENZIČKIH BOLESNIKA**

Kod forenzičko-psihijatrijskih bolesnika postoji visok rizik za agresivno ponašanje zbog čega je u radu s takvim bolesnicima potrebno posebno znanje i vještine koja se odnose na sigurnosnu dimenziju rada. Sigurnost pacijenta je osnova za kvalitetnu zdravstvenu skrb, a prvenstveno se percipira kao odgovornost medicinske sestre/tehničara. Budući medicinske

sestre/tehničari imaju središnju ulogu u sigurnosti pacijenta ovdje vrlo bitnu ulogu imaju njihove kompetencije.

Sigurnosni aspekt tretmana forenzičnih bolesnika uključuje opservaciju i registraciju potencijalno rizičnog ponašanja pojedinih bolesnika, informiranje liječnika o svim problemima vezanim uz tu sigurnosnu dimenziju, sudjelovanje u timskim raspravama o sigurnosnim odlukama, neutralizaciju opasnog ponašanja pojedinih bolesnika i dr.

### **7.1. Procjena rizika pacijentove spremnosti na agresivno reagiranje**

Agresivnom ponašanju psihijatrijskog pacijenta u većini slučajeva prethode promjene u njegovom ponašanju, izgledu i ostalim vidovima komunikacije s okolinom (15).

Za medicinske sestre/tehničare važno je da nauče prepoznati takve znakove da bi se spriječila daljnja eskalacija agresije koja bi mogla dovesti do otvorenog nasilnog ponašanja.

Početni znakovi koji bi mogli upućivati na agresivno reagiranje bolesnika su: ljutit izraz lica, muskularna napetost, nemir, glasniji govor, imperativni ili superlativni način izražavanja, pružanje pasivnog otpora, odbijanje suradnje. Potom dolazi do kršenja komunikacijskih pravila i drugih dogovora, da bi se u zadnjim fazama započelo otvoreno nasilno ponašanje koje se manifestira prijetnjama, oštećivanjem stvari, guranjem, hrvanjem, udaranjem rukama i nogama.

### **7.2. Deeskalacijska komunikacija s agresivnim bolesnikom**

Ugroženost, strah, panika, bespomoćnost i poniženje su najčešće osjećaji koji dovode do agresivnog reagiranja koje je zapravo obrambena reakcija na navedene osjećaje. Zbog toga je prvo pravilo deeskalacijskog pristupa izbjegavati bilo kakve verbalne ili neverbalne poruke koje bi mogle potencirati takve osjećaje.

Medicinske sestre/tehničari u komunikaciji s agresivnim bolesnikom moraju biti spremne saslušati i razumjeti bolesnika, ponuditi mu alternativna rješenja, ali bez davanja lažnih nada. Pritom se naravno trebaju postaviti jasne granice do kojih je moguće tolerirati opasno ponašanje.

Krizna situacija zahtjeva donošenje žurne procjene i odluke, a za to je odgovoran voditelj tima koji je ujedno i pregovarač s opasnim bolesnikom. Ulogu pregovarača može preuzeti i član tima koji s bolesnikom već otprije ima uspostavljen odnos većeg povjerenja.

Voditelj tima ostalim članovima povjerava zadatke ovisno o razvoju situacije, a bolesnik bi trebao dobrovoljno prihvatiti dogovoreni tretman.

### **7.3. Ograničavanje i izdvajanje agresivnog bolesnika**

Ukoliko se eskalacija bolesnikove agresije ne može zaustaviti psihološkim metodama, voditelj će morati donijeti odluku o primjeni fizičke neutralizacije bolesnika odnosno poduzeti mjere prisile.

Prema ZZODS-a mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smiju se primijeniti samo iznimno ako je to jedino sredstvo da se otkloni neposredna opasnost s kojom ta osoba ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život ili zdravlje. Odluku o primjeni mjere prisile donosi psihijatar, a ako zbog iznimne hitnosti nije moguće čekati da odluku donese psihijatar, odluku o primjeni mjere prisile može donijeti medicinska sestra/tehničar ili drugo zdravstveno osoblje, koji su obvezni o tome odmah obavijestiti psihijatra.

Pod mjere prisile ubrajaju se sputavanje i izdvajanje agresivnog bolesnika.

Za sputavanje agresivnih bolesnika najčešće se koriste zaštitne košulje i posebno za tu svrhu konstruirano remenje. Sam postupak se izvodi prema određenim pravilima gdje mora biti dovoljan broj zdravstvenih djelatnika, a kako su to najčešće medicinski tehničari, poželjno je da ih je petero. Postupak treba biti izveden brzo i bez oklijevanja, al na način da se izbjegnu ozlijede bolesnika ili osoblja. Nakon sputavanja medicinske sestre/tehničari kontinuirano nadziru bolesnika, prate vitalne funkcije, održavaju higijenu bolesnika, uvjeravaju u neophodnost suradnje te sva zapažanja bilježe u posebne protokole i sestriinsku dokumentaciju.

Izdvajanje agresivnog bolesnika provodi se u posebno opremljenim sobama koje onemogućuju samoozljeđivanje, omogućuju stalni nadzor bolesnika, a pacijentu osiguravaju minimalne uvjete za zadovoljavanje osnovnih životnih potreba. Izdvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neučinkovite. Za vrijeme izdvajanja bolesnika također je potreban nadzor bolesnika uz kontrola stanja, a sva zapažanja se dokumentiraju.

## **8. SUICIDALNOST FORENZIČKIH BOLESNIKA**

Populacija forenzičkih bolesnika spada u visoko rizične skupine za pojavu suicida. Zbog toga je u tretmanu i rehabilitaciji, osim pozornosti sprečavanja ponovnog počinjenja krivičnog



djela, potrebno pozornost usmjeriti i na smanjenje rizika od suicida.

Forenzičnu populaciju posebno rizičnom za suicid čini gubitak kontrole povezan sa zatvaranjem, nesigurnost i osjećaj beznada vezan uz vlastitu budućnost, visok stupanj kontinuiranog stresa te nedostatak podražavajuće okoline.

Različite negativne oznake, psihička bolest i poremećaji kao i počinjeno kazneno djelo mogu izgurati te osobe na sam rub društva i društvenih aktivnosti, što dodatno može pridonijeti njihovoj suicidalnosti (16).

Medicinske sestre/tehničari kao dio tima koji najviše vremena provode s bolesnikom, mogu biti prve koje će kod bolesnika prepoznati simptome presuicidalnog stanja, depresivne obrasce reagiranja, uočiti pacijentove trenutne stresne životne okolnosti. Kod psihotičnih bolesnika proganjajuće sumanutosti i imperativne slušne halucinacije ili stanje katatonog nemira mogu predstavljati rizični faktor za suicid. Smjer agresivnosti kod psihotičnog bolesnika može naglo promijeniti smjer pa tako homicidan bolesnik može iznenada postati suicidalan. Zbog toga se o svakoj promjeni simptoma mora obavijesti liječnika da se na vrijeme započne akutno zbrinjavanje potencijalno suicidalnog bolesnika.

Sa suicidalnim bolesnikom je potrebno uspostaviti povjerenje i pokazati interes za njegove probleme, slušati ga, te u akutnoj fazi nikada ne ostavljati samog. Vrlo je važno da bolesnik redovito pije terapiju, budući je nekim lijekovima potrebno duži vremenski period za postizanje zadovoljavajućeg terapijskog učinka.

Krajnji cilj tretmana je naučiti bolesnika kako olakšati patnju i promijeniti osnovni životni stav te ukazati na to da se smrću ne rješava problem, nego on ostaje iza nas i onima koji su ostali. Problem rješava odluka za život, jer jedino tako postoji mogućnost promjena (17).

## **9. ZDRAVSTVENA NJEGA FORENZIČKIH BOLESNIKA**

Medicinska sestra na forenzičkom odjelu nije kako se najčešće misli samo „čuvar“ duševnog bolesnika. Ona je osoba koja najviše vremena provodi s bolesnicima pa kao takva predstavlja važnog i neizostavnog člana terapijskog tima. Da bi mogla bolesniku pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb potrebno je dobro poznavati duševni poremećaj, mogućnosti njegova liječenja te znati prepoznati bolesnikove potrebe koje se s aspekta zdravstvene njege mogu zadovoljiti. Kod populacije forenzičkih bolesnika potrebna su i dodatna znanja iz

područja forenzičke psihijatrije kako bi se moglo što bolje razumjeti samog bolesnika i njegove specifične probleme.

Sestrinske intervencije u njezi forenzičkih bolesnika se provode prema načelima zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika koja se zasnivaju na holističkom pristupu, poštivanju jedinstvenosti ljudskog bića, privatnosti i dostojanstvu, terapijskoj komunikaciji te bezuvjetnom prihvaćanju. Zadnje načelo je posebno važno prihvatiti i primijeniti u radu s forenzičkim bolesnicima, što ponekad može biti teško, obzirom na sam čin krivičnog djela koji je takav bolesnik počinio. Prihvaćanje bolesnika bez osude može ovisiti o samim moralnim standardima osobe koja radi s takvim bolesnicima. Ukoliko se ne može zauzeti barem neutralan stav prema bolesniku, najbolje je zatraži premještaj na neki drugi odjel ili zdravstvenu ustanovu.

Procjena stanja i iscrpno prikupljanje podataka predstavljaju važan korak u dijagnosticiranju problema. Procjena uključuje sustavno i kontinuirano prikupljanje podataka o zdravstvenom stanju bolesnika pomoću strukturiranog intervjua (stvaranje pozitivnog odnosa i odnosa povjerenja, promatranje verbalnih i neverbalnih znakova u procjeni raspoloženja i ponašanja) i različitih dijagnostičkih instrumenata kojima se mogu odrediti problemi koji se odnose na osnovne ljudske potrebe (NOSIE skala). Na temelju analize prikupljenih podataka formulira se sestrinska dijagnoza (18).

## **9.1. Najčešći problemi i intervencije**

### Visok rizik za odbijanje ordinirane terapije

Cilj: bolesnik će redovito uzimati ordiniranu terapiju

Sestrinske intervencije:

- Poticati bolesnika na redovito uzimanje terapije.
- Paziti da bolesnik terapiju zaista popije.
- Pratiti bolesnika i uočiti moguće nuspojave lijekova
- Odgovoriti mu na pitanja vezana uz terapiju ili ga uputiti da pitanja postavi liječniku.

### Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama

Cilj: Bolesnik neće biti nasilan prema sebi ili drugim osobama

Sestrinske intervencije:

- Osigurati sigurno i mirno okruženje.
- Poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja.
- Postaviti jasne granice, što je prihvatljivo, a što nije.
- Paziti na znakove koji upućuju na moguće agresivno ponašanje
- Dopustiti osobni prostor bolesnika.

### Nemogućnost kontrole ljutnje

Cilj: bolesnik će naučiti kontrolirati ljutnju

Sestrinske intervencije:

- Objasniti bolesniku zašto je važno naučiti kontrolirati ljutnju
- Naučiti ga da ovlada svojom ljutnjom, a ne da ljutnja vlada s njim
- Pomoći mu da definira situaciju koja ga ljuti.
- Naučiti ga kako da primjeni vježbe za kontrolu ljutnje.

### Anksioznost u/s otpustom u udomiteljsku obitelj ili dom za psihički oboljele osobe

Cilj: bolesnik će razviti pozitivan stav prema otpustu u udomiteljsku obitelj ili dom

Sestrinske intervencije:

- Uspostaviti povjerenje pažljivim odnosom prema bolesniku, pružiti potporu i osjećaj prihvaćanja.
- Poticati i ohrabrivati bolesnika da verbalizira svoje strahove.
- Uspostaviti sigurno okruženje.

### Visok rizik za bijeg s odjela

Cilj: bolesnik će prepoznati potrebu za daljnjim liječenjem i ostankom na odjelu

Sestrinske intervencije:

- Biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na mogućnost bjekstva
- Educirati bolesnika o važnosti njegovog liječenja.

### SMBS- održavanje osobne higijene

Cilj: tijekom hospitalizacije osobna higijena bolesnika će biti zadovoljavajuća

Sestrinske intervencije:

- Pripremiti bolesniku prostor, osobni pribor (ručnik, sapun), i čistu odjeću.
- Bolesniku osigurati privatnost i dovoljno vremena.
- Educirati bolesnika o važnosti higijene za tjelesno i duševno zdravlje
- Nadzirati provođenje osobne higijene.

### Smanjena socijalna interakcija

Cilj: bolesnik će razviti suradljiv odnos s okolinom

Sestrinske intervencije:

- Uspostaviti odnos povjerenja.
- Poticati bolesnika na uključivanje u grupnu terapiju.
- Pružiti podršku.
- Podučiti bolesnika socijalno prihvatljivom ponašanju
- Osigurati rad s radnim terapeutom.
- Pohvaliti svaki napredak u ostvarenju socijalne interakcije..

## **10. OTPUST**

Otpust neubrojive osobe (počinitelja protupravnog dijela) iz psihijatrijske ustanove moguć je samo na temelju sudskog rješenja o otpustu, onoga istog suda koji je donio odluku o prisilnom smještaju. Rješenje o otpustu sud temelji na mišljenju liječničkog tima psihijatara koji su liječili neubrojivu osobu da ona više nema teži duševni poremećaj ili da nije opasna za okolinu.

Kada se radi o otpustu forenzičkog bolesnika tj. njegovoj ponovnoj integraciji u društvenu sredinu i nalaženju adekvatnog smještaja, vrlo često nailazimo na određene probleme i prepreke. Često je izbor adekvatnog smještaja za pojedine bolesnike otežan ili ako to nije, liste čekanja su poduže zbog prekapacitiranosti pojedinih institucija predviđenih za smještaj duševnih bolesnika. Takvi problemi mogu nepotrebno produljiti boravak bolesnika koji je već duže u dobroj remisiji i ispunjava uvjete za otpust, te dovesti do rizika za razvoj

hospitalizma. Zbog toga je potrebno što je moguće brže pronaći odgovarajući smještaj za bolesnika i na taj način omogućiti uspješniju socijalnu integraciju.

Medicinske sestre tokom provedbe cjelokupnog tretmana provode postupke kojima je cilj što bolja rehabilitacija te na taj način pripremaju bolesnika za ponovnu što uspješniju integraciju u društvo. Međutim kako je prosječni boravak forenzičnih bolesnika na odjelu dvije godine, a kod pojedinaca i mnogo više (najduži boravak je 6100 dana ), jasno je da će kod nekih bolesnika doći do znakova hospitalizma. Osim toga ,otпуст predstavlja svojevrsno uzbuđenje za pojedine bolesnike koji nakon godina boravka na odjelu trebaju napustiti to mjesto i navike te se vratiti ponovno svojoj kući ili pak smjestiti u tuđu obitelj ili dom. Stoga je bitno da medicinske sestre/tehničari započnu pripremu bolesnika za otpust ranije kako bi bolesnik čitavu proceduru prihvatio što mirnije.

### **10.1. Vlastita obitelj**

Vlastita obitelj predstavlja najidealnije rješenje kada se govori o najpogodnijoj instituciji za smještaj bolesnika nakon otpusta. U slučaju forenzičke populacije ponekad je moguće uspješno integrirati bolesnika u njegovu primarnu obitelj, ali vrlo često i otežano ili nemoguće. Najčešći razlozi neuspjeha su disfunkcionalni odnosi unutar obitelji, neprihvatanje bolesnika kao člana obitelji zbog srama ili straha, potpuno odricanje i odbacivanje bolesnika radi kaznenog djela, minoriziranje problema sve do negiranja bolesti i kaznenog djela bolesnika (članovi obitelji također duševni bolesnici). Poseban problem za takav model smještaja čine bolesnici koji su počinili homicid. Kako su žrtve kod homicidnih forenzičkih bolesnika najčešće supružnici, rođaci i osobe bliske počinitelju i ako su uz to bili jedini članovi bolesnikove obitelji, jasno je da je ponovni smještaj u prijašnju obitelj nemoguć.

### **10.2. Udomiteljska obitelj**

Jedan od oblika izvaninstitucionalnog zbrinjavanja osoba s duševnim smetnjama je udomiteljstvo. Udomiteljska obitelj kao model najbližiji primarnoj obitelji, nastoji korisniku pružiti što višu kvalitetu života i skrbi ovisno o njegovim potrebama. Takve obitelji vrlo često uspješno pružaju garanciju za daljnje održavanje stabilne remisije, integraciju u društvo, destigmatizaciju i maksimalnu redukciju rizičnog ponašanja.

### **10.3. Dom za psihički oboljele osobe**

Dom za psihički oboljele osobe je javna ustanova koja psihički bolesnim odraslim osobama pruža socijalne usluge kroz stalnu i sustavnu skrb s ciljem zadovoljavanja svih korisnikovih potreba. Međutim takvih domova je premalo, a često su prekapacitirani pa stoga i liste čekanja za smještaj preduge. K tomu , bolesnici vrlo rijetko mogu participirati u cijeni smještaja.

## 11. ZAKLJUČAK

Forenzičko-psihijatrijski bolesnici su specifična skupina bolesnika koja ne spada samo u domenu zdravstvenog, nego i u domenu pravnog sustava. Kao neubrojivim počiniteljima kaznenog djela, zbog opasnosti da bi mogli počinuti teže kazneno djelo, sudskim postupkom se određuje prisilni smještaj i liječenje u psihijatrijskoj ustanovi.

Sam cilj tretmana forenzičkih bolesnika je uspostava psihičkog zdravlja, modifikacija ponašanja kao i zakonom određeni cilj smanjenja rizika od nasilnog ili drugog rizičnog ponašanja.

Medicinske sestre/tehničari su osobe koje s bolesnicima provode najviše vremena te kao takve predstavljaju važan dio stručnog tima na odjelu za forenzičku psihijatriju, koji uz njih čine psihijatri, psiholog, defektolog i socijalni radnik.

U procesu vještačenja medicinske sestre/tehničari imaju posebnu ulogu u organizaciji i provođenju različitih pretraga i pregleda te u permanentnoj opservaciji i registraciji ponašanja ispitanika koji su tijekom vještačenja hospitalizirani na odjelu.

Uloga medicinske sestre/tehničara još je mnogo značajnija i diferenciranija u provedbi forenzičko-psihijatrijskog tretmana. Uz klasične zadaće tog stručnog profila poznate iz općeg, kliničkog rada, forenzičke sestre/tehničari obavljaju i dodatne posebne zadaće koje se odnose na sigurnosni aspekt tretmana forenzičkih bolesnika. Budući medicinska sestra/tehničar ima središnju ulogu u sigurnosti pacijenta, ovdje vrlo bitnu ulogu imaju njene kompetencije od kojih su neke regulirane i Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

Uz to, medicinske sestre/tehničari se sve više uključuju u različite oblike psihoterapijskog i socioterapijskog tretmana koji je također karakteriziran nizom specifičnosti određenih forenzičkim statusom njihovih bolesnika.

Dinamika sudskog procesa i zatvorski sustav koji prolaze svi forenzički bolesnici mogu svojim negativnim konotacijama utjecati na njihovo daljnje liječenje. Osoblje odjela često smatraju produžetkom toga sustava pa tako medicinske sestre/tehničare mogu doživljavati kao zatvorske čuvarе. Zbog toga je dobar dio rada s takvim bolesnicima usmjeren na motivacijski proces za prihvaćanje tretmana i prihvaćanje cjelokupnog tima kao nekoga tko im pomaže i uvažava ih, a ne proganja i osuđuje. Medicinske sestre/tehničari svojim znanjem, profesionalnošću i empatijom u velikoj mjeri mogu pridonijeti pozitivnoj atmosferi na odjelu, boljoj suradljivosti bolesnika u tretmanu te povećanju ukupne kvalitete zdravstvene njege.

Forenzički bolesnici se smatraju teškima za voljeti i nezadovoljavajućima za liječiti, a često su i žrtve dvostruke stigme („luđak“ i zločinac“). Na učvršćivanje takvih stavova i podržavanje stigme straha veliki utjecaj imaju mediji, što onda također može reducirati bolesnikovu motivaciju za suradnju u tretmanu te otežati njihovu ponovnu integraciju u društvo. Medicinske sestre/tehničari pozitivnim stavom, ohrabrivanjem bolesnika i edukacijom obitelji i ostalih članova uže društvene zajednice imaju važnu ulogu u mijenjanju takvih pogleda.

Krvni delikti pojedinih bolesnika za sobom povlače mnoga etička pitanja i moralne dvojbe s kojim se suočavaju „forenzičke“ sestre/tehničari . Zbog toga je bitno osim stručnog znanja i vještina, posjedovati i neke osobne kvalitete od kojih je možda najvažnije istaknuti dovoljno velik empatijski kapacitet te pozitivno gledište prema pacijentu bez obzira na težinu kaznenog djela.

Sve ovo pokazuje koliko je važna i sveobuhvatna uloga medicinske sestre na odjelu za forenzičku psihijatriju. Dodatna izobrazba i daljnje unapređivanje edukacije te sve intenzivnije uključivanje u različite oblike interdisciplinarnog rada pridonijelo bi jasnijem identitetu forenzično-psihijatrijske sestre/tehničara, a time još kvalitetnijem tretmanu forenzično-psihijatrijskih bolesnika.



## 12. LITERATURA

1. Kozarić-Kovačić D, Grubišić-Ilić M, Grozdanić V. Forenzička psihijatrija. Drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2005.
2. Goreta M. Forenzička psihijatrija u zrcalu medija i javnosti. Medijska istraživanja. 1998;1:61-73.
3. R.Turčin, M. Lipovac, B. Matjaca, V.Rogina, A.Sila, F. Stanetti, urednici. Psihijatrijska bolnica Vrapče 1879-1979. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 1979.
4. Bolinger L. Forensische Psychiatrie und Ofentlichkeit-Bedingungen gessellschaftlicher Toleranz gegenüber psychisch gestorten Delinquenten. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. 1994;1(1):89-103.
5. Grozdanić V. Tripalo D. Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu. 2013;2(20):795-820.
6. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine. 91/16.
7. Pavišić B. Komentar Zakona o kaznenom postupku. Treće izdanje. Rijeka: Dušević i Kršovnik; 2002.
8. Kazneni zakon, Članak 24, Narodne novine, 90/16
9. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
10. Folnegović-Šmalc V. Važnost suradljivosti psihičkih bolesnika u uzimanju lijekova. Dostupno na:  
[http://www.cybermed.hr/clanci/vaznost\\_suradljivosti\\_psihickih\\_bolesnika\\_u\\_uzimanju\\_lijekova](http://www.cybermed.hr/clanci/vaznost_suradljivosti_psihickih_bolesnika_u_uzimanju_lijekova)
11. Magerle A. Razvitak i neke specifičnosti grupnog psihoterapijskog tretmana na forenzičnim odjelima. U: Žarković Paljan T, Kovačević D, urednici. Iz forenzičke psihijatrije. Zagreb: Matica hrvatska Kutina; 2001; 355-361.
12. Maučević V. Rehabilitacija i socioterapija psihijatrijskih bolesnika. U: Maučević V. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1995; 203-208.
13. Pan H, Scarpitti FR, Inciardi JA, Lockwood D. Some considerations on therapeutic communities in corrections. U: Inciardi JA, ur. Drug treatment and criminal justice. Newbury Park, CA: SAGE; 1993. 30-43.

14. El-Hassan P, Vuković A. Radna terapija. U: Štrkalj-Ivezić S, ur. Rehabilitacija u psihijatriji psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga Svitanje; 2010. 186-19.
15. Goreta M. Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu. Zagreb: Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče; 2009.
16. Peraz-Carceles MD, Inigo C, Luna A, Osuna E. Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Sci Int.* 2001; 119(9): 279-283 119.
17. Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmalc V. Priručnik-Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprječavanje suicidalnosti. Zagreb: Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata; Marko M; 1999.
18. Sedić B. Sestrinske dijagnoze u skrbi za bolesnike s psihičkim poremećajima. U: Božičević M, Bradaš Z, urednici. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. 17. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara. 08-11.lipnja 2011; Plitvička jezera. HUMS; 2011. 16-21.
19. Bagarić Š, Repovečki S. Standardizirani postupak kod fizičkog sputavanja i izdvajanja pacijenta u predviđenu sobu Klinike za psihijatriju Vrapče. U: Božičević M, Bradaš Z, urednici. Upravljanje kvalitetom i sigurnost psihički oboljelih osoba. 19. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara. 1. regionalni kongres. 2013; Trakošćan. HUMS; 2013. 281-289.
20. Bagarić Š, Sekol K. Iz arhive glavne sestre bolnice. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 2009.
21. Bjork T, Lindqvist P. Mortality among mentally disordered offenders: a community based follow-up study. *Criminal Behaviour and mental health.* 2005; 2(15): 93-96.
22. Folnegović-Šmalc V. Važnost suradljivosti psihičkih bolesnika u uzimanju lijekova
23. Goreta M., Jukić V, Turković K. Psihijatrija i zakon. Zagreb: Medicinska naklada; 1998.
24. Hotunjec Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska Naklada; 2006.
25. Jeglich EL, Vanderhoff HA, Donovan PJ. The function of Self-Harm Behaviour in a Forensic Population. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.* 2005;2(49):131-142.
26. Jukić V, Matijaca B, urednici. Psihijatrijska bolnica Vrapče 1879-1999. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče i Medicinska naklada-Zagreb; 1999.
27. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškورانjac S. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.
28. Klinika za psihijatriju Vrapče. Dostupno na: <http://bolnica-vrapce.hr/web/>

29. Kosić R. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika. U: Žgaljić J, urednik. Psihijatrija udžbenik za više zdravstvene studije. Rijeka: Glosa; 2004. 253-282.
30. Sačić P. Psihijatrijska vještačenja u sudskom postupku. Pravnika. 2009; 87(43):59-73.
31. Turčin R, Pospišil-Završki K, Korbar K, Bedenko D, urednici. Savjetovanje o forenzičkoj psihijatriji. Zagreb: Bolnica za duševne bolesti Vrapče; 1964.
32. Turčin R. Forenzičko-psihijatrijske aktualnosti. Zagreb: Zavod za forenzičku i kliničku psihijatriju bolnice Vrapče; 1984.