

NOVOSTI U ZAKONU O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Grozdanić, Velinka; Tripalo, Dražen

Source / Izvornik: **Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu, 2013, 20, 795 - 820**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:118:839300>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-19**

PRAVI

Pravni fakultet Faculty of Law



Sveučilište u Rijeci
University of Rijeka

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Law](#)
[- Repository University of Rijeka, Faculty of Law](#)

uniri DIGITALNA
KNJIŽNICA

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Prof. dr. sc. Velinka Grozdanić*

Dražen Tripalo**

NOVOSTI U ZAKONU O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Autori u radu, nakon kratkog povijesnog prikaza donošenja prvog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama 1997. i razlozima njegovih promjena 1999. i 2002., analiziraju i kritički se osvrću na njegovu dosadašnju primjenu u praksi. Središnji dio rada prikaz je i komentar najznačajnijih novosti u Nacrtu novog zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

1. UVOD

U ljudskom društvu malo je područja koja su obilježena paradoksima u mjeri kao što je to područje mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje je bez sumnje nešto do čega nam je svima jako stalo i stoga strahujemo da ga ne narušimo ili izgubimo, a istovremeno prihvaćamo užurban, opterećen, krajnje neprimjeren način života u kojem ga je vrlo teško sačuvati. Prema onima kod kojih psihički poremećaji vidljivo utječu na njihovo ponašanje imamo prilično ambivalentan odnos: suosjećanje koje nas tjera prema njima i strah koji nas tjera što dalje od njih. Stoga ne iznenađuje da se istodobno zalažemo za dva potpuno suprotna zahtjeva: zahtjevom za njihovom zaštitom, osobito zaštitom od nepotrebnih prisilnih postupaka prema njima, ali i zahtjevom za zaštitom društva od potencijalne opasnosti njihova ponekad nepredvidljivog ponašanja koji upravo podrazumijeva primjenu prisilnih mjera. Isto tako, svjesni smo vrlo suptilne granice između psihološkog i patološkog stanja neke osobe, ali nas to ne sprječava da se olako upuštamo u područje razgraničenja normalnosti i abnormalnosti duševnog stanja pojedinca. I tako jedno suptilno, nesigurno, prilično nejasno i još uvijek po mnogo čemu dvojbeno područje duševnih bolesti kroz pravnu regulativu pretvaramo u naizgled jasno, nedvojbeno i sigurno područje po kojem se suvereno krećemo.¹ Naša sigurnost je tek privid, ali privid na koji se nadove-

* Prof. dr. sc. Velinka Grozdanić, Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci

** Dražen Tripalo, Vrhovni sud RH

¹ Poseban kriticizam prema proglašavanju nekog ponašanja duševnom bolešću iskazali su autori koji se bave istraživanjima u području kroz-kulturne psihologije i psihološke antropo-

zuju stvarne i ozbiljne pravne konzekvencije. I upravo su pravne konzekvencije ono što nas obvezuje da posebnu pozornost posvećujemo osobama s duševnim smetnjama koje, bez ikakve sumnje, zahtijevaju prije svega našu brigu, pomoć, liječenje, ali ponekad i nadzor i kontrolu, pa i primjenu prisilnih mjera.

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, kao što su pravo na slobodu, pravo na kretanje, pravo na podvrgavanje medicinskim postupcima samo uz pristanak, pravo na autonomiju i samoodređenje, ono mora biti utemeljeno na ustavu, određeno zakonom te podvrgnuto sudskoj odluci i kontroli. Zbog toga suvremene države i na zakonodavnom planu poklanjaju posebnu pozornost i određuju normativne sadržaje za zaštitu osoba s duševnim smetnjama, nastojeći kroz pravno definiranje ponašanja svih sudionika u postupcima prema osobi s duševnim smetnjama (kaznenom, građanskom, izvanparničnom itd.) osigurati mehanizme za njihovu zaštitu. Standardi za propisivanje zakonodavstva o zaštiti osoba s duševnim smetnjama kojima se nastoji doseći visok stupanj njihove zaštite postavljeni su rezolucijama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO),² Vijeća Evrope,³

logije. Ti autori upozoravaju da su definicije duševnih bolesti podložne kritici zato što se ne mogu univerzalno primijeniti. Naime, ono što se u nekoj kulturološkoj zajednici smatra duševnom bolešću može biti sasvim normalno, uobičajeno ponašanje u drugoj zajednici. Good, B. J.: *Culture and Psychopathology: Directions for Psychiatric Anthropology*, objavljeno u: Schwartz, T., White, G. M. i Lutz, C. A.: *New Directions in Psychological Anthropology*, Cambridge University Press, 1995., str. 182.-184.; King, N. A.: *The Role of Culture in Psychology: A Look at Mental Illness and the "Cultural Defense"*, *Tulsa Journal of Comparative and International Law*, vol. 7, 1999., str. 201.

² Tako WHO Resolution EB130.R8 on Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level od 20. siječnja 2012.; WHO Resolution WHA55.10 on Mental Health: Responding to the Call for Action od 18. svibnja 2002.; WHO Resolution WHA39.25 on Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders od 16. svibnja 1986.; WHO Resolution EB61.R28 on Review of the Medium-Term Programme for Mental Health od 24. siječnja 1978.; WHO Resolution WHA28.84 on Promotion of Mental Health od 29. svibnja 1975. Od posebne je važnosti Rezolucija WHA66.8 od 27. svibnja 2013. budući da je njome usvojen Sveobuhvatan akcijski plan u svezi s duševnim zdravljem za razdoblje od 2013. do 2020. godine.

³ Vidi COE Resolution 1946 (2013) on Equal access to health care od 26. lipnja 2013.; COE Resolution 1460 (2005) on Improving the Response to Mental Health Needs in Europe od 24. lipnja 2005.; COE Resolution ResAP(2005)1 on Safeguarding Adults and Children with Disabilities Against Abuse od 2. veljače 2005.

Vijeća Europske unije⁴ i Opće skupštine Ujedinjenih naroda.⁵ U Republici Hrvatskoj propisi koji reguliraju postupanje prema osobama s duševnim smetnjama su mnogobrojni: Zakon o zdravstvenoj zaštiti,⁶ Kazneni zakon,⁷ Zakon o kaznenom postupku,⁸ Obiteljski zakon,⁹ Zakon o socijalnoj skrbi,¹⁰ Zakon o izvršenju kazne zatvora,¹¹ Zakon o radu¹² itd. te svakako najvažniji Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.¹³

2. ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

2.1. Prošlost

Prije nešto više od 15 godina, sada već davne 1997., u Republici Hrvatskoj donesen je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (u daljnjem tekstu ZZODS). Bio je to značajan pravni mehanizam u funkciji zaštite osoba s du-

⁴ Vidi COEU Resolution (2000/C 218/03) on Action on Health Determinants od 29. lipnja 2000.; COEU Resolution (2000/C 86/01) on the Promotion of Mental Health od 18. studenoga 1999.

⁵ Primjerice UN General Assembly Resolution 65/238 on Scope, Modalities, Format and Organization of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases od 24. prosinca 2010.; UN General Assembly Resolution 65/95 on Global Health and Foreign Policy od 9. prosinca 2010.; UN General Assembly Resolution 65/1 on Keeping the Promise: United to Achieve the Millennium Development Goals od 22. rujna 2010.; UN General Assembly Resolution A/RES/58/173 on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health od 22. prosinca 2003.; UN General Assembly Resolution A/RES/46/119 on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care od 17. prosinca 1991.

⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br. 150/2008., 155/2009., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011., 12/2012., Odluka Ustavnog suda br. U-I-4633/2010 od 6. ožujka 2012. objavljena u Narodnim novinama br. 35/2012., 70/2012., 144/2012. i 82/2013.

⁷ Kazneni zakon, Narodne novine br. 125/2011. i 144/2012.

⁸ Zakon o kaznenom postupku (pročišćeni tekst), Narodne novine br. 121/2011., Odluka Ustavnog suda br. U-I-448/2009, U-I-602/2009, U-I-1710/2009, U-I-18153/2009, U-I-5813/2010, U-I-2871/2011 od 19. srpnja 2012. objavljena u Narodnim novinama br. 91/2012., 143/2012. i 56/2013.

⁹ Obiteljski zakon, Narodne novine br. 116/2003., 17/2004., 136/2004., 107/2007., 57/2007., 61/2011. i 25/2013.

¹⁰ Zakon o socijalnoj skrbi, Narodne novine br. 33/2012.

¹¹ Zakon o izvršavanju kazne zatvora (pročišćeni tekst), Narodne novine br. 190/2003., 76/2007., 27/2008., 83/2009., 18/2011., Odluka Ustavnog suda br. U-I-3843/2007 od 6. travnja 2011. objavljena u Narodnim novinama br. 48/2011., 125/2011. i 56/2013.

¹² Zakon o radu, Narodne novine br. 149/2009., Odluka Ustavnog suda br. U-VIIR-4696/2010 od 20. listopada 2010. objavljena u Narodnim novinama br. 119/2010., 61/2011. i 73/2013.

¹³ Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Narodne novine br. 111/1997., 27/1998., 128/1999. i 79/2002.

ševnim smetnjama u koji su bili ugrađeni već tada dobro poznati i općepriznati međunarodni standardi koji su desetljećima prije bili temelj pravnog statusa tih osoba u većini zapadnoeuropskih i američkih država.¹⁴ Međutim, isto tako može se reći da je taj zakon bio i značajan problem za sve one, i pravnike i psihijatre, koji su morali po njemu postupati. Naime, raskorak između visokih standarda propisanih samim zakonom i tadašnjom praksom postupanja prema osobama s duševnim smetnjama bio je nepremostiva prepreka oživotvorenju Zakona.

Nije se loše podsjetiti da je prije donošenja ZZODS-a zakonska regulativa njihova pravnog statusa, osobito postupka prisilne hospitalizacije bila parcijalna, neadekvatna, zastarjela i uglavnom se nije primjenjivala. Drugim riječima, zatvaranje i smještaj psihijatrijskih bolesnika u psihijatrijske ustanove poduzimali su se najčešće bez provođenja sudskog postupka i bez donošenja sudske odluke o prisilnoj hospitalizaciji. Na taj način učestalo su se kršile odredbe Ustava RH, ali i mnogih međunarodnih dokumenata koji su, štiteći slobodu čovjeka, kao temeljno ljudsko pravo zahtijevali upravo sudsku odluku kao jedini akt kojim se može ograničiti ili oduzeti sloboda. Iako je, dakle, i pravni i stvarni položaj psihijatrijskih bolesnika bio apsolutno neprihvatljiv, nije nezanimljivo primijetiti da donošenje Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nije bilo rezultat takvog neodrživog stanja. Može se pretpostaviti da bi Hrvatska, zbog namjere ulaska u Europsku uniju, vrlo brzo morala donijeti takav ili sličan zakon, međutim neposredni povod donošenju ZZODS-a bio je novi Kazneni zakon koji je, vezujući krivnju ne samo uz kaznu već i uz sve kaznenopravne sankcije, isključio mogućnost izricanja sigurnosnih mjera obveznih psihijatrijskih liječenja prema neubrojivim počiniteljima protupravnih radnji.¹⁵ Budući da takve osobe mogu biti opasne zbog mogućnosti ponovnog činjenja protupravnih radnji, bilo je nužno zakonski regulirati postupak i uvjete njihova prisilnog liječenja izvan Kaznenog zakona, radi otklanjanja te opasnosti. I upravo je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (koji je i stupio na snagu zajedno s Kaznenim zakonom), regulirajući postupak prisilne hospitalizacije, ne samo nedelinkvenata već i neubrojivih osoba, spriječio pravnu prazninu u reagiranju prema neubrojivim osobama i omogućio njihovo izdvajanje iz kaznenopravne regulative.¹⁶

Čini se da se upravo u ovakvoj genezi nastanka ZZODS-a barem djelomično mogu tražiti razlozi za nezadovoljstvo, i to prije svega stručne javnosti, nje-

¹⁴ Vidi tako Kallert, W. T. i Torres-Gonzales, F.: *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe*, Peter Lang, Frankfurt, 2006.

¹⁵ Čl. 4. Kaznenog zakona, Narodne novine br. 110/1997.

¹⁶ Odredbe o prisilnoj hospitalizaciji neubrojivih osoba mogu se pronaći u portugalskom Zakonu o mentalnom zdravlju br. 36/98 od 24. srpnja 1998., Zakonu o mentalnom zdravlju Velike Britanije od 19. srpnja 2007. kao i istoimenom zakonu Britanske Kolumbije u Kanadi [RSBC 1996].

govim donošenjem. Za mnoge psihijatre novi zakon je značio nepovjerenje u njihov rad, za brojne suce nove obveze, a za cijelo društvo nove troškove. Ako se tome dodaju i uvijek prisutni racionalni, ali i iracionalni strahovi od novih rješenja koja nameću nove obveze, nije pretjerano reći da Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nije bio dobrodošao. Naime, unatoč neprihvatljivoj poziciji psihijatrijskih pacijenata u hrvatskom društvu i nužnosti njezine promjene, stručna javnost, i psihijatrija i pravosuđe, nije bila spremna za zakonsku regulaciju statusa osoba s duševnim smetnjama. Stoga se vrlo lako složiti sa sljedećom ocjenom o prvoj godini primjene ZZODS-a: „...donošenje Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nije ispunilo velika očekivanja koja smo imali s tim u vezi, već je u mnogim segmentima dodatno ugrozilo ljudska prava i slobode psihijatrijskih bolesnika, a što se, po mom sudu, samo manjim djelom može pripisati lošim zakonskim odredbama, a mnogo više nepripremljenosti za njegovu primjenu, i u pravosuđu i u psihijatriji, nerazumijevanju njegova duha, nedostatnoj educiranosti na obje strane, krajnje birokratskom pristupu materiji u kojoj takav pristup nikako ne može funkcionirati, utrci za honorarima i dr.“¹⁷

Zbog svega navedenog nije čudno što je samo godinu dana nakon stupanja na snagu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama 1999. g. došlo do njegove temeljite izmjene kojom se, odustajući od propisanih visokih standarda, nastojao ublažiti prije spomenuti raskorak između zakonskih rješenja i zatečenog stanja u praksi postupanja prema osobama s duševnim smetnjama.¹⁸ Značajna izmjena Zakona učinjena je i 2002. g. pojednostavljujući postupak prisilne hospitalizacije neubrojivih osoba.¹⁹

Gledajući unazad na ovih proteklih petnaest godina, čini se da su upravo ona, za tadašnje prilike previše zahtjevna, a time i „loša“ zakonska rješenja ipak polučila dobre rezultate. Naime, duševno bolesne osobe za trenutak su se našle u središtu mnogobrojnih rasprava, seminara, kongresa, znanstvenih i stručnih članaka i teško se oteti dojmu da je upravo nezadovoljstvo Zakonom, a ne sam Zakon, najviše pridonijelo njihovu boljem položaju u društvu. Tako danas više nitko iz stručne javnosti ne dovodi u pitanje potrebu zakonskog određena i provođenja sudskog postupka prisilne hospitalizacije. Isto tako i šira javnost, iako još uvijek opterećena predrasudama i stigmom velike opas-

¹⁷ Goreta, M.: Nekoliko napomena o potencijalnom unaprjeđenju primjene ZZODS-a prema aktualno važećim rješenjima i nekoliko prijedloga za promjene rješenja koja su se u sadašnjoj primjeni ZZODS-a pokazala nezadovoljavajućim (materijal od 8. siječnja 1999.g.), str. 10.

¹⁸ Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Narodne novine br. 128/1999.

¹⁹ Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Narodne novine br. 79/2002.

nosti duševnih bolesnika, očekuje sudsku kontrolu svakog prisilnog zatvaranja u psihijatrijske ustanove.

2.2. Sadašnjost

Sada smo opet pred novom izmjenom Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. I ovoga puta neposredan povod izmjena je potreba usklađivanja ovog zakona s novim Kaznenim zakonom i Zakonom o kaznenom postupku. Može se reći da su mnoge i korjenite izmjene obilježile materijalno i postupovno kazneno pravo u posljednja dva desetljeća. Razloge učestalih promjena treba, prije svega, tražiti u procesima liberalizacije, tranzicije i globalizacije kojima su obuhvaćena suvremena društva. Ključna riječ postaje „promjena“ i ona zahvaća ne samo gospodarske, političke, kulturne već i pravne aktivnosti. I tako dolazimo do općepoznatog paradoksa da je jedina konstanta i najstabilnije uporište današnjeg informacijsko-komunikacijski povezanog društva njegova stalna promjena.

Međutim, taj dobro poznati „normativni optimizam“ koji je stubokom promijenio pravni sustav RH nije zahvatio i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, i to unatoč mnogim kritikama, primjedbama i prijedlozima za njegovu izmjenu koje su dolazile pretežito od strane psihijatarata.²⁰

Štoviše, posljednjih desetak godina konvencijsko pravo koje nas obvezuje postavilo je nove, daleko više standarde u zaštiti duševno bolesnih osoba.²¹ Tako je zaštita integriteta ljudskog bića, koja pored tjelesnog obuhvaća i mentalni integritet, od primjene biologije i medicine postavljena iznad interesa društva ili znanosti.²² Taj visoki standard po kojem interesi i dobrobit poje-

²⁰ Za bitne i jasne primjedbe uz konkretne prijedloge v. Goreta, M.: Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj teoriji i praksi, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.

²¹ Među mnogobrojnim međunarodnim dokumentima – konvencijama, deklaracijama, preporukama (Ujedinjenih naroda i Vijeća Europe, potaknutih od Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetskog udruženja liječnika) treba izdvojiti Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, Annex to GA Res. 46/119 of 17. December 1991; Ten Basic Principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Protect their Implementation, WHO/MNH/MND/96.9; Recommendation 1235 (1994) on Psychiatry and Human Rights. Tekst prihvaćen na Parlamentarnoj skupštini 12. travnja 1994.; Declaration of Madrid, prihvaćena na Općoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja u Madridu, Španjolska, 25. kolovoza 1996.; Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, Narodne novine – Međunarodni ugovori br. 6/2007., 3/2008., 5/2008.

²² Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention of Human Rights and Biomedicine, Oviedo, April 4, 1997 (Council of Europe, European Treaties ETS No. 164), art. 1. i 2., i Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima od 19. listopada 2005., web. stranice Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta: public.mzos.hr/ fgs.axd?id=14234, čl.3.

dinca imaju prioritet posebno je značajan za duševne bolesnike. Naime, upravo je kod tih osoba zahtjev za njihovom zaštitom, prije svega od nepotrebnih, a ponekad i protupravnih zatvaranja u psihijatrijske ustanove, od primjene prema njima etički spornih metoda liječenja (hormonalno liječenje, kastracija, elektrokonvulzivno liječenje, psihokirurgija itd.), od njihova uključivanja u istraživanje novih lijekova, dolazio u sukob s jednako tako legitimnim zahtjevom za zaštitom društva od njihove nepredvidljivosti i potencijalne opasnosti.^{23,24} Pri tome treba imati na umu da je kroz cijelu povijest ljudskog društva između tih dvaju suprotnih zahtjeva sigurnost društva imala neospornu dominaciju i da su duševno bolesne osobe dobivale samo ona prava, i na papiru i u stvarnosti, koja ni u kom slučaju nisu dovodila u pitanje sigurnost društva.²⁵ Nema nikakve sumnje da će tako biti i dalje, ali isto tako treba vjerovati da će postavljeni standard prioriteta dobrobiti pojedinca nad interesima društva biti brana nedopuštenim intervencijama ne samo u tjelesni već i u mnogo osjetljiviji mentalni integritet osoba.²⁶

²³ O problematici primjene prisile u tretmanu prisilno hospitaliziranih osoba vidi u: Widderhoven, G. i Berghmans, R.: Coercion and Pressure in Psychiatry: Lessons from Ulysses, *Journal of Medical Ethics*, vol. 33, br. 10, 2007., str. 560.-563.

²⁴ Eklatantan primjer potrebe za zaštitom osoba s duševnim smetnjama je slučaj o kojem je odlučivala Međuamerička komisija za ljudska prava iz 2003. godine. Pritužbu i zahtjev za zaštitu 460 psihijatrijskih bolesnika zatvorenih u državnoj neuropsihijatrijskoj bolnici u Paragvaju pred Komisiju su uputili Mental Disability Rights International (MDRI) i Center for Justice and International Law (CEJIL). Stručni timovi tih organizacija uspjeli su dokazati da su uvjeti u kojima su psihijatrijski bolesnici bili lišeni slobode po svojoj prirodi krajnje nehumani i da predstavljaju teško kršenje ljudskih prava. Bolesnike se znalo držati u izoliranim prostorijama čija površina nije prelazila četiri metra kvadratna i po nekoliko godina, bez odjeće i bez pristupa sanitarnim čvorovima. Komisija je 17. prosinca 2003. naložila provođenje neodgodivih sigurnosnih mjera kako bi se zaštitili životi te fizički, mentalni i moralni integritet svih 460 pacijenata. U stručnoj i široj javnosti ta odluka smatra se povijesnom odlukom budući da je u njoj Komisija prvi put naredila hitne mjere kako bi se zaustavilo zlostavljanje u jednoj psihijatrijskoj ustanovi. Hillman, A. A.: Protecting Mental Disability Rights: A Success Story in the Inter-American Human Rights System, *Human Rights Brief*, vol. 12, br. 3, 2005., str. 25.-28.

²⁵ Društvenom kontrolom duševno bolesnih posebno se bavio Horwitz, A. V.: *The Social Control of Mental Illness*, Percheron Press, Eliot Werner Publications, New York, 2002.

²⁶ O odnosu interesa dobrobiti pojedinca i interesa društva raspravljali su američki sudovi kao o ustavnom pitanju opravdanosti prisilne hospitalizacije osoba s duševnim smetnjama još krajem sedamdesetih godina prošloga stoljeća. (Groethe, R.: Overt Dangerous Behavior as a Constitutional Requirement for Involuntary Civil Commitment of the Mentally Ill, *The University of Chicago Law Review*, vol. 44, br. 3, 1977., str. 5670.-571.) Zahvaljujući bogatoj sudskoj praksi toga doba i tada uvedenim novim zakonodavnim rješenjima, Morse zaključuje da je osobna autonomija i sloboda odnijela prevagu nad paternističkim pravom države da prisilno zatvara i liječi osobe s duševnim smetnjama. Morse, S. J.: A Preference for Liberty: The Case against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered, *California Law Review*, vol. 70, br. 1, 1982., str. 55. Općenito o razvoju pravnih rješenja koja se primjenjuju na duševno bolesne osobe u SAD-u vidi u: *Developments in the Law: The Law of Mental Illness*, *Harvard Law Review*, vol. 121, br. 4, 2008., str. 1114.-1191.

I konačno, još jedan razlog za izmjenu ZZODS-a koji se ne može ignorirati jest postojanje već sada bogate prakse Europskog suda za ljudska prava koja se odnosi na zaštitu osoba s duševnim smetnjama, pa i konkretne presude tog suda protiv RH zbog neadekvatnog zakonskog rješenja i tretiranja duševnih bolesnika.²⁷

Zbog svega navedenog može se zaključiti da razlog ove, u najmanju ruku čudne, pasivnosti zakonodavca kada je riječ o zaštiti osoba s duševnim smetnjama treba između ostalog tražiti u činjenici da se problematika duševno bolesnih osoba, uza svu senzibilizaciju javnosti posljednja dva desetljeća, još uvijek nalazi na marginama interesa društva.²⁸

Tako i sada, kod izmjena ZZODS-a, kao i nekada prilikom njegova donošenja, motivacija zakonodavca ne proizlazi iz stvarnih potreba za adekvatnom regulativom pravnog položaja osoba s duševnim smetnjama koja bi dovela do poboljšanja njihova položaja, već iz formalnih razloga usklađivanja s drugim zakonima. Stoga ne čudi da je prva dilema radne skupine za izradu Nacrta izmjena ZZODS-a bila vezana uz opseg zahvata samih izmjena.²⁹ Međutim, već nakon prvih dvaju sastanaka radne skupine postalo je jasno da će izmjene biti brojne te će dovesti do novog ZZODS-a.

Za članove radne skupine koji su sudjelovali u prvoj radnoj skupini krajem 1990-ih za donošenje ZZODS-a čini se kao da se povijest ponavlja. Opet smo pred istom dilemom. Kako pomiriti sve više standarde zaštite prava duševnih bolesnika priznatih konvencijskim pravom i potvrđenih brojnim presudama ESLJP-a s postojećom praksom postupanja prema osobama s duševnim smetnjama u RH koja u velikoj mjeri zaostaje za njima?³⁰ Pogreške učinjene u prvom zakonskom tekstu koji je donio rješenja potpuno neprimjerena tadašnjoj

²⁷ Za konkretne slučajeve protiv RH v. presude Europskog suda za ljudska prava protiv RH u kaznenim predmetima (ur. Z. Đurđević i E. Ivičević-Karas), Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Zagreb, 2013. O pravima osoba s duševnim smetnjama u novijoj sudskoj praksi Europski sud je raspravljao u slučajevima Đorđević v. Hrvatska, br. 41526/10 od 24. srpnja 2012.; A.K. i L. protiv Hrvatske, br. 37956/11 od 8. siječnja 2013.; M.S. v. Hrvatska, br. 36337/10 od 25. travnja 2013.

²⁸ O marginaliziranosti osoba s duševnim smetnjama vidi u: Bartlett, P. i Sandland, R.: *Mental Health Law Policy and Practice*, Oxford University Press, Oxford, New York, 2003., str. 6.-8.

²⁹ Nova radna skupina (u koju su imenovani Velinka Grozdanić, Zlata Đurđević, Jasnica Garašić, Marissabell Škorić, Ivana Milas Klarić, Sunčana Roksandić Vidlička, Vlado Jukić, Miroslav Goreta, Dražen Tripalo, Ivica Veselić, Diana Kovačević Remenarić, Danica Kramarić, Kristijan Grđan, Mirta Kuharić, Marina Jakšić, Renata Kordić) započela je s radom 19. ožujka 2013.

³⁰ Primjerice *Winterwerp protiv Nizozemske*, br. 6301/73 od 24. listopada 1979.; *Hutchison Reid protiv Ujedinjenog Kraljevstva*, br. 50272/99 od 20. veljače 2003.; *Shtukaturov protiv Rusije*, br. 44009/05 od 27. ožujka 2008.; *Varbanov protiv Bugarske*, br. 31365/96 od 5. listopada 2000.; *Stanev protiv Bugarske*, br. 36760/06 od 17. siječnja 2012.

praksi opominju i nikako se nakon takvog iskustva ne bi trebale ponoviti. To drugim riječima znači da će kod mnogih rješenja biti nužno postići kompromis tako da se zadovolje ne samo normativni sadržaji obvezujućih konvencija, već i sasvim konkretni zahtjevi iz presuda ESLJP-a, ali i da istovremeno takva rješenja budu prihvaćena i primjenljiva s obzirom na naše stvarne mogućnosti za njihovom implementacijom. Pitanje je naravno je li uopće moguće postići takve kompromise. I neće li se takvi kompromisi svesti samo na to da se zadovolji tražena forma? Bilo kako bilo, riječ je o prilično zahtjevnom zadatku.

Da bi nesklad između ugrađenih standarda na normativnoj razini i mogućnosti njihove primjene u svakodnevnoj praksi postupanja bio što manji, potrebno je dobro poznavanje i jednog i drugog. Pritom je naravno mnogo lakše i jednostavnije proučiti relevantne konvencije, komparativno zakonodavstvo, presude ESLJP-a, analize postojećeg zakona u brojnim stručnim i znanstvenim radovima nego dobiti stvarni uvid u svakodnevnu praksu primjenjivanja ZZODS-a.^{31,32} Ova teškoća uvida u pravo stanje stvari djelomično je otklonjena činjenicom da su u radnoj skupini pored teoretičara (profesora kaznenog prava, kaznenog postupka, obiteljskog prava) sudjelovali i stručnjaci iz prakse (psihijatri, suci, državna odvjetnica, predstavnik civilnog društva te predstavnice ministarstava nadležnih za zdravstvo i pravosuđe). Ipak, treba naglasiti da nedostaje detaljna i dobro obrazložena analiza dosadašnjih postupaka zadržavanja i smještaja osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijske ustanove i osobito analiza stanja psihijatrijskih ustanova u RH. Zbog toga je radna skupina već na samom početku paralelno s radom na zakonskim rješenjima zatražila vjerodostojne podatke o postupcima prisilnih hospitalizacija, ali i podatke o smještajnim i sigurnosnim kapacitetima psihijatrijskih ustanova. U istu svrhu, dobivanja što točnijeg uvida u stvarno stanje, obavljani su i posjeti članova radne skupine nekim psihijatrijskim ustanovama, štoviše jedan dvodnevni sastanak održan je u Klinici za psihijatriju Vrapče.

³¹ V. npr. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ideje, norme, implementacija, evaluacija (ur. Goreta, M. i Jukić, V.), Psihijatrijska bolnica Vrapče i Medicinska naklada, Zagreb, 2000., i Grđan, K. i sur.: Zaštita i afirmacija osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj, analiza zakonodavstva s preporukama izmjena i dopuna, Udruga korisnika ustanova duševnog zdravlja (SJAJ), Zagreb, 2006.

³² Na problem uvida u stvarno stanje prisilnog hospitaliziranja osoba s duševnim smetnjama upozoravaju mnogi autori. Poseban je problem statističko obrađivanje slučajeva. Naime, dostupne statistike najčešće se interpretiraju tako da se iz njih izvlače zaključci o drastičnom smanjenju trajanja prisilnih hospitalizacija prema stanju prije trideset godina, no pritom se ne vidi velik skok slučajeva kratkotrajnih prisilnih hospitalizacija pacijenata kojima se za vrijeme boravka prisilno daju psihotropni lijekovi. Ono što su nekada predstavljale arbitrarne, dugogodišnje hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika sada predstavljaju kratkotrajni boravci u psihijatrijskoj ustanovi i prisilno liječenje. Frueh, J.: The Anders Brief in Appeals from Civil Commitment, *The Yale Law Journal*, vol. 118, br. 2, 2008., str. 274.

Već prvi statistički pokazatelji dali su vrlo zanimljivu sliku primjene sadašnjeg ZZODS-a:

Tablica 1.

Broj postupaka prisilne hospitalizacije pri županijskim sudovima u Osijeku, Rijeci, Splitu i Zagrebu u razdoblju 2010.-2012.³³

Županijski sud	2010.	2011.	2012.
Osijek	15	18	13
Rijeka	70	62	65
Split	30	42	34
Zagreb	191	176	161

Prema navedenim podacima županijskih sudova u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku proizlazi da nema neke veće opterećenosti tih sudova odlukama o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu opasnih osoba s težim duševnim smetnjama, kao i da broj prisilnih hospitalizacija na godišnjoj razini uglavnom stagnira ili je u blagom opadanju.

Tablica 2.

Omjer broja prisilno smještenih prema broju svih hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama, listopad 2012.³⁴

Bolnica	Ukupno liječeni	Prisilno smješteni	%
KBC Zagreb	955	6	0,63%
KBC Split	1.342	17	1,27%
KBC Rijeka	1.365	30	2,20%
KBC Osijek	1.403	5	0,36%
Klinička bolnica Dubrava	649	0	0,00%
Klinika za psihijatriju Vrapče	6.002	77	1,28%
Opća bolnica Varaždin	808	3	0,37%
Opća bolnica Virovitica	286	0	0,00%
Opća županijska bolnica Požega	408	0	0,00%
Opća bolnica "Dr. Josip Benčević"	36	3	8,33%

³³ Podaci dostavljeni od županijskih sudova u Osijeku, Rijeci, Splitu i Zagrebu.

³⁴ Podaci dostavljeni od Ministarstva zdravlja.

Nastavak tablice 2.

Bolnica	Ukupno liječeni	Prisilno smješteni	%
Opća bolnica Zadar	541	6	1,10%
Opća županijska bolnica Našice	288	1	0,35%
Opća bolnica Šibensko-kninske županije	536	10	1,87%
Opća županijska bolnica Vinkovci	719	6	0,83%
Opća bolnica Dubrovnik	498	7	1,40%
Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan"	551	8	1,45%
Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot"	659	10	1,52%

Izrazito mali postotak participacije prisilno smještenih osoba s težim duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama, koji se često nalazi ispod 1%, a sasvim iznimno doseže do 2%, nameće pitanje jesu li doista sve ostale osobe s duševnim smetnjama smještene u psihijatrijsku ustanovu uz vlastiti pristanak ili pristanak svog zakonskog zastupnika ili skrbnika dobrovoljno smještene osobe. Ili je možda riječ o pristanku osobe s duševnim smetnjama do kojega se došlo nagovorom ili nekim drugim nedopuštenim načinom, koristeći neznanje ili nedovoljnu mentalnu kompetentnost osoba s duševnim smetnjama?³⁵

Pređeni podaci zahtijevaju da se malo dublje „zagrabi“ ispod ove vrlo lijepe, ali neuvjerljive statističke slike. To više što rezultati drugih, inače rijetkih, istraživanja postupaka prisilnog smještaja i uvjeta smještaja i liječenja u psihijatrijskim i socijalnim ustanovama u RH u velikoj mjeri narušavaju ovu sliku i upućuju na niz nedostataka u primjeni ZZODS-a. Tako je iz istraživanja koje je provedeno 2007. na županijskim sudovima u Zagrebu, Rijeci i Zadru, koje je obuhvatilo više od 40 sudskih rasprava, analizu više od 80 spisa predmeta te više od 10 intervjua u postupcima prisilnog smještaja, proizašla neujednačenost primjene ZZODS-a i od psihijatrijskih ustanova i sudova među kojima neki potpuno ignoriraju postojanje zakonskih obveza. Nadalje, ustanovljeno je kršenje procesnih prava osoba s duševnim smetnjama kroz nepozivanje na raspravu (rasprave su se uvijek provodile na sudu, nikad u psihijatrijskoj ustanovi i niti na jednom ročištu u postupku civilnog prisilnog smještaja nije bila prisutna osoba s duševnim smetnjama), nepridržavanje rokova, neupozoravanje na prava, neuredno vođenje sudskog spisa. Kao jedan od najvećih nedostataka istaknut je izostanak učinkovite pravne pomoći u velikoj većini predmeta što se očitivalo ne samo kroz potpunu pasivnost na raspravi nego i kroz izostanak

³⁵ O "dragovoljnosti" pristanka pacijenta na smještaj u psihijatrijskoj bolnici i manipulaciji dobivanja pristanka vidi npr.: Lewis, D. A. i dr.: The Negotiation of Involuntary Civil Commitment, *Law & Society Review*, vol. 18, br. 4, 1984., str. 629.-650.

bilo kakve komunikacije, pa čak i kontakta između prisilno smještene osobe i njezina punomoćnika.³⁶

Slični rezultati proizlaze i iz Izvještaja o posjetu Hrvatskoj 2007. g. Europskog odbora za sprječavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Tako se navodi da Hrvatska ništa nije poduzela vezano uz primjedbe i preporuke iz Izvještaja istog tijela 2003. g. Među sasvim konkretnim primjedbama vezanim uz uvjete u nekim psihijatrijskim ustanovama uočen je i velik broj pacijenata na liječenju bez pristanka, odnosno pacijenata koji nisu sposobni dati slobodni i informirani pristanak na liječenje. Kao ozbiljan problem u zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji otvara prostor zlouporabama navedeni su suci koji prilikom posjeta psihijatrijskim ustanovama uglavnom ne razgovaraju s pacijentom, odvjetnici koji najčešće nisu prisutni i Državno povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama koje je potpuno neaktivno.³⁷

Ništa bolji rezultati nisu proizašli iz istraživanja provedenog iste 2007. g. na sudovima i centrima za socijalnu skrb u Zagrebu, Zadru, Dubrovniku, Vinokovcima, Vrbovcu i Zaboku o pravnom položaju osoba prema kojima se vodi postupak za lišenje poslovne sposobnosti.³⁸ Iako je riječ o postupcima reguliranim Obiteljskim zakonom, rezultati tih postupka referiraju se direktno na pravnu zaštitu osoba s duševnim smetnjama koje nisu u mogućnosti izraziti svoju volju pa do njihova smještaja u psihijatrijsku ustanovu dolazi pristankom njihova zakonskog zastupnika (za djecu do 18 godina) ili skrbnika (za osobe lišene poslovne sposobnosti). Upravo se te osobe mogu smatrati najosjetljivijom kategorijom jer lišenje poslovne sposobnosti zadire u samu srž ljudskih prava takvih osoba.³⁹ Naime, njihova stvarna volja koju oni nisu kadri obli-

³⁶ Više o rezultatima tog istraživanja v. 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 (ur. Štrkalj-Ivezić, S. i sur.), Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje, Zagreb, 2011., str. 27.-34.

³⁷ Report to the Croatian Government on the visit to Croatia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2007., <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2008-29-inf-en.pdf>.

³⁸ Korać-Graovac, A., Čulo, A.: Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama, Zbornik Pravnog fakulteta Zagreb, vol. 61, br. 1, 2011., str. 99.-106.

³⁹ Stoga je Europski sud za ljudska prava zauzeo stav da je pretjerano dugo odgađanje provjere može li se osobi s duševnom smetnjom vratiti poslovna sposobnost protivno članku 8. Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. Berková protiv Slovačke, br. 67149/01 od 24. lipnja 2009. Pretjerano dugi rok postojao je u slučaju Lashin protiv Rusije. Žalitelju je oduzeta poslovna sposobnost 2000. godine, s time da je odbijen njegov zahtjev za preispitivanjem njegova stanja kako bi ga se proglasilo ponovo poslovno sposobnom osobom 2001. i 2002. godine, Lashin protiv Rusije, br. 33117/02 od 22. travnja 2013. O problematici oduzimanja poslovne sposobnosti osobama s duševnim smetnjama i njihovu pravu da pokrenu kazneni postupak privatnom tužbom vidi u: M.S. protiv Hrvatske, br. 36337/10 od 25. srpnja 2013.

kovati i izraziti (zbog mentalne bolesti ili mlade životne dobi) nadomješta se voljom njihova skrbnika. Iz navedenog je sasvim jasna velika uloga koju ima skrbnik bilo u zaštiti ili u zlouporabi prava osoba pod skrbništvom. Stoga u priličnoj mjeri uznemiruju rezultati spomenutog istraživanja koji upućuju na potpunu pasivnost skrbnika, ali i na niz propusta procesnih garancija u okviru samog postupka lišenja poslovne sposobnosti (nepozivanje stranaka, nepostojanje punomoćnika, postupci u trajanju od 5 do 15 minuta, neobavješćavanje o pravima, neprovjeravanje daljnje potrebe za lišenjem poslovne sposobnosti zbog čega skrbništvo postaje trajna kategorija odnosno doživotni status itd).⁴⁰

Zaključak da je skrbništvo postalo najslabijim djelom obiteljskopravne zaštite i da se umjesto u funkciji zaštite prava osoba pod skrbništvom ponekad koristi u potpuno suprotne svrhe – da se osoba liši vlastite slobode, izolira od društva i da joj se oduzmu njezina prava, proizlazi i iz Izvješća sastavljenog nakon monitoringa poštovanja ljudskih prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj 2010. g.⁴¹

Najoštrija kritika sadašnjeg sustava skrbništva dolazi iz Izvješća pravobraniteljice za osobe s invaliditetom za 2012. g. u kojem se, nakon jasne analize statističkih podataka i odluka EU o kršenju ljudskih prava i temeljnih sloboda pojedinaca počinjenih od Republike Hrvatske u postupcima lišavanja poslovne sposobnosti i primjene instituta skrbništva, argumentirano upozorava na neodrživost postojeće zakonske regulative i osobito njezine primjene u praksi.⁴²

2.3. Budućnost

Zbog svega navedenog ne iznenađuje što Nacrt zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (u daljnjem tekstu Nacrt) sadržava velik broj izmijenjenih, pa i potpuno novih rješenja.

2.3.1.

Rješenja koja su u najvećoj mjeri rezultat usklađivanja s konvencijskim pravom i praksom Europskog suda za ljudska prava najviše su došla do izražaja u glavama o Temeljnim načelima, Pravima osoba s duševnim smetnjama,

⁴⁰ Korać-Graovac, A., Čulo, A., op. cit.

⁴¹ Daleko od očiju, Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj, Mental Disability Advocacy Center (MDAC) i Udruga za društvenu afirmaciju osoba s duševnim smetnjama (SJAJ), 2011.

⁴² Izvješće o radu pravobraniteljice za osobe s invaliditetom, 2012., www.posi.hr, str. 164.-179.

Posebnim medicinskim postupcima i biomedicinskim istraživanjima, Zaštiti tajnosti podataka i medicinskoj dokumentaciji i Mjerama prisile prema osobi s duševnim smetnjama.

Ne ulazeći u detalje, može se ustvrditi da se u svakom od tih poglavlja teži većoj zaštiti osoba s duševnim smetnjama bilo propisivanjem novih načela, dopunom novih prava ili ograničavanjem primjene nekih medicinskih postupaka ili mjera prisile prema njima. Tako se primjera radi može navesti načelo „*da se psihijatrijska dijagnoza mora temeljiti na važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja, da se ne smije temeljiti samo na saznanjima iz prijašnjeg medicinskog postupka i da neprilagođenost društvenim normama ne smije sama po sebi biti razlogom za postavljanje psihijatrijske dijagnoze*“ (čl. 6. Nacrta).⁴³ Ovo bi načelo u postavljanju psihijatrijske dijagnoze trebalo eliminirati svaku proizvoljnost, arbitrarnost, površnost, a uvažavati isključivo profesionalnost, stručnost i općepriznate međunarodne psihijatrijske standarde. Kao primjer pojačane zaštite osoba s duševnim smetnjama u odnosu na dosadašnja zakonska rješenja može se navesti i uvjetovanje primjene posebnih medicinskih postupaka (npr. elektrokonvulzivno liječenje) i sudjelovanja u biomedicinskim istraživanjima samo uz pisani pristanak osobe s duševnim smetnjama (čl. 16. t. 1. i čl. 17. t. 3.). Na taj su način od primjene tih postupaka i istraživanja u potpunosti isključene osobe koje ne mogu izraziti svoju volju, među koje spadaju i djeca do 18 godina starosti.⁴⁴ Drugim riječima, nikakav zamjenski pristanak zakonskog zastupnika (roditelja ili skrbnika) koji se do sada uvažavao ne može dovesti do primjene elektrokonvulzivnog liječenja na osobama s duševnim smetnjama ili njihova sudjelovanja u biomedicinskim istraživanjima.

2.3.2.

Možda ne i najveće, ali svakako najzanimljivije promjene predviđene su u postupku zadržavanja i smještaja osoba s duševnim smetnjama u psihijatrij-

⁴³ O neprilagođenosti društvenim normama kao i drugim etičkim pitanjima vezanim uz psihijatrijsku dijagnozu vidi u: Reich, W.: *Psychiatric Diagnosis as an Ethical Problem*, objavljeno u: Bloch, S., Chodoff, P. (ur.): *Psychiatric Ethics*, Oxford University Press, Oxford, New York, Melbourne, 1999., str. 193.-224.

⁴⁴ Traženje izričitog pristanka pacijenta kako bi se nad njime provelo elektrokonvulzivno liječenje u skladu je sa zaključcima grupe istraživača koji su proučili 26 objavljenih znanstvenih studija kliničara i 9 izvještaja liječenih pacijenata o učincima elektrokonvulzivne terapije. Provedenom analizom ustanovljeno je da su potpuno neutemeljeni i proizvoljni zaključci Kraljevskog koledža psihijata prema kojima je preko 80% pacijenata zadovoljno ovom vrstom terapije i da je gubitak pamćenja kod tih pacijenata klinički nebitan. Rose, D., Fleischmann, P., Wykes, T., Leese, M. i Bindman, J.: *Patients' Perspectives on Electroconvulsive Therapy: Systematic Review*, *British Medical Journal*, vol. 326, 2003., str. 1363.-1367.

sku ustanovu. Za razliku od dosadašnjeg razlikovanja dobrovoljnog i prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu, Nacrt predviđa i jasno odvojenom regulativom razgraničava tri kategorije: dobrovoljni smještaj, smještaj bez pristanka i prisilni smještaj.

Kod dobrovoljnog smještaja najveća promjena vezana je uz pristanak na smještaj u psihijatrijsku ustanovu koji umjesto dosadašnjeg usmenog mora biti pisani, sastavni je dio medicinske dokumentacije i osoba s duševnim smetnjama može ga povući u bilo kojem trenutku.

Znatne izmjene predviđene su kod osoba koje nisu kadre izraziti svoju volju i dati svoj pristanak, a koje po sadašnjoj zakonskoj regulativi u psihijatrijsku ustanovu mogu biti smještene pristankom zakonskog zastupnika (roditelja ili skrbnika), što se smatra dobrovoljnim smještajem. Upitnost zamjenskog pristanka, osobito kada je riječ o tako važnom pravu kao što je sloboda kretanja, proizlazi i iz Konvencije o zaštiti osoba s invaliditetom koja zahtjeva individualni pristup svakoj osobi s duševnim smetnjama te uzimanje u obzir stupnja očuvanosti njezinih sposobnosti, a sve kako bi se spriječilo da njihovo zastupanje preuzmu skrbnici koji često zlorabe svoj položaj.⁴⁵ Ove odredbe, kao i mnoga druga konvencijska prava, osobito prava koja proizlaze iz Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, usmjerene su potvrđivanju autonomije pacijenata i njihovih prava na samoodređenje.⁴⁶

Vodeći računa o svemu navedenom, kao jedino ispravno rješenje kod osoba koje nisu u mogućnosti izraziti svoju volju, a time i pristanak na smještaj u psihijatrijsku ustanovu, nameće se u svakom takvom pojedinačnom slučaju aktivirati sudsku zaštitu i te osobe smjestiti u psihijatrijsku ustanovu temeljem odluke suda. Takvo rješenje postojalo je u izvornom tekstu ZZODS-a (1997.) i od njega se zbog problema u provedbi odustalo već kod prvih izmjena Zakona (1999.), i to tako da se umjesto sudske odluke uveo zamjenski pristanak zakonskog zastupnika. Stoga je rješenje predloženo u Nacrtu za smještaj bez pri-

⁴⁵ Hendriks, A.: UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *European Journal of Health Law*, Vol. 14, No. 3/2007., str. 279.

⁴⁶ Ovdje treba podsjetiti da je upravo pružanje zaštite psihijatrijskim pacijentima koji su bili nesposobni iskazati pristanak na hospitalizaciju u Velikoj Britaniji bio neposredan povod donošenju izmjena i dopuna Zakona o mentalnoj sposobnosti iz 2005. godine i Zakona o duševnom zdravlju iz 2007. godine. Naime, ti su se pacijenti zatvarali u psihijatrijske ustanove, a da o njihovu lišenju slobode odluku nije donio nadležni sud jer se smatralo da to zahtijeva hitnost slučaja, ali i najbolji interes tih osoba. Takva hospitalizacija bila je u skladu s doktrinom nužnosti / *necessity doctrine* anglosaksonskog općeg prava pa se nije niti smatrala prisilnom, iako bi se pacijenta u slučaju da pokuša napustiti psihijatrijsku ustanovu u tome spriječilo. Europski sud za ljudska prava u slučaju H.L. protiv Velike Britanije iz 2002. godine proglasio je tu doktrinu i praksu protivnima članku 5., stavcima 1. i 4. Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. Zigmond, A.: *Deprivation of Liberty Safeguards and the Mental Capacity Act*, *British Medical Journal*, vol. 338, br. 7706, 2009., str. 1284.-1285.

stanka kompromis između zahtjeva konvencijskog prava i implementacije novih rješenja koja bi bila primjenjiva u našoj praksi. Ipak, treba napomenuti da činjenica da ni nakon petnaest godina od donošenja ZZODS-a nismo spremni osigurati sudsku zaštitu osoba koje se smještaju u psihijatrijsku ustanovu bez svoga pristanka, a uz zamjenski pristanak, djeluje obeshrabrujuće.

Kako bi se ipak podigla razina zaštite tih osoba, predloženo je sljedeće: kao prvo propisano je da „*lišenje poslovne sposobnosti ne znači samo po sebi nesposobnost za davanje pristanka za primjenu medicinskih postupaka*“ (čl. 10. st. 2. Nacrta). Drugim riječima, činjenica da je nekoj osobi oduzeta poslovna sposobnost smatra se potpuno irelevantnom u postupku zadržavanja i smještaja te osobe u psihijatrijsku ustanovu. To je razumljivo jer sposobnost razumijevanja i donošenja odluka osobe s duševnim smetnjama može biti različita u različitim razdobljima ili s obzirom na različite sadržaje. Pa tako osoba može biti nesposobna donositi odluke o nekim npr. imovinskim pravima, a istodobno sasvim sposobna donositi odluke o svome zdravlju. Stoga je potrebno prije poduzimanja bilo kojeg medicinskog postupka utvrditi je li osoba sposobna dati pristanak. Tu sposobnost utvrđuje psihijatar, i to u trenutku kada osoba treba donijeti odluku o prihvaćanju medicinskog postupka.⁴⁷ Njezin pristanak, i to pisani, bit će valjan samo ako se utvrdi da je osoba s duševnim smetnjama sposobna razumjeti prirodu, svrhu, korist, ali i rizik medicinskog postupka, i u skladu s time donijeti svoju odluku. Pri tome se „*neće smatrati da osoba s duševnim smetnjama nije sposobna dati pristanak ako može razumjeti informaciju koja je važna za davanje pristanka, upamtiti tu informaciju, koristiti je u procesu davanja pristanka i prihvatiti svoju odluku drugoj osobi pisano, usmeno, uporabom znakovnog jezika ili na drugi način*“ (čl. 3. t. 11.). Međutim, ako tih sposobnosti nema, i dalje će vrijediti zamjenski pristanak osobe od povjerenja (nova kategorija o kojoj će više riječi biti kasnije) ili zakonskog zastupnika, ali će se morati uzeti u obzir i mišljenje osobe s obzirom na njezine mogućnosti razumijevanja, odnosno ako je riječ o djeci, razmjerno njihovoj dobi i zrelosti. U slučaju smještaja osobe u psihijatrijsku ustanovu ne temelju takvog zamjenskog pristanka, psihijatrijska ustanova je dužna, bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati od dobivanja zamjenskog pisanog pristanka, obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom koji je opet dužan ako posumnja u opravdanost smještaja bez pristanka, o tome bez odgode obavijestiti županijski sud nadležan za odlučivanje o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu (čl. 24. st. 1. i 2. Nacrta). Isto tako, ako se osoba smještava bez pristanka u bilo kojem trenutku protivni pristanku zakonskog zastupnika, psihijatrijska ustanova započinje postupak za prisilni smještaj ili

⁴⁷ Medicinski postupak obuhvaća dijagnostički postupak, liječenje, prijam i smještaj u psihijatrijsku ustanovu radi dijagnostičke obrade i liječenja te uključivanje u obrazovne programe koji se provode u psihijatrijskoj ustanovi.

otпуст te osobe, čime se osigurao mehanizam sudske zaštite te će u tom slučaju odluku o smještaju osobe bez pristanka u psihijatrijsku ustanovu donijeti sud.

Sve su to prijedlozi usmjereni tome da se postupak smještaja osoba koje ne mogu izraziti svoju volju ne komplicira, a da se istovremeno osiguraju mehanizmi njihove zaštite jer se institut zamjenskog pristanka, kako je prije navedeno, u tome pokazao nedostatnim. Štoviše, u tom smjeru u Nacrt je uvedena i odredba o obvezujućoj izjavi kojom osoba s duševnim smetnjama može izjavom ovjerenom kod javnog bilježnika ovlastiti osobu od povjerenja da umjesto nje daje ili uskraćuje pristanak na određene medicinske postupke. Riječ je o tzv. naredbama (smjernicama) za slučaj buduće nesposobnosti očitovanja volje (tzv. anticipirane naredbe) kako bi se stavovi i želje osobe s duševnim smetnjama uzimali u obzir sve dok ih je ona sposobna izražavati. Time se osigurava da će se poštovati vrijednosni stavovi, moralna, vjerska, životna i druga uvjerenja i želje odrasle osobe u trenutku kad ih ona neće moći ili ih neće pravno valjano moći iskazati.⁴⁸ U tom kontekstu u Nacrtu je obvezujuća izjava ograničena ne određivanje jedne osobe od povjerenja koja na to pristaje, a koja će umjesto osobe koja ju je imenovala donositi odluke – u vrijeme kada ona to zbog duševnih smetnji neće biti kadra – o izboru i prihvaćanju dijagnostike, liječenja i smještaja u psihijatrijsku ustanovu. Ovo planiranje liječenja duševnih smetnji putem zapisivanja unaprijed određenih smjernica osoba s duševnim smetnjama koje se propisuje u vrijeme kada su one sposobne odlučivati, a obvezuje kada one to više nisu kadre, polako, ali sigurno postaje dio zaštite osoba s duševnim smetnjama u suvremenom društvu.⁴⁹ Stoga je u Nacrtu uz veliko pojednostavljenje normiran ovaj vrijedni instrument jer se na taj način jača autonomija osoba s duševnim smetnjama te štiti njihovo pravo na samoodređenje, što u krajnjem osigurava njihovu adekvatniju skrb i potporu.

Što se tiče prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu kao treće izdvojene kategorije, zadržana je ista pravna osnova u nešto jednostavnijem izričaju pa se u psihijatrijsku ustanovu prisilno može smjestiti samo osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost (čl. 26. Nacrta). Pri tome je teža duševna smetnja znatno jasnije, preciznije i suvremenije definirana kao „mentalni poremećaj prema međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili

⁴⁸ Više o anticipiranim naredbama v. Milas-Klarić, I.: Pravni status skrbnika kao jamstvo zaštite ljudskih prava odraslih, Zagreb, 2010., str. 233.-265.

⁴⁹ O mnogobrojnim dilemama vezanim uz anticipirane naredbe v. npr. Srebnik, D., Kim, S.Y.: Competence for Creation, Use and Revocation of Psychiatric Advance Directive, *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 34, br. 4, 2006., str. 501.-510.; Sass, H., M.: Advance Directives for Psychiatric Patients? Balancing Paternalism and Autonomy, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. 153, br. 17-18, 2003., str. 380.-384.

otežava psihičke sposobnosti osobe u mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć“ (čl. 3.1. i 2. Nacrta).

Radi jače zaštite osoba s težim duševnim smetnjama postupovne odredbe po kojima se one prisilno zadržavaju i smještavaju u psihijatrijsku ustanovu detaljnije su propisane; rok prijama u psihijatrijsku ustanovu od sadašnjih 72 sata koje je imao psihijatar na raspolaganju za utvrđivanje postojanja razloga za donošenje odluke za otpust ili prisilno zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi skraćen je u Nacrtu na 48 sati po uzoru na mnoga komparativna rješenja⁵⁰ jer je upravo to kritično razdoblje u kojem zakon dopušta prisilno zadržavanje bez sudske odluke; nakon žalbe predviđena je revizija koja do sada nije postojala; kao mjesto održavanja rasprave izričito je predviđena odgovarajuća prostorija psihijatrijske ustanove, a tek iznimno, u naročito opravdanim situacijama sud može, nakon pribavljenog mišljenja voditelja odjela, donijeti i obrazložiti odluku da se rasprava održava na sudu. Time se nastoji eliminirati dosadašnja praksa isključivog održavanja rasprave na sudu koja je često rezultirala činjenicom da nitko, uključujući i odvjetnika, prisilno zadržanu osobu nije ni vidio. Suci pojedinci županijskih sudova i dalje ostaju nadležni za vođenje tih postupaka, ali je Nacrt predvidio da ih na vrijeme od pet godina (s mogućnošću ponovnog postavljanja istog suca) postavlja predsjednik Vrhovnog suda Republike Hrvatske vodeći računa o njihovoj stručnosti iz područja forenzične psihijatrije. Ovo rješenje ide u smjeru specijalizacije pojedinih sudaca kako bi bili što kompetentniji za kvalitetan razgovor s psihijatrom jer upravo o tome i ovisi pravna zaštita osobe s duševnim smetnjama koja se prisilno smješta u psihijatrijsku ustanovu. U istu svrhu kompetencije iz forenzične psihijatrije Nacrt traži i za odvjetnike koje sudac postavlja prisilno zadržanoj osobi, ako ga već ta osoba, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik nisu izabrali. Nacrt dodatno obvezuje odvjetnika na prisustvovanje posjetu i saslušanju prisilno zadržane osobe i voditelja odjela u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj je osoba zadržana. I ovdje je jasno da nikakva odvjetnička zaštita ne može biti osigurana prisilno zadržanoj osobi uz nekompetentnog odvjetnika.

Nacrt je nadalje s ciljem racionalizacije, ali prije svega jer se u dosadašnjoj praksi pokazalo nesvrshodnim, odustao od obveznog psihijatrijskog vještačenja drugog psihijatra vještaka izvan ustanove u kojoj je zadržana osoba. Naime, druga vještačenja u pravilu su samo potvrđivala prva, i to najčešće uvijek istih psihijatara. Međutim, kako je presumpcija da tek drugo vještačenje, i to prije svega vještaka izvan ustanove, znači i objektivnu ocjenu postojanja

⁵⁰ Primjerice rok isti ili kraći od 48 sati imaju sljedeći zakoni: čl. 59. Zakona o duševnom zdravlju Republike Slovenije; čl. 17. Zakona o hospitalizaciji psihički bolesnih osoba Republike Austrije; čl. 15. Zemaljskog zakona o psihički bolesnim osobama njemačke savezne države Rheinland-Pfalz; čl. 22. stavak 1. Zakona o mentalnom zdravlju Britanske Kolumbije; čl. 26. st. 2. Zakona o mentalnom zdravlju Portugala itd.

razloga za prisilno zadržavanje i smještaj,⁵¹ takva je mogućnost prema Nacrtu ostavljena na raspolaganju sucu uvijek kad ocijeni da mu je potrebna,⁵² a obvezna je samo ako je zahtjev za drugim mišljenjem postavila prisilno zadržana osoba ili njezin odvjetnik.⁵³

Sve u svemu, iz ovog vrlo kratkog nabiranja najuočljivijih promjena u postupku prisilnog zadržavanja i prisilnog smještaja jasno je da je Nacrt nastojao ojačati pravni položaj osoba s duševnim smetnjama, i to između ostalog i zakonskim rješenjima usmjerenim onemogućavanju postupanja kojima se uglavnom uspješno zadovoljavala zakonska forma, a stvarna zaštita tih osoba je izostala.

2.3.3.

U ovom kratkom navođenju najznačajnijih novosti u Nacrtu posebno treba naglasiti odgovor Nacrta na proces deinstitucionalizacije o kojem se posljednjih godina puno govori, ali se vrlo malo napravilo, a koji je nametnuo zadaću uvođenja psihijatrijskog liječenja nebrojivih osoba bez njihova prisilnog smještaja. Riječ je o liječenju na slobodi koje bi trebalo imati prednost pred institucionalnim liječenjem uvijek kada se rezultati mogu postići i bez smještaja u psihijatrijsku ustanovu.

Ta dva oblika psihijatrijskog liječenja nebrojivih osoba – prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu i psihijatrijsko liječenje na slobodi – na prvi pogled odgovaraju sigurnosnim mjerama obveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi te obveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi koje je propisivao Osnovni krivični zakon Republike Hrvatske.⁵⁴ Međutim, temeljna

⁵¹ Uključenost dvaju ili više vještaka u ocjenu psihičkog stanja osobe u postupku prisilne hospitalizacije propisana je zakonom u Austriji, Finskoj, Francuskoj, Grčkoj, Irskoj, Italiji, Luksemburgu, Portugalu, Španjolskoj, Švedskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu. Salize, H., J., Dreßing, H. i Peitz, M.: *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*, Final Report, European Commission - Health and Consumer Protection Directorate-General, Mannheim, 2002.

⁵² Isto tako i prema 16. načelu o prisilnoj hospitalizaciji UN-ove Rezolucije A/RES/46/119 on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, op. cit.

⁵³ O kršenjima Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda povodom provođenja psihijatrijskog vještačenja u postupcima lišenja slobode osoba s duševnim smetnjama vidi u: *Sýkora protiv Češke*, br. 23419/07 od 22. veljače 2013.; *Plesó protiv Mađarske*, br. 41242/08 od 2. siječnja 2013.; *Stanev protiv Bugarske*, op. cit.; *Nowicka protiv Poljske*, br. 30218/96 od 3. ožujka 2003.; *Varbanov protiv Bugarske*, op. cit.; *Matter protiv Slovačke*, br. 31534/96 od 5. srpnja 1999.; *Winterwerp protiv Nizozemske*, op. cit.

⁵⁴ Ove sigurnosne mjere bile su propisane člancima 58. i 59. Osnovnog krivičnog zakona Republike Hrvatske (Narodne novine br. 31/1993., 39/1993., 108/1995., 16/1996. i 28/1996.; dalje: OKRZH).

konceptijska razlika između takvog rješenja, napuštenog donošenjem KZ/97 koji je na nov način formulirao načelo krivnje, i ovog koje predviđa Nacrt proizlazi iz činjenice da odluka o psihijatrijskom liječenju neubrojive osobe nije kaznenopravna sankcija,⁵⁵ već su uvjeti za određivanje nekog od tih oblika liječenja (o čemu se odlučuje u kaznenom postupku), kao i postupak njihova provođenja i odlučivanja o njihovu trajanju, propisani ZZODS-om.

U radnoj skupini za izradu Nacrta u više se navrata raspravljalo o tome treba li izbor između tih dvaju oblika psihijatrijskog liječenja „prepuštiti“ sudu koji bi, nakon što kazneni sud donese presudu kojom utvrđuje da je okrivljenik u stanju neubrojivosti ostvario protupravno djelo, o tome odlučivao u izvanparničnom postupku, ili bi već kazneni sud prilikom donošenja takve presude odlučivao treba li odrediti prisilni smještaj ili psihijatrijsko liječenje na slobodi, a bilo je dvojbi i o tome koji bi sud poslije donosio odluku o produljenju takvog liječenja te o zamjeni jednog oblika liječenja drugim. Konceptija prema kojoj prvu odluku o obliku psihijatrijskog liječenja donosi sud u kaznenom postupku pokazala se boljom zbog toga što se o prikladnom načinu liječenja mogu očitovati vještaci psihijatri već u nalazu i mišljenju vještačenja koje se provodi radi utvrđenja neubrojivosti okrivljenika (osim toga, takvo njihovo očitovanje potrebno je u kaznenom postupku i radi donošenja odluke o istražnom zatvoru ili o mjeri opreza liječenja na slobodi iz članka 551. stavaka 1. ili 3. ZKP/08), pa bi ponavljanje ili dopunjavanje takvog vještačenja u kasnijem izvanparničnom postupku dovelo do odugovlačenja i neekonomičnosti.

Pretpostavka određivanja i prisilnog smještaja i psihijatrijskog liječenja na slobodi jest vjerojatnost da bi osoba zbog težih duševnih smetnji zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost mogla ponovo počiniti teže kazneno djelo, a izbor između tih oblika ovisi o tome je li za otklanjanje te opasnosti potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi ili je za to dovoljno njezino liječenje na slobodi.

Nacrt je predvidio i mogućnost naknadne zamjene jednog oblika liječenja drugim, ovisno o uspjehu provedenog liječenja: ako se zdravstveno stanje neubrojive osobe koja se liječi sa slobode tako pogorša da je za otklanjanje njezine opasnosti potrebno liječenje u psihijatrijskoj ustanovi, odredit će se prisilni smještaj te osobe; ako se tijekom prisilnog smještaja utvrdi da je za otklanja-

⁵⁵ Opseg ovog rada ne dopušta otvaranje rasprave o novoj regulaciji načela krivnje koje je odredbom članka 4., a posljedično tome i odredbom članka 24. stavka 4. KZ/11, sada znatno reducirano, jer se neubrojivoj osobi, koja nije kriva i ne može joj se izreći kazna, ipak mogu izreći sigurnosne mjere zabrane obavljanja određene dužnosti ili djelatnosti, zabrane upravljanja motornim vozilom, zabrane približavanja, udaljenje iz zajedničkog kućanstva i zabrane pristupa internetu (dakle ne i sigurnosna mjera obveznog psihijatrijskog liječenja iz članka 68. KZ/11). Ipak, autori su uvjereni da je takva rasprava, kao i revizija tog rješenja, nužna u skoroj budućnosti.

nje opasnosti dostatno psihijatrijsko liječenje na slobodi, odredit će se takvo liječenje.⁵⁶ Takve mogućnosti prilagođavanja liječenja stvarnim potrebama neubrojive osobe i pojednostavljeni postupak njezina „prebacivanja“ iz jednog oblika liječenja u drugi izvjesno će smanjiti broj prisilno smještenih osoba, a time i reducirati takvo ograničenje jednog od temeljnih ljudskih prava – prava na slobodu.

Konačno, ovakve novosti u regulativi položaja nebrojivih osoba koje predviđa Nacrt iziskuju minimalne izmjene odredaba ZKP/08 koje su upravo u zakonskoj proceduri: potrebno je samo predvidjeti mogućnost određivanja psihijatrijskog liječenja na slobodi kao alternativu određivanju prisilnog smještaja nebrojive osobe.

Iako nema nikakve dvojbe o potrebi zakonskog reguliranja obveznog psihijatrijskog liječenja nebrojivih osoba na slobodi, ostaje otvoreno pitanje: je li i, ako jest, u kojoj mjeri naš zdravstveni sustav spreman za ovakvo zakonsko rješenje?

3. ZAKLJUČAK

Zaključno se može reći da se Nacrtom, u odnosu na postojeći ZZODS, brojnim rješenjima nastoji unaprijediti zaštita osoba s duševnim smetnjama. Međutim, i dalje ostaje otvoreno pitanje mogu li predložena normativna poboljšanja dovesti i do poboljšanja stvarnog statusa osoba s duševnim smetnjama. Iskustva s provedbom sadašnjeg ZZODS-a ne daju previše razloga za optimizam. Osobito zbog dojma da je provedba ZZODS-a u dosadašnjoj praksi postupanja prema osobama s duševnim smetnjama, i to svih aktera koji u toj provedbi sudjeluju (suci, odvjetnici, skrbnici, psihijatri), još uvijek u velikoj mjeri tek puko zadovoljavanje zakonske forme. I upravo je to najgore što se u „životu“ jednog zakona može dogoditi, pogotovo ako je riječ o zakonu u funkciji zaštite neke ranjive kategorije osoba. Kada je riječ o osobama s duševnim smetnjama, onda se upravo radi o najslabijoj karici u bilo kojem društvu jer, za razliku od svih ostalih ranjivih skupina, osobe s duševnim smetnjama zbog svoje mentalne nekompetentnosti ili nedovoljne mentalne kompetentnosti nisu kadre same braniti svoje interese i štititi svoja prava. Stoga zakon postaje primarni zaštitni mehanizam za te osobe, ali samo pod uvjetom da se u toj funkciji i primjenjuje. U suprotnom, ako se njegovom primjenom nastoji samo zadovoljiti isprazna forma lišena stvarnog, bitnog sadržaja, stvara se privid zaštite prava osoba s duševnim smetnjama. A privid može biti tek paravan iza kojeg se nesmetano krše njihova ljudska prava. Drugim riječima, nema

⁵⁶ Takvom mogućnošću zamjene prisilnog smještaja psihijatrijskim liječenjem na slobodi otklonjena je potreba propisivanja uvjetnog otpusta.

tog zakona koji može popraviti pravni status bilo koje kategorije osoba ako se primjenjuje formalistički, i pri tome se zanemaruje bit. A što je ovdje bit koju nikada ne bi trebalo zaboraviti? Riječ je o osobama na koje se poput elementarne nepogode sručila bolest koja im je u većoj ili manjoj mjeri oduzela sposobnost da donose odluke o sebi i koje zbog toga iznimno pate.⁵⁷ A društvo je putem ZZODS-a povjerilo vrlo zahtjevnju zadaću psihijatrima da liječenjem pomognu tim osobama da što kraće i manje pate, a pravnicima vrlo odgovoran zadatak da osiguraju i nadziru da se tijekom liječenja poštuju sva njihova ljudska prava i da za vrijeme njihove mentalne nesposobnosti umjesto njih donose odluke koje bi i one donijele da su to u mogućnosti. Mogu li se uopće takvi zahtjevni i odgovorni zadaci postići ako se osobama s duševnim smetnjama ne posveti puna pažnja, ako se pravnici ne osposobe za kompetentnu raspravu s psihijatrima, ako se svi akteri ne pridržavaju ne samo slova već i duha zakona i osobito ako se prema njima ne odnosimo s poštovanjem, empatijom, zainteresiranošću i razumijevanjem? Stoga na samom kraju valja podsjetiti i ponoviti da niti jedna pravna regulativa, ni postojeća, ni buduća, neće pružiti stvarnu zaštitu osobama s duševnim smetnjama ako je istovremeno ne prati opća društvena klima u kojoj je poštovanje njihove osobnosti, autonomije, prava na samoodređenje i osobito poštovanje njihova dostojanstva *condicio sine qua non* svakog postupanja prema njima.

LITERATURA

1. A.K. i L. protiv Hrvatske, br. 37956/11 od 8. siječnja 2013.
2. Bartlett, P. i Sandland, R.: *Mental Health Law Policy and Practice*, Oxford University Press, Oxford, New York, 2003.
3. Berková protiv Slovačke, br. 67149/01 od 24. lipnja 2009.
4. COE Resolution 1460 (2005) on Improving the Response to Mental Health Needs in Europe od 24. lipnja 2005.
5. COE Resolution 1946 (2013) on Equal Access to Health care od 26. lipnja 2013.
6. COE Resolution ResAP(2005)1 on Safeguarding Adults and Children with Disabilities Against Abuse od 2. veljače 2005.
7. COEU Resolution (2000/C 218/03) on Action on Health Determinants od 29. lipnja 2000.
8. COEU Resolution (2000/C 86/01) on the Promotion of Mental Health od 18. studenoga 1999.
9. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention of Human Rights and Biomedicine, Oviedo, April 4, 1997 (Council of Europe, European Treaties ETS No. 164)
10. Daleko od očiju, Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj, Mental Disability Advocacy Center (MDAC) i Udruga za društvenu afirmaciju osoba s duševnim smetnjama (SJAJ), 2011.

⁵⁷ O svakodnevic i onome što proživljavaju osobe s duševnim smetnjama vidi u: Dunn, S., Morrison, B. i Roberts, M. (ur.): *Mind Readings: Writers' Journeys through Mental States*, Minerva, London, 1996.

11. Declaration of Madrid, prihvaćena na Općoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja u Madridu, Španjolska, 25. kolovoza 1996.
12. Developments in the Law: The Law of Mental Illness, Harvard Law Review, vol. 121, br. 4, 2008., str. 1114.-1191.
13. Dunn, S., Morrison, B. i Roberts, M. (ur.): Mind Readings: Writers' Journeys through Mental States, Minerva, London, 1996.
14. Đorđević v. Hrvatska, br. 41526/10 od 24. srpnja 2012.
15. Đurđević, Z. i Ivičević-Karas, E. (ur.): Presude Europskog suda za ljudska prava protiv RH u kaznenim predmetima, Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Zagreb, 2013.
16. 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 (ur. Štrkalj-Ivezić, S. i sur.), Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje, Zagreb, 2011., str. 27.-34.
17. Frueh, J.: The Anders Brief in Appeals from Civil Commitment, The Yale Law Journal, vol. 118, br. 2, 2008., str. 272.-318.
18. Good, B., J.: Culture and Psychopathology: Directions for Psychiatric Anthropology, objavljeno u: Schwartz, T., White, G. M. i Lutz, C. A.: New Directions in Psychological Anthropology, Cambridge University Press, 1995., str. 181.-205.
19. Goreta, M. i Jukić, V. (ur.): Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ideje, norme, implementacija, evaluacija, Psihijatrijska bolnica Vrapče i Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
20. Goreta, M.: Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj teoriji i praksi, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
21. Goreta, M.: Nekoliko napomena o potencijalnom unaprjeđenju primjene ZZODS-a prema aktualno važećim rješenjima i nekoliko prijedloga za promjene rješenja koja su se u dosadašnjoj primjeni ZZODS-a pokazala nezadovoljavajućim (materijal od 8. siječnja 1999.g.)
22. Grđan, K. i sur.: Zaštita i afirmacija osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj, analiza zakonodavstva s preporukama izmjena i dopuna, Udruga korisnika ustanova duševnog zdravlja (SJAJ), Zagreb, 2006.
23. Groethe, R.: Overt Dangerous Behavior as a Constitutional Requirement for Involuntary Civil Commitment of the Mentally Ill, The University of Chicago Law Review, vol. 44, br. 3, 1977., str. 562.-593.
24. Hendriks, A.: UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, European Journal of Health Law, vol. 14, no. 3, 2007., str. 273.-280.
25. Hillman, A. A.: Protecting Mental Disability Rights: A Success Story in the Inter-American Human Rights System, Human Rights Brief, vol. 12, br. 3, 2005., str. 25.-28.
26. Horwitz, A. V.: The Social Control of Mental Illness, Percheron Press, Eliot Werner Publications, New York, 2002.
27. Hutchison Reid protiv Ujedinjenog Kraljevstva, br. 50272/99 od 20. veljače 2003.
28. Izvješće o radu pravobraniteljice za osobe s invaliditetom, 2012., www.posi.hr, str. 164.-179.
29. Kallert, W. T. i Torres-Gonzales, F.: Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe, Peter Lang, Frankfurt, 2006.
30. Kazneni zakon, Narodne novine br. 110/1997.
31. Kazneni zakon, Narodne novine br. 125/2011. i 144/2012.
32. King, N., A.: The Role of Culture in Psychology: A Look at Mental Illness and the „Cultural Defense“, Tulsa Journal of Comparative and International Law, vol. 7, 1999., str. 199.-218.
33. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, Narodne novine - Međunarodni ugovori br. 6/2007., 3/2008., 5/2008.

34. Korać-Graovac, A., Čulo, A.: Konvencija o pravima osoba s invaliditetom - novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama, Zbornik Pravnog fakulteta Zagreb, vol. 61, br. 1, 2011., str. 99.-106.
35. Lashin protiv Rusije, br. 33117/02 od 22. travnja 2013.
36. Lewis, D. A. i dr.: The Negotiation of Involuntary Civil Commitment, Law & Society Review, vol. 18, br. 4, 1984., str. 629.-650.
37. M.S. protiv Hrvatske, br. 36337/10 od 25. srpnja 2013.
38. M.S. v. Hrvatska, br. 36337/10 od 25. travnja 2013.
39. Matter protiv Slovačke, br. 31534/96 od 5. srpnja 1999.
40. Milas-Klarić, I.: Pravni status skrbnika kao jamstvo zaštite ljudskih prava odraslih, Zagreb, 2010., str. 233.-265.
41. Morse, S. J.: A Preference for Liberty: The Case against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered, California Law Review, vol. 70, br. 1, 1982., str. 54.-106.
42. Nowicka protiv Poljske, br. 30218/96 od 3. ožujka 2003.
43. Obiteljski zakon, Narodne novine br. 116/2003., 17/2004., 136/2004., 107/2007., 57/2007., 61/2011. i 25/2013.
44. Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima od 19. listopada 2005., web. stranice Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta: public.mzos.hr/ fgs.axd?id=14234.
45. Osnovni krivični zakon Republike Hrvatske, Narodne novine br. 31/1993., 39/1993., 108/1995., 16/1996. i 28/1996.
46. Plesó protiv Mađarske, br. 41242/08 od 2. siječnja 2013.
47. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care, Annex to GA Res. 46/119 of 17. December 1991.
48. Reich, W.: Psychiatric Diagnosis as an Ethical Problem, objavljeno u: Bloch, S., Chodoff, P. (ur.): Psychiatric Ethics, Oxford University Press, Oxford, New York, Melbourne, 1999., str. 193.-224.
49. Report to the Croatian Government on the visit to Croatia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2007., <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2008-29-inf-en.pdf>.
50. Rose, D., Fleischmann, P., Wykes, T., Leese, M. i Bindman, J.: Patients' Perspectives on Electroconvulsive Therapy: Systematic Review, British Medical Journal, vol. 326, 2003., str. 1363.-1367.
51. Salize, H. J., Dreßing, H. i Peitz, M.: Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States, Final Report, European Commission - Health and Consumer Protection, Directorate-General, Mannheim, 2002.
52. Sass, H. M.: Advance Directives for Psychiatric Patients? Balancing Paternalism and Autonomy, Wiener Medizinische Wochenschrift, vol. 153, br. 17-18, 2003., str. 380.-384.
53. Shtukaturov protiv Rusije, br. 44009/05 od 27. ožujka 2008.
54. Srebnik, D., Kim, S. Y.: Competence for Creation, Use and Revocation of Psychiatric Advance Directive, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, vol. 34, br. 4, 2006., str. 501.-510.
55. Stanev protiv Bugarske, br. 36760/06 od 17. siječnja 2012.
56. Sýkora protiv Češke, br. 23419/07 od 22. veljače 2013.
57. Ten Basic Principles with Annotations Suggesting Selected Actions to Protect their Implementation, WHO/MNH/MND/96.9; Recommendation 1235 (1994) on Psychiatry and Human Rights. Tekst prihvaćen na Parlamentarnoj skupštini 12. travnja 1994.
58. UN General Assembly Resolution 65/1 on Keeping the Promise: United to Achieve the Millennium Development Goals od 22. rujna 2010.

59. UN General Assembly Resolution 65/238 on Scope, Modalities, Format and Organization of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases od 24. prosinca 2010.
60. UN General Assembly Resolution 65/95 on Global Health and Foreign Policy od 9. prosinca 2010.
61. UN General Assembly Resolution A/RES/46/119 on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care od 17. prosinca 1991.
62. UN General Assembly Resolution A/RES/58/173 on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health od 22. prosinca 2003.
63. Varbanov protiv Bugarske, br. 31365/96 od 5. listopada 2000.
64. WHO Resolution EB130.R8 on Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level od 20. siječnja 2012.
65. WHO Resolution EB61.R28 on Review of the Medium-Term Programme for Mental Health od 24. siječnja 1978.
66. WHO Resolution WHA28.84 on Promotion of Mental Health od 29. svibnja 1975.
67. WHO Resolution WHA39.25 on Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders od 16. svibnja 1986.
68. WHO Resolution WHA55.10 on Mental Health: Responding to the Call for Action od 18. svibnja 2002.
69. WHO Resolution WHA66.8 on Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 od 27. svibnja 2013.
70. Widdershoven, G. i Berghmans, R.: Coercion and Pressure in Psychiatry: Lessons from Ulysses, *Journal of Medical Ethics*, vol. 33, br. 10, 2007., str. 560.-563.
71. Winterwerp protiv Nizozemske, br. 6301/73 od 24. listopada 1979.
72. Zakon o duševnom zdravlju Republike Slovenije
73. Zakon o hospitalizaciji psihički bolesnih osoba Republike Austrije
74. Zakon o izvršavanju kazne zatvora (pročišćeni tekst), *Narodne novine* br. 190/2003., 76/2007., 27/2008., 83/2009., 18/2011., Odluka Ustavnog suda br. U-I-3843/2007 od 6. travnja 2011. objavljena u *Narodnim novinama* br. 48/2011., 125/2011. i 56/2013.
75. Zakon o kaznenom postupku (pročišćeni tekst), *Narodne novine* br. 121/2011., Odluka Ustavnog suda br. U-I-448/2009, U-I-602/2009, U-I-1710/2009, U-I-18153/2009, U-I-5813/2010, U-I-2871/2011 od 19. srpnja 2012. objavljena u *Narodnim novinama* br. 91/2012., 143/2012. i 56/2013.
76. Zakon o mentalnom zdravlju Britanske Kolumbije u Kanadi [RSBC 1996]
77. Zakon o mentalnom zdravlju Velike Britanije od 19. srpnja 2007.
78. Zakon o radu, *Narodne novine* br. 149/2009., Odluka Ustavnog suda br. U-VIIR-4696/2010 od 20. listopada 2010. objavljena u *Narodnim novinama* br. 119/2010., 61/2011. i 73/2013.
79. Zakon o socijalnoj skrbi, *Narodne novine* br. 33/2012.
80. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, *Narodne novine* br. 111/1997., 27/1998., 128/1999. i 79/2002.
81. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine* br. 150/2008., 155/2009., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011., 12/2012., Odluka Ustavnog suda br. U-I-4633/2010 od 6. ožujka 2012. objavljena u *Narodnim novinama* br. 35/2012., 70/2012., 144/2012. i 82/2013.
82. Zakon o mentalnom zdravlju Portugala br. 36/98 od 24. srpnja 1998.
83. Zemaľjski zakon o psihički bolesnim osobama, njemačka savezna države Rheinland-Pfalz
84. Zigmond, A.: Deprivation of Liberty Safeguards and the Mental Capacity Act, *British Medical Journal*, vol. 338, br. 7706, 2009., str. 1284.-1285.

Summary

NOVELTIES IN THE ACT ON THE PROTECTION
OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS

In this paper, after a brief historical overview of the adoption of the first Act on the Protection of Persons with Mental Disorders of 1997 and presenting the reasons for its amendments in 1999 and 2002, the authors go on to analyse and present a critique on its implementation to date. The central part of the paper presents and comments on the most significant novelties introduced by the new Draft Act on the Protection of Persons with Mental Disorders.