

# **OBEZBEDIVANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSOBAMA SA MENTALNIM SMETNJAMA U SKLADU SA LJUDSKO-PRAVNIM STANDARDIMA**

Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM  
Institut društvenih nauka

Beograd, 2017





**Izdavač**

Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM  
Institut društvenih nauka

**Za izdavače**

Dr Marta Sjeničić  
Dr Goran Bašić

**Urednici**

Dr Marta Sjeničić  
Institut društvenih nauka  
Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM

Milan Marković  
Ujedinjene nacije

**Recenzenti**

Prof. dr Mirko Filipović  
Prof. dr Olga Jović Prlainović

**Korespondencija**

Dr Marta Sjeničić  
e-mail: [office@supram.org.rs](mailto:office@supram.org.rs)  
Web: [www.supram.org.rs](http://www.supram.org.rs)

**Dizajn i prelom:** Đorđe Obradović

**Lektura** Milica Šarenac

**Štampa:** Finegraf, Bgd

**Tiraž:** 500 komada

Ovaj tematski zbornik rezultat je projekta „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija uz sufinansiranje Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije.

Sadržaj tematskog zbornika isključivo je odgovornost SUPRAM-a, i ni na koji način ne predstavlja stavove Evropske unije, niti Kancelarije za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije.



# **OBEZBEDIVANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSOBAMA SA MENTALNIM SMETNJAMA U SKLADU SA LJUDSKO-PRAVNIM STANDARDIMA**

Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM  
Institut društvenih nauka  
Beograd, 2017



# SADRŽAJ

## Uvod

Ana Janković-Jovanović,

### *Prava osoba sa mentalnim teškoćama*

<i>u rezidencijalnim ustanovama – najznačajniji standardi</i> .....	17
Uvod.....	18
Prava pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama .....	25
Ograničenja prava pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama .....	31
Lečenje pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama.....	46
Organizacija bolnice/ustanove .....	51
Zaključak .....	57
<b>Rights of the persons with mental disabilities in residential institutions</b>	
– the most important standards .....	58

## Dr Hajrija Mujović,

### *Aspekti medicinskog i procesnog prava u zaštiti*

<i>korisnika usluga ustanova rezidencijalnog smeštaja</i> .....	59
Uvod.....	60
Pravni izvori i razvoj regulative .....	61
Materijalno - pravni položaj korisnika usluga - pacijenta .....	68
Primer dobre prakse u pružanju rezidencijalnih usluga.....	72
Procesni položaj korisnika usluga - pacijenta .....	76
Problemi u praktičnom radu sa korisnicima-rezidentima.....	78
Posebno o sudskim sporovima vezanim za povrede prava .....	82
Zaključak .....	85
<b>Aspects of medical and procedural law in protection of users of residential care.....</b>	87

<b>Dr Tatjana Voskresenski,</b>	
<i>Izazovi i preporuke u primeni regulative u oblasti</i>	
<i>mentalnog zdravlja sa stanovišta</i>	
<i>kliničke prakse u psihijatrijskim ustanovama.....</i>	<i>89</i>
Uvod.....	90
Međunarodni i nacionalni dokumenti.....	90
Organizacija psihijatrijskih ustanova u Srbiji.....	91
Klinička praksa u psihijatrijskim institucijama .....	92
Zaključak .....	99
<b>Experience and recommendations</b>	
<b>in the field of mental health from</b>	
<b>the aspect of clinical practice</b>	
<b>in psychiatric institutions.....</b>	<b>100</b>
<b>Dr Marta Sjeničić, Marina Jovanović,</b>	
<i>Međusektorska saradnja u pružanju usluga</i>	
<i>i zaštita prava korisnika rezidencijalnog smještaja.....</i>	<i>101</i>
Saradnja među sistemima .....	103
Saradnja u procesu deinstitucionalizacije.....	106
Međusektorska saradnja pri zbrinjavanju osoba u ustanovama.....	109
Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom .....	112
Nacionalna regulativa .....	114
Zaključak .....	119
<b>Intersectoral cooperation in delivery of services</b>	
<b>and right protection of residents in health and social institutions .....</b>	<b>120</b>
<b>Dr Marko Milenković,</b>	
<i>Inspeksijski i stručni nadzor nad pružanjem</i>	
<i>usluga u oblasti mentalnog zdravlja.....</i>	<i>121</i>
Uvod.....	122
Osnovne garancije prava osoba sa invaliditetom.....	123
Inspeksijski nadzor u našem pravu .....	126
Organizacija inspeksijskog i stručnog nadzora u oblasti zdravstva .....	130
Organizacija inspeksijskog i stručnog nadzora u oblasti socijalne zaštite ...	136
Zaključna razmatranja sa preporukama za unapređenje procesa nadzora..	141
<b>Inspections and services</b>	
<b>related to mental health in serbia .....</b>	<b>143</b>

<b>Mr Jelena Unijat,</b>	
<i>Uloga nezavisnih nadzornih mehanizama u prevenciji torture u zatvorenim institucijama, sa posebnim naglaskom na zdravstvenoj zaštiti .....</i>	145
Prevencija torture.....	146
Bitni elementi i vrste kontrole .....	147
Sistem nezavisnog monitoringa zatvorenih ustanova – pojam i značaj .....	148
Monitoring zdravstvene zaštite u zatvorenim ustanovama.....	149
Praksa nacionalnog mehanizma za prevenciju torture republike srbije u monitoringu pružanja zdravstvene zaštite u zatvorenim ustanovama .....	151
Zaključak .....	155
<b>The role of independent supervisory mechanisms in prevention of torture in closed institutions, with a special emphasize for health care .....</b>	157
<b>Dr Isidora Jarić, Dr Miloš Milenković,</b>	
<i>Percepције испитаника о стандардима пруњања здравствених услуга и поштовања стандарда људских права особа у резиденцијалним установама.....</i>	159
Uvod.....	160
Metod i uzorak.....	160
Rezultati istraživanja.....	171
Institucionalni standardi.....	171
Institucionalni odgovori na potrebe korisnika .....	178
Zaključak .....	187
<b>Perceptions of interviewees on the standards of providing health services and respecting the standardd of human rights of residents in residential institutions .....</b>	192
<b>Dr Ranko Sovilj, prikaz projekta:</b>	
<i>Стандарди у пруњању здравствене заштите особама смећеним у резиденцијалне установе.....</i>	197
Overview of the project 'Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia' .....	208



Zdravstveni sistem Republike Srbije prepoznaće preko petnaest kategorija građana Srbije koji se, po različitim kriterijumima, svrstavaju u „osetljive društvene grupe“. Jedna od njih su osobe sa invaliditetom i mentalno nedovoljno razvijena lica. Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom definiše osobe sa invaliditetom kao one koje imaju trajna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja, koja u interakciji sa raznim preprekama mogu ometati njihovo puno i efikasno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima. U skladu sa *Smernicama* Saveta Evrope donetim od strane Komiteta ministara, lica sa mentalnim smetnjama imaju pravo da budu zbrinuta u najmanje restriktivnom dostupnom okruženju, uz lečenje koje je najmanje restriktivno ili najmanje narušava integritet, a stoji na raspolaganju, uzimajući u obzir njihove zdravstvene potrebe i potrebu da se zaštitи sigurnost drugih ljudi.

Dokumenti Svetske zdravstvene organizacije, kao i Evropske unije (Deklaracija mentalnog zdravlja SZO za Evropu (2005), kao i Zeleni papir Evropske komisije (2005), koji je bio prva podrška ovoj Deklaraciji) usmereni su na promociju mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja. Isto se odnosi na Evropski pakt za mentalno zdravlje i blagostanje (2008), kao i na Evropski okvir za Akciju u oblasti mentalnog zdravlja i blagostanja (2013-2016). U okviru ovog poslednjeg je, pored rada na prevenciji, formiran i zajednički radni paket država članica, koji je bio fokusiran na transformaciju institucionalnog zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u brigu u zajednici.

Između prevencije mentalnih poremećaja i usluga zbrinjavanja u zajednici osoba sa mentalnim smetnjama, postoji, u Srbiji još uvek vrlo čest, tradicionalni vid brige kroz smeštaj osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama u ustanove zdravstvene i socijalne zaštite. U njima se pacijentima/korisnicima obezbeđuju usluge zdravstvene i socijalne zaštite, kao i zadovoljavanja osnovnih životnih potreba. Pored toga, ove ustanove pružaju mogućnosti okupacionih i drugih terapija koje, osim terapijskog dejstva, daju korisnicima/pacijentima osećaj uključenosti u društvo. Institucionalno zbrinjavanje se, međutim, u Srbiji, ali i u drugim zemljama, pokazalo kao nedovoljno i neadekvatno, jer ne omogućava ostvarivanje prava ljudi smeštenih u ustanove, i odvaja ih iz redovnih životnih tokova.

Evropska grupa eksperata se bavila pitanjima i rešenjima tranzicije od institucionalnog ka zbrinjavanju u zajednici, pa je 2012. donela *Jedinstvene evropske smernice o prelasku sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u okviru zajednice*, koje sadrže praktične savete o tome kako obezbediti održivi prelazak

sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u porodici i zajednici, za pojedince koji žive u ustanovama, i kako obezbediti prihvatljive uslove života za one koji žive u zajednici, često bez odgovarajuće podrške. Kako bi se postiglo potpuno socijalno uključivanje, *Smernice* su rađene u konsultaciji sa službenicima (ali su i namenjene istima) čije nadležnosti pokrivaju oblasti programske politike, kao što su zdravlje, stanovanje, obrazovanje, kultura, zapošljavanje i saobraćaj. Ovakav koncept pokazuje da je za uključivanje u zajednicu potrebno razviti usluge na različitim nivoima i u sistemima društvenog života, kao podršku osobama sa mentalnim smetnjama.

Životne potrebe osoba sa invaliditetom veće su od potreba opšte populacije, jer im je potrebna pomoć društva, pojedinaca, porodice, podrška različitih servisa u društvu, da bi mogle da ostvare redovne životne aktivnosti i potrebe, ili bar deo njih - i to je sveobuhvatno izraženo pravima garantovanim UN Konvencijom. Za osobe sa invaliditetom, kao i za opštu populaciju, nije relevantno koji sistem pruža određenu vrstu usluga ili ko je finansira, već da tu uslugu dobiju. Sistemi i usluge treba da budu koncentrisani oko korisnika i budu mu dostupni, i to kroz lako ostvarljive procedure, kako bi se prevenirala situacija u kojoj korisnik ili njegova porodica lutaju kroz sisteme nastojeći da zadovolje svoje potrebe. Za osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, ključna je povezanost sistema zdravstvene i socijalne zaštite, ali i njihova usaglašenost sa sistemom pravosuđa, sistemom finansijskih usluga. Ovo je potrebno kada se radi o zbrinjavanju osoba sa invaliditetom u ustanovama za smeštaj, a naročito u procesu uključivanja korisnika u zajednicu, odnosno u procesu deinstitucionalizacije. Osim toga, potreban je stalni rad na implementaciji regulatorne povezanosti i na unapređenju različitih servisa u zajednici, kako bi osobe sa intelektualnim i mentalnim poteškoćama mogle lakše da se uključe u socijalno okruženje.

Različiti nacionalni strateški, zakonski i podzakonski akti planiraju razvoj ili daju pravni osnov razvoju usluga u zajednici. To su, svakako: Strategija razvoja socijalne zaštite, Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, Zakon o socijalnoj zaštiti, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom, Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, Zakon o socijalnom stanovanju, i drugi zakoni i prateći podzakonski akti. Nijedan od ovih akata ne predstavlja, međutim, sveobuhvatnu strategiju deinstitucionalizacije, odnosno,

transformacije institucionalnog u zbrinjavanje u zajednici, niti daje akcioni plan sa jasno postavljenim rokovima i nadležnostima u ovom smeru.

Zakon o socijalnoj zaštiti uspostavlja, doduše, pravni osnov za razvoj različitih oblika zbrinjavanja u zajednici i omogućava subjektima u javnom i privatnom sektoru pružanje ovih usluga, pod uslovom da ispunjavanju strukturne i funkcionalne standarde, što se utvrđuje kroz postupak licenciranja. Zdravstveni sistem usluge u zajednici omogućava kroz Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, davanjem osnova formiranju centara za mentalno zdravlje u zajednici, ali i drugih vrsta usluga, čije uvođenje, međutim, nije obavezno. Ova dva sistema (zdravstveni i socijalni), kao ključni u zbrinjavanju osoba sa mentalnim smetnjama nemaju zajedničku strategiju deinstitucionalizacije, te ovaj proces ide dosta sporo. Do uspostavljanja kompletног pravnog okvira za razvoj usluga u zajednici i njegove implementacije u onoj zadovoljavajućoj meri, ustanove zdravstvene i socijalne zaštite u kojima se zbrinjavanju ove osobe će postojati. I kada počne sistematično da se sprovodi, ceo proces tranzicije, usled svojih osobenosti, finansijskih i organizacionih prepreka i izazova, ne može trajati kratko. Zbog toga, treba obezbediti da se usluge osobama sa mentalnim smetnjama i u institucionalnom okruženju pružaju u skladu sa standardima ljudskih prava. Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom, koju je Srbija ratifikovala, daje jasan pregled prava koje imaju osobe sa invaliditetom.

U današnje vreme pitanja zaštite korisnika/pacijenata zbrinutih u ustanove postaju aktuelna ne samo sa gledišta njihovog opшteg zdravstvenog stanja, nego i procene njihove sposobnosti odlučivanja koja direktno uslovljava ostvarivanje ili eventualno gubitak određenih građanskih prava iz oblasti zdravstvene i socijalne zaštite, radnih i porodičnih odnosa, dakle, sveukupnih ljudskih prava. UN Konvencija, pored ostalih prava, garantuje i pravo osoba sa invaliditetom na uživanje poslovne sposobnosti. Nacionalno zakonodavstvo uređuje pitanje preduzimanja mera zdravstvene zaštite uz saglasnost pacijenta. Uslov postojanja poslovne sposobnosti, međutim, nije potreban da bi pacijent dao saglasnost na preduzimanje medicinske mere. Medicinska mera se, bez saglasnosti prethodno informisanog lica sa mentalnim smetnjama, može sprovoditi samo pod uslovima utvrđenim zakonom. Lice sa mentalnim smetnjama koje razume prirodu, posledice i rizik predložene medicinske mere i koje, na osnovu toga, može da doneše odluku i izrazi svoju volju, može se podvrgnuti medicinskom postupku samo uz svoj pisani pristanak. U tom smislu treba praviti jasnu razliku između poslovne sposobnosti i sposobnosti za rasuđivanje, odnosno, imati u vidu dvojni

pristup, sa stanovišta procesnog i materijalnog prava. Pored toga, treba praviti jasnu razliku između saglasnosti na prijem u ustanovu i saglasnosti na lečenje.

Suštinski bitan element svake kontrole je da ona bude nezavisna i nepristrasna, što proizilazi i iz *Principa UN zaštite svih lica pod bilo kojom vrstom pritvora ili zatvora*, u kojima se navodi kako – da bi se kontrolisalo striktno poštovanje relevantnih zakona i propisa, mesta za zadržavanje moraju da budu redovno posećivana od strane kvalifikovanih i iskusnih lica koja imenuje organ drugačijem od organa nadležnog za upravu mesta za pritvaranje ili zatvaranje. Ovaj uslov se ne može ispuniti kada se radi o unutrašnjoj kontroli, imajući u vidu da je ona po pravilu u nekakvoj vezi sa ustanovom koju kontroliše. Ova vrsta kontrole se više svodi na administrativnu inspekciju, koja se ograničava na kontrolu rada osoblja i usklađenost procedura sa nacionalnim propisima, ne uključujući i aspekte zaštite ljudskih prava lica lišenih slobode i usklađenost sa međunarodnim standardima. Stoga je ovu vrstu kontrole nužno dopuniti spoljnom nezavisnom kontrolom. Spoljni mehanizmi su inspekcijski i stručni nadzor koji u Srbiji sprovodi nadležno ministarstvo, ali i kancelarije ombudsmana i nacionalne institucije za ljudska prava.

Široki mandat ovih poslednjih – da nadgledaju i promovišu poštovanje ljudskih prava, kombinovano sa njihovim ovlašćenjem da ispituju pojedinačne pritužbe, često uključuje mogućnost posećivanja i nadgledanja mesta za zadržavanje. Posete mestima za zadržavanje često se preduzimaju da bi se proverili neki navodi i ispitala neka individualna pritužba, pre nego da bi se preventivno ispitali i procenili uslovi za zadržavanje u cilju predupređivanja budućih problema. Glavna okosnica spoljne kontrole su nezavisni spoljni mehanizmi za nadgledanje, koji mogu biti na nacionalnom (nacionalni mehanizmi za prevenciju torture, nevladine organizacije i sl.) ili na međunarodnom nivou (Komitet UN za sprečavanje torture, Potkomitet UN za prevenciju torture, Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovečnih ili ponižavajućih kazni ili postupaka, Specijalni izvestilac UN za torturu). Prednost nacionalnih kontrolnih mehanizama je u tome što im je dostupnost ustanova veća, jer je njihov mandat ograničen samo na državnu teritoriju. Oni stoga mogu redovnije posećivati ustanove, dok se međunarodni kontrolni mehanizmi samo periodično bave zatvorenim ustanovama na teritoriji jedne države (uglavnom na četiri godine), ali, sa druge strane, uživaju veći autoritet. Stoga su saradnja i prožimanje nadležnosti nacionalnih i međunarodnih spoljnih mehanizama kontrole veoma značajni za poboljšanje položaja lica smeštenih u zatvorene ustanove, a njihovi

nalazi i preporuke se mogu dopunjavati u cilju što većeg podsticaja zatvorenih ustanova da dostignu uslove koji su u potpunosti uskladieni sa standardima.

Uvid u napred navedene aspekte poštovanja ljudskih prava u pružanju usluga zdravstvene zaštite (kao i drugih usluga) osobama sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama smeštenim u socijalne i zdravstvene ustanove, postignut je detaljnije sprovođenjem projekta „Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijalne ustanove Srbije, u skladu sa ljudsko-pravnim standardima“, koji su finansirale Evropska unija i Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Republike Srbije. Nositelj projekta je Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – Supram iz Beograda, koje je projekt sprovelo zajedno sa Udruženjem za unapređenje mentalnog zdravlja „Duševna oaza“, iz Vršca. Na projektu je angažovano više eksperata iz različitih oblasti koji se bave ljudskim pravima, zdravstvenom zaštitom, mentalnim zdravljem, sociologijom i antropologijom.

Projekat je imao trostruki uticaj: na nivo istraživanja, stepen prakse i nivo kreiranja politike i zakona. Aktivnosti predviđene projektom imaju za cilj da utiču na znanje koje postoji u pogledu položaja osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama, njihovim potrebama i pravima u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Teoretski i naučni doprinos ovog projekta je u informisanju kako naučne zajednice, tako i donosilaca odluka - o datom problemu i mogućem rešenju. Ovaj tematski zbornik rezultat je tog projekta, i bavi se standardima ljudskih prava u pristupu osoba sa invaliditetom zdravstvenoj zaštiti. Zbog toga je važno razjasniti da zdravstveni tretman koji povređuje uslove iz Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, bilo kroz prinudu ili diskriminaciju, ne može biti legitiman ili opravdan doktrinom medicinske neophodnosti. Studija se bavi konkretizacijom prava utvrđenih Konvencijom, kroz praktične preporuke za svakodnevno zdravstveno zbrinjavanje lica sa mentalnim smetnjama smeštenim u ustanove.

Projektom je nastojano da se postigne konkretni i direktni uticaj na tekuće prakse u odnosu na položaj i tretman osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnom smeštaju i pružanju zdravstvene zaštite njima, i to je postignuto kroz dva okrugla stola, konferenciju i pet jednodnevnih treninga u rezidencijalnim ustanovama, sa velikim brojem prisutnih učesnika. Time su ostvareni rezultati u podizanju svesti, unapređenju znanja i povećanju senzibiliteta zdravstvenog osoblja i negovatelja u rezidencijalnim ustanovama, kao i opšte javnosti, u oblasti standarda ljudskih prava, standarda ponašanja i poštovanja autonomije

i integriteta osoba sa mentalnim smetnjama. Opravdanost projekta ogleda se i u promovisanju metoda za unapređeno odlučivanje i sprovođenje zakona i politici donosioca odluka.

# **PRAVA OSOBA SA MENTALNIM TEŠKOĆAMA U REZIDENCIJALNIM USTANOVAMA – NAJZNAČAJNIJI STANDARDI**

Ana Janković-Jovanović\*

*Rad predstavlja prikaz prikupljenih relevantnih međunarodnih dokumenata i standarda koji direktno ili indirektno dotiču problematiku tretmana, ljudskih prava i autonomije osoba sa mentalnim teškoćama u rezidencijalnim ustanovama. Navedeni su standardi u vezi sa očuvanjem dostojanstva i integriteta osoba sa mentalnim teškoćama, standardi zabrane torture i zlostavljanja, nediskriminacije, prava ovih lica na zdravstvenu zaštitu, uključujući informisanje o pravima pacijenata, izbor lekara, obaveštavanje o bolesti i lečenju, neophodnom pristanku na lečenje, poverljivosti i tajnosti pacijentovih podataka, zatim, standardi u vezi zaštite prava pacijenata sa mentalnim teškoćama, ali i standardi u vezi sa ograničenjem prava pacijenata, u vidu prisilne hospitalizacije, manuelnog, mehaničkog i hemijskog sputavanja, i mnogi drugi.*

**Ključne reči:** mentalne teškoće, ljudska prava, ograničenje prava, lečenje, spu-tavanje

\* Ana Janković-Jovanović. Master ljudskih prava. Univerzitet u Londonu, UK.

## UVOD

Standardi koji utvrđuju položaj i način postupanja prema osobama sa mentalnim teškoćama u rezidencijalnim ustanovama utemeljeni su u velikom broju međunarodnih, regionalnih i nacionalnih instrumenata. Brojna su tela čiji je mandat praćenje ostvarivanja navedenih standarda i unapređenje položaja osoba sa mentalnim teškoćama, a zajednički cilj im je da se postigne ravnopravnost tih lica sa ostalim građanima, odnosno, da okolnost postojanja određene mentalne poteškoće, u većem ili manjem obimu, ne predstavlja razlog da budu tretirani kao građani drugog reda, a što je u praksi najčešće slučaj.

Posebno su značajni mehanizmi predviđeni Konvencijom Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom i mehanizmi predviđeni Konvencijom protiv torture i njenim Opcionim protokolom, kao i Specijalni izvestilac Ujedinjenih nacija protiv torture, Specijalni izvestilac za pravo na zdravlje i mehanizam Saveta Evrope za prevenciju torture. U tom pogledu, veoma su značajni nacionalni mehanizmi ustanovljeni na osnovu pojedinih međunarodnih instrumenata, među kojima se naročito ističe značaj Nacionalnog mehanizma za prevenciju torture (NPM). U Republici Srbiji poslove NPMa vrši Zaštitnik građana, u saradnji sa predstavnicima civilnog društva.

Ovaj rad predstavlja skraćeni prikaz publikacije objavljene u ediciji Zaštitnika građana pod nazivom „Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama – zdravstvena i socijalna zaštita“<sup>1</sup>, koju su priredili Milan M. Marković i Ana Janković-Jovanović.

Posebna pažnja posvećena je pravima, položaju i postupanju prema osobama sa mentalnim teškoćama koje su smeštene u rezidencijalnim ustanovama, bilo da su to velike psihijatrijske bolnice, psihijatrijska odeljenja u bolnicama opštег tipa, socijalne ustanove domskog tipa, domovi za stare, gerijatrijske ustanove, uključujući i gerijatro-psihijatrijsku detenciju.

### **Osnovna ljudska prava**

*Doktrina medicinske neophodnosti nastavlja da biva prepreka zaštiti od arbitarnih zloupotreba u zdravstvenoj zaštiti. Stoga je važno razjasniti da tretman koji je pružen kroz povredu uslova iz Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, bilo kroz prinudu ili diskriminaciju, ne može biti legitiman ili opravdan doktrinom medicinske neophodnosti.*

(Specijalni izvestilac UN za torturu i zlostavljanje)

---

<sup>1</sup> Milan M. Marković i Ana Janković-Jovanović, *Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama: zdravstvena i socijalna zaštita*, Zaštitnik građana Republike Srbije, 2017, Beograd.

*Države članice treba da promovišu mentalno zdravlje tako da podstaknu razvoj programa za podizanje svesti javnosti o prevenciji, prepoznavanju i lečenju mentalnih teškoća.*

(Komitet ministara Saveta Evrope)

*Savet za ljudska prava Ujedinjenih nacija, vođen svrhom i principima Povelje UN, potvrđuje obavezu država da promovišu i zaštite sva ljudska prava i osnovne slobode i da obezbede da politike i usluge vezane za mentalno zdravlje budu u skladu sa međunarodnim normama ljudskih prava.*

(Savet za ljudska prava Ujedinjenih nacija)

### ***Dostojanstvo i integritet***

Svaka osoba sa invaliditetom ima pravo na poštovanje svog fizičkog i mentalnog integriteta ravnopravno sa drugima.<sup>2</sup>

Države strane ugovornice obavezuju se da usvoje neposredne, efikasne i odgovarajuće mere da se podigne svest u celom društvu, uključujući na nivou porodice, o osobama sa invaliditetom, i *da se neguje poštovanje prava i dostojanstva osoba sa invaliditetom*.<sup>3</sup>

Sve osobe lišene slobode biće tretirane humano i uz poštovanje njihovog urođenog dostojanstva kao ljudskog bića.<sup>4</sup>

Sva zadržana lica, odnosno sva lica u bilo kom obliku detencije, treba da budu tretirana na human način, i uz poštovanje urođenog dostojanstva svakog čoveka.<sup>5</sup>

Lica sa mentalnim smetnjama imaju pravo da budu zbrinuta u najmanje restriktivnom okruženju koje je dostupno, uz lečenje koje je najmanje restriktivno ili najmanje narušava integritet, a koje stoji na raspolaganju, uzimajući u obzir njihove zdravstvene potrebe, i potrebu da se zaštiti sigurnost drugih ljudi.<sup>6</sup>

Psihijatrijski pacijenti treba da budu lečeni s poštovanjem i dostojanstvено, i to na bezbedan, humani način koji poštuje njihov izbor i samoodređenje. Odsustvo nasilja i zloupotreba, bilo osoblja nad pacijentima, bilo među samim pacijentima, predstavlja minimalni zahtev.<sup>7</sup>

2 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, čl. 17 (Zakon o potvrđivanju Konvencije: *Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori*, br. 42/2009).

3 *Ibid.*, čl. 8.

4 Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima, 1966, čl. 10.

5 Skup principa UN za zaštitu svih lica u detenciji ili zatvoru [A/RES/43/173 (1988)], princip 1.

6 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 8.

7 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tač. 37.

### **Zabrana torture i zlostavljanja**

Svaka država članica će se starati da upoznavanje i informisanje o zabrani torture bude sastavni deo obrazovanja... medicinskog osoblja... i ostalih lica koja na bilo koji način mogu učestvovati u čuvanju, saslušanju ili ophođenju sa nekom uhapšenom, ili pritvorenom ili zatvorenom osobom. Svaka država članica unosi spomenutu zabranu u utvrđena pravila ili uputstva u vezi s obavezama i dužnostima tih lica.<sup>8</sup>

Svaka država članica vrši sistematski nadzor nad pravilima, uputstvima, metodama i praksom saslušanja i nad odredbama u vezi sa čuvanjem i postupanjem na bilo koji način sa uhapšenim, pritvorenim ili zatvorenim licima na nekoj teritoriji pod njenom jurisdikcijom, a radi sprečavanja svakog slučaja torture.<sup>9</sup>

Svaka država članica obezbeđuje svakom licu koje tvrdi da je bilo podvrgnuto torturi na nekoj teritoriji pod njenom jurisdikcijom pravo da se žali nadležnim organima spomenute države koji će neodložno i nepristrasno ispitati slučaj. Predučeće se mere radi obezbeđenja zaštite lica koje se žalilo i lica kao svedoka od svakog lošeg postupanja ili bilo kakvog zastrašivanja zbog podnesene žalbe ili bilo kakve date izjave.<sup>10</sup>

Niko neće biti izložen zlostavljanju ili okrutnom, nehumanom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju, posebno niko neće biti podvrgnut medicinskim ili naučnim eksperimentima bez svoje saglasnosti. Države strane ugovornice će preduzeti sve efikasne zakonske, administrativne, sudske ili druge mere u cilju sprečavanja da osobe sa invaliditetom, ravnopravno sa drugima, budu izložene zlostavljanju ili svirepom, nehumanom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju.<sup>11</sup>

Svaka država članica treba da zabrani, predupredi i procesuira mučenje i zlostavljanje u svakom kontekstu zadržavanja ili kontrole, na primer, u zatvorima, bolnicama, školama, institucijama koje se bave negom dece, starih, osoba sa problemima mentalnog zdravlja ili onih sa mentalnim invaliditetom, u vojsci i drugim institucijama, kao i u kontekstima gde propuštanje države da se umeša hrabruje i pojačava opasnost ili privatno nanesenu povredu.<sup>12</sup>

8 Konvencija protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni ili poštupaka, čl. 10.

(Zakon o ratifikaciji Konvencije: *Službeni List SFRJ – Medunarodni ugovori*, br. 9/91)

9 *Ibid.*, član 11.

10 *Ibid.*, član 13

11 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 15.

12 Komitet Ujedinjenih nacija protiv torture, Opšti komentar broj 2, 2007, para.15.

Iako potpuno opravdani medicinski tretman može voditi do ozbiljnog bola ili patnje, medicinski tretman invazivne i nepovratne prirode, kada mu nedostaje terapeutika svrha ili ima za cilj ispravku ili umanjenje invaliditeta, može predstavljati torturu ili zlostavljanje ako se nametne ili primeni bez slobodnog i informisanog pristanka osobe u pitanju.<sup>13</sup>

Zahet za postojanjem namere u članu 1. Konvencije protiv torture može se uspešno prepostaviti kada je osoba diskriminisana na osnovu invaliditeta. Ovo je posebno relevantno u kontekstu medicinskog tretmana osoba sa invaliditetom, gde ozbiljne povrede i diskriminacija osoba s ainvaliditetom može biti maskirana kao „najbolja namera“ od strane zdravstvenih profesionalaca. Puki nemar u postupanju ne poseduje element namere pod članom 1. i može predstavljati zlostavljanje ako vodi do ozbiljnog bola i patnje.<sup>14</sup>

U vezi sa ulogom države, Specijalni izvestilac o torturi zaključuje da se zabrana torture ne odnosi samo na javne zvaničnike, kao što su organi za primenu sile u najužem smislu, već se može primeniti i na doktore, zdravstvene profesionalce i socijalne radnike, uključujući i one zaposlene u privatnim bolnicama, drugim institucijama i centrima u kojima su lica lišena slobode.<sup>15</sup>

Neodgovarajući životni uslovi i lečenje u psihijatrijskim bolnicama pacijente mogu veoma brzo dovesti do situacija koje se mogu kvalifikovati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje.<sup>16</sup>

Može se dogoditi da je linija koja razdvaja srazmernu fizičku silu primjenju radi kontrolisanja pacijenta od akata nasilja sasvim tanka. Ako se ta linija pređe, to je često rezultat nespremnosti i neznanja, a ne zle namere. U mnogim slučajevima osoblje jednostavno nije adekvatno opremljeno da interveniše u suočenosti sa uznenemirenim i/ili agresivnim pacijentima. Takođe, utvrđeno je da se pribegavanje sredstvima za sputavanje pacijenata obično smanjuje u onim ustanovama u kojima je rukovodstvo posebno aktivno i svesno upravo kada je reč o odlučivanju o tome da li će se takva sredstva primeniti.<sup>17</sup>

Imajući u vidu tešku prirodu njihovog posla, od ključne je važnosti da pomoćno osoblje bude pažljivo izabrano i da dobije odgovarajuću obuku, kako pre preuzimanja svojih dužnosti, tako i tokom obuke u službi. Nadalje, tokom

13 Specijalni izveštilac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008. para. 47.

14 *Ibid.* para. 49.

15 *Ibid.*, para. 51.

16 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tač. 32.

17 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tač. 38.

izvršavanja svojih zadataka, to osoblje mora biti pažljivo nadzirano i rukovođeno od strane stručnog zdravstvenog osoblja.<sup>18</sup>

Pravilna kontrola svih kategorija osoblja od strane uprave može takođe značajno doprineti sprečavanju zlostavljanja. Očigledno je da mora biti upućena jasna poruka da fizičko ili psihološko zlostavljanje pacijenata nije prihvatljivo, i da će biti vrlo strogo kažnjeno. Uopšte uzev, rukovodeće osoblje mora osigurati da terapijska uloga osoblja u psihijatrijskim ustanovama ne bude smatrana od drugorazrednog značaja u odnosu na bezbednost. Slično tome, pravila i praksa koja bi mogla stvoriti atmosferu napetosti između osoblja i pacijenata moraju biti revidirana na prikladan način.<sup>19</sup>

Postoji naročita zabrinutost zbog primene *elektrošok-terapije*, u njenoj nemo-difikovanoj formi, bez anestetika i miorelaksanata. Takav metod se ne može smatrati prihvatljivim u modernoj psihiatrijskoj praksi. Osim opasnosti od frakturna i drugih nepoželjnih posledica po zdravlje, sam proces je po sebi ponižavajući kako za pacijente, tako i za osoblje u pitanju.<sup>20</sup>

Potrebno je ustanoviti sistem nezavisnih istraga, u kojima će kvalifikovani forenzički lekari i psiholozi sprovoditi iscrpne istrage kada lekar koji je prethodno pregledao zadržano lice nađe osnov za sumnju da je to lice bilo žrtva torture ili zlostavljanja.<sup>21</sup>

Potkomitet UN za prevenciju torture naglašava da svaki oblik zastrašivanja ili odmazde prema licima lišenim slobode predstavlja kršenje obaveze države članice na saradnju sa Potkomitetom utvrđenu Opcionim protokolom uz Konvenciju UN protiv torture. Vlasti treba da obezbede da se u shodno članu 15. Opcionog protokola ne sprovode bilo kakve represalije nakon obavljenih poseća. Potkomitet zahteva da država članica omogući potpune informacije o tome šta je učinjeno u pogledu prevencije represalija prema zadržanim licima koja su Komitetu pružila informacije.<sup>22</sup>

Potkomitet UN za prevenciju torture preporučuje usvajanje odgovarajućih mera koje garantuju raspoloživost dovoljnog broja lekara kako bi se osiguralo da sva zadržana lica mogu biti pregledana, i da se obezbedi lekarima da rade nezavisno i da imaju obuku o ispitivanju i konstatovanju mogućih slučajeva torture ili zlostavljanja, u skladu sa odredbama *Istanbulskog protokola*. Takođe, ukoliko

18 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tač. 28.

19 *Ibid.*, tač. 31.

20 *Ibid.*, tačka 39.

21 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Paragvaju [CAT/OP/PRY/1 (2010)], tač. 98.

22 *Ibid.*, tač. 226.

je zadržano lice prošlo medicinski pregled, ime lekara i rezultati pregleda treba da budu zvanično zabeleženi. *Istanbulski protokol* treba koristiti kao instrument za poboljšanje medicinskih i psiholoških izveštaja i za prevenciju torture.<sup>23</sup>

Potkomitet preporučuje da svaka država treba da ima jasne instrukcije za lekare koji rade u ustanovama za lišenje slobode u cilju da nijedan potencijalni akt torture ili zlostavljanja ne bude prikriven ili zanemaren, kao i da mora biti prijavljen nadležnim organima. Medicinski pregledi treba da se obavljaju u strogoj tajnosti. Po pravilu, službenik obezbeđenja treba da bude van čujnog i vidnog dometa, u suprotnom, njihovo prisustvo treba da bude uneto u zdravstveni karton. Medicinski fajlovi se čuvaju u tajnosti.<sup>24</sup>

U tom smislu, SPT preporučuje da se sva lica lišena slobode budu informisana o svom pravu na podnošenje direktnе i poverljive žalbe organu nadležnom za upravljanje ustanovom za lišenje slobode, višim instancama i organima sa korektivnim ovlašćenjima. Informacije o ovom pravu treba da budu obezbeđene na jeziku koji mogu da razumeju, i to u pisanoj formi, u vreme dolaska u ustanovu, a trebalo bi da bude opšte poznata u svim delovima ovih ustanova, uz pomoć znakova ili plakata vidljivo postavljenih u svim ustanovama za lišenje slobode. Pravo na podnošenje žalbe treba da bude zagarantovano u praksi i žalbe treba da budu necenzurisane u svojoj sadržini, i treba svaku razmotriti, i na istu odgovoriti bez nepotrebnog odlaganja. Ne sme biti represalija ili drugih oblika predrasuda prema podnosiocima žalbe. Nadležni organi treba da vode evidenciju o svim žalbama, i onim koji se tiču konkretnе ustanove, sa obaveznim datumom prijema, datumom odluke, prirodu odluke i preduzetim radnjama u vezi sa istom. Ova evidencija mora biti dostupna eksternim nadzornim telima.<sup>25</sup>

Psihijatri neće uzeti učešće ni u jednom postupku mentalne ili fizičke torture, čak ni kada vlasti pokušaju da ih nateraju da učestvuju u takvim postupcima.<sup>26</sup>

### ***Pravo na zdravstvenu zaštitu***

Države strane ugovornice ove konvencije priznaju jednako pravo svim osobama sa invaliditetom da žive u zajednici, da imaju jednak izbor kao i drugi, i preuzeće efikasne i odgovarajuće mere da osobama sa invaliditetom olakšaju

23 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Hondurasu [CAT/OP/HND/1 (2010)], tačka 155.

24 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tač. 51.

25 *Ibid.*, tač. 33.

26 Madridska deklaracija o etičkim standardima u psihijatriji, Svetska psihijatrijska asocijacija, 2011, tač. 2.

potpuno uživanje ovog prava i njihovo potpuno uključivanje i učešće u zajednici, uključujući osiguranje da:

(a) osobe sa invaliditetom imaju mogućnost izbora boravišta, kao i na to gde i sa kim će živeti, ravnopravno sa drugima, i da ne budu obavezne da žive u nekim konkretnim životnim uslovima;

(b) osobe sa invaliditetom imaju pristup većem broju kućnih, rezidencijalnih i drugih usluga za pružanje podrške od strane zajednice, uključujući ličnu pomoć koja im je potrebna za život i uključivanje u zajednicu, kao i sprečavanje izolacije ili izopštavanja iz zajednice;

(c) usluge i olakšice koje zajednica pruža stanovništvu u celini budu pod istim uslovima dostupne osobama sa invaliditetom i da zadovoljavaju njihove potrebe.<sup>27</sup>

Države strane ugovornice posebno će obezbediti sve zdravstvene usluge što je moguće bliže zajednicama gde ljudi žive, uključujući seoske sredine.<sup>28</sup>

Već je naširoko prihvaćeno da velike psihijatrijske ustanove nose sa sobom znatnu opasnost institucionalizovanja, kako pacijenata, tako i osoblja, i to u još većoj meri ako susmeštene na izolovanim lokacijama. Ovo može imati štetan učinak na lečenje pacijenata. Mnogo je lakše primeniti programe nege koji se koriste celim spektrom metoda psihijatrijskog lečenja ukoliko se to obavlja u malim jedinicama smeštenim u blizini velikih urbanih centara.<sup>29</sup>

## Zabrana diskriminacije

Države članice zabraniće svaki oblik diskriminacije na osnovu invaliditeta i garantovaće osobama sa invaliditetom ravnopravnu i efikasnu pravnu zaštitu od diskriminacije po svim osnovama.<sup>30</sup>

Svaki oblik diskriminacije na osnovu mentalne smetnje treba zabraniti.<sup>31</sup>

Države članice treba da preduzmu odgovarajuće mere radi eliminisanja diskriminacije na osnovu mentalne smetnje.<sup>32</sup>

Svaki pojedinac ima pravo na pristup zdravstvenim uslugama koje njegove zdravstvene potrebe zahtevaju. Zdravstvene usluge moraju garantovati ravnopravan pristup svakome, bez diskriminacije na osnovu finansijskih mogućnosti, prebivališta vrste bolesti ili vremena pristupanja uslugama.<sup>33</sup>

27 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 19.

28 *Ibid.*, član 25.

29 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 58.

30 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 5, tačka 1.

31 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 3, tačka 1.

32 *Ibid.*, član 3, tačka 2.

33 Evropska povelja o pacijentovim pravima, član 2.

## **PRAVA PACIJENATA/KORISNIKA SA MENTALNIM TEŠKOĆAMA**

Države strane ugovornice potvrđuju da osobe sa invaliditetom imaju pravo da svuda budu priznate pred zakonom, kao i druga lica. Države priznaju da osobe sa invaliditetom ostvaruju svoj pravni kapacitet ravnopravno sa drugima u svim aspektima života. Države će preduzeti odgovarajuće mere kako bi osobama sa invaliditetom omogućila podrška koja im može biti potrebna u ostvarivanju njihove poslovne sposobnosti. Države će obezbediti da se svim meraima koje se odnose na ostvarivanje poslovne sposobnosti pruže odgovarajuće i efikasne garancije radi sprečavanja zloupotrebe shodno međunarodnom pravu koje se odnosi na ljudska prava. Takve garancije obezbediće da se merama koje se odnose na ostvarivanje poslovne sposobnosti poštiju prava, volja i prioriteti odnosne osobe, kao i da ne dođe do sukoba interesa i neprimerenog uticaja, da budu proporcionalne i prilagođene okolnostima odnosne osobe, u najkraćem mogućem trajanju, i da podležu redovnom preispitivanju nadležnog nezavisnog i nepričasnog organa ili sudskog tela. Garancije će biti proporcionalne stepenu u kojem takve mere utiču na prava i interes osobe na koju se odnose.<sup>34</sup>

Države strane ugovornice će osobama sa invaliditetom obezbediti efikasan pristup pravdi ravnopravno sa drugim licima, u skladu s procedurom i starošću, kako bi im se olakšalo efikasno obavljanje dužnosti direktnih i indirektnih učesnika... Da bi se osobama sa invaliditetom obezbedio efikasan pristup pravdi, države strane ugovornice unapređivaće odgovarajuću obuku namenjenu licima zaposlenim u oblasti pravosuđa, uključujući policiju i zatvorsko osoblje.<sup>35</sup>

Osobe sa mentalnim teškoćama bi trebalo da imaju pravo da ostvaruju sva svoja građanska i politička prava. Sva ograničenja na ostvarivanje ovih prava treba da bude u skladu sa odredbama Konvencije za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda, a ne bi trebalo da se zasniva na činjenici da osoba ima mentalni poremećaj.<sup>36</sup>

Pacijentu treba da bude omogućen pregled što pre je moguće po prijemu u ustanovu. Taj pregled mora biti nezavisan i sproveden u skladu sa *Istanbulskim protokolom*.<sup>37</sup>

---

34 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 12.

35 *Ibid.*, član 13.

36 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 4.

37 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tačka 39.

## ***Informisanje o pravima pacijenata***

Ustanove zdravstvene zaštite, pružaoci usluga i medicinski profesionalci, moraju pružiti informacije koje su po meri pacijenta, naročito, uzimajući u obzir verske, etničke i jezičke posebnosti pacijenta.<sup>38</sup>

Osobe koje se tretiraju ili smeštaju u vezi sa mentalnom smetnjom treba da budu pojedinačno obaveštene o svojim pravima kao pacijenta, i da imaju pristup nadležnom telu ili osobi, nezavisnim od ustanove mentalnog zdravlja, koje mogu, ukoliko je potrebno, pomoći u razumevanju i ostvarivanju takvih prava.<sup>39</sup>

Lica koja su podvrgнутa prisilnom smeštaju ili prisilnom lečenju treba odmah da budu obaveštena, usmeno i pismeno o njihovim pravima i o pravnim lekovima koji su im na raspolaganju. Ova lica moraju redovno, i na prikidan način, biti obaveštavana o razlozima za donošenje odluke i o kriterijumima za njeno produženje ili prestanak. Zastupniku ovog lica se takođe moraju dati ove informacije.<sup>40</sup>

Po priјemu, svakom pacijetu, kao i njegovoј porodici, treba da bude data uvodna brošura u kojoj se objašnjavaju načini postupanja u dатој ustanovi, kao i pacijentova prava. Svakom pacijentu koji nije u stanju da razume ovu brošuru treba na prikidan način pomoći.<sup>41</sup>

Svaki pacijent sa psihičkom smetnjama koji je smešten u psihijatrijskoj bolnici mora biti pojedinačno upoznat sa svim svojim pravima koja ima kao pacijent i mora mu se omogućiti pristup nezavisnom organu ili licu koje nije pod nadležnošću te bolnice, a koji mu mogu, ako je potrebno, da im pomognu da razumeju ta prava i da ih ostvare.<sup>42</sup>

Informacija o pravima pacijenta treba da se omogući na jeziku koji pacijent razume, kao i u pismenoj formi, i to odmah po dolasku u ustanovu. Treba da bude opšte poznata u celoj ustanovi kroz vidljive natpise i postere.<sup>43</sup>

## ***Izbor lekara***

Psihijatrijski pacijenti treba da budu lečeni s поштovanjem i достојанством, и то на безбедан, људски начин који поштује њихов избор и самодређење.<sup>44</sup>

---

38 Evropska povelja o pacijentovim pravima, 2002, član 3.

39 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 6.

40 *Ibid.*, član 22.

41 Evropski komitet za спречавање мучења, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 53.

42 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 6.

43 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj о посети Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tačka 33.

44 Evropski komitet за спречавање мучења, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 37.

## ***Obaveštavanje o bolesti i lečenju***

Svaki pojedinac ima pravo na pristup svim informacijama koje bi omogućile njegovo aktivno učešće u odlučivanju o sopstvenom zdravlju; ove informacije su preduslov za bilo koju proceduru ili tretman, uključujući i učešće u naučnim istraživanjima.<sup>45</sup>

Pacijenti moraju biti u prilici da daju slobodan pristanak na lečenje, zasnovan na dovoljno informacija. Naravno, pristanak na lečenje može se kvalifikovati slobodnim i zasnovanim na dovoljno obaveštenja, samo ako je utemeljen na potpunim, tačnim i razumljivim informacijama o stanju pacijenta i predloženom lečenju. Opisati *elektro-šok* kao „terapiju snom“ predstavlja primer nedovoljne i netačne informacije o tom lečenju. Shodno tome, svim pacijentima treba sistematski pružati relevantne informacije o njihovom stanju i predloženom lečenju koje im se propisuje. Relevantne informacije, poput rezultata ispitivanja, moraju takođe biti date i posle lečenja.<sup>46</sup>

## ***Pristanak na lečenje***

Države će zahtevati da zdravstveni radnici pružaju negu istog kvaliteta osobama sa invaliditetom kao i drugima, uključujući zasnovanost na slobodnom i informisanom pristanku, kroz, između ostalog, podizanje svesti o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom putem tretninga, i objavljivanja etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu.<sup>47</sup>

Pristanak na lečenje može se smatrati kao slobodan i informisan samo ako je zasnovan na potpunom, tačnom i razumljivom obaveštenju o pacijentovom stanju i predloženom tretmanu.<sup>48</sup>

Saglasnost za hospitalizaciju i saglasnost na medicinski tretman su dva različita pojma i pacijentima se mora tražiti njihova izričita saglasnost za obe stvari. Primetno je da pacijenti nisu obavešteni o sopstvenim dijagnozama niti tretmana koji im se daje. Neophodno je da svi psihijatrijski pacijenti (a u slučaju poslovne nesposobnosti, njihovi staratelji) budu jasno i precizno obavešteni pre davanja saglasnosti i to kako pre hospitalizacije, tako i pred svaki medicinski tretman. Sve relevantne informacije im moraju biti dostupne tokom trajanja i nakon sprovedenog tretmana.<sup>49</sup>

---

45 Evropska povelja o pacijentovim pravima, 2002, član 4.

46 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 41.

47 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 25, tačka d).

48 Potkomitet UN za prevenciju torture, Radni papir o mentalnom zdravlju i detenciji [CAT/OP/15/R.6/Rev.1], para. 27.

49 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, Izveštaj o poseti Srbiji [CPT/Inf (2012) 17], tačka 133.

Iako potpuno opravdani medicinski tretman može voditi do ozbiljnog bola ili patnje, medicinski tretman invazivne i nepovratne prirode, kada mu nedostaje terapeutska svrha ili ima za cilj ispravku ili umanjenje invaliditeta, može predstavljati torturu ili zlostavljanje ako se nametne ili primeni bez slobodnog i informisanog pristanka osobe u pitanju.<sup>50</sup>

Zahtev za postojanjem namere u članu 1. Konvencije protiv torture može se uspešno pretpostaviti kada je osoba diskriminisana na osnovu invaliditeta. Ovo je posebno relevantno u kontekstu medicinskog tretmana osoba sa invaliditetom, gde ozbiljne povrede i diskriminacija osoba sa invaliditetom može biti maskirana kao „najbolja namera“ od strane zdravstvenih profesionalaca. Puki nemar u postupanju ne poseduje element namere, pod članom 1, i može predstavljati zlostavljanje, ako vodi do ozbiljnog bola i patnje.<sup>51</sup>

U svim slučajevima (bez izuzetka), u kojima se sprovodi elektrokonvulzivna terapija, pacijent je morao prethodno dati svoj informisani pristanak, što znači da su pacijentu date jasne informacije o proceduri, uključujući i rizike, pre davanja pristanka. Anestezija i mišićni relaksanti moraju se primeniti.<sup>52</sup>

Što je tretman više invanzivan i nepovratan, to je obaveza države veća da obezbedi da zdravstveni profesionalci pruže negu osobama sa invaliditetom samo na osnovu njihovog slobodnog i informisanog pristanka. U suprotnom, Specijalni izvestilac zaključuje da takav tretman može predstavljati torturu ili surovi, nečovečni ili ponižavajući tretman.<sup>53</sup>

U skladu sa uslovima zaštite propisanim zakonom, uključujući nadzor, kontrolu i žalbene procedure, osoba koja ima mentalnu poteškoću ozbiljne prirode može biti podvrgnuta, bez svog pristanka, intervenciji koja ima za cilj da tretira njenu poteškoću mentalnog zdravlja jedino kada bi izvesno, bez takvog tretmana, nastupile ozbiljne posledice po njeno zdravlje.<sup>54</sup>

Prethodno izražena volja u vezi sa medicinskim tretmanom od strane pacijenta koji nije, u trenutku intervencije, u stanju da izrazi svoju želju biće uzeta u obzir.<sup>55</sup>

Ustanove zdravstvene zaštite i osoblje moraju koristiti jezik koji je poznat pacijentu i komunicirati sa njim na način koji mu je razumljiv. U svim okolnostima u kojima pravni zastupnik daje pristanak na tretman, bilo da je u pitan-

<sup>50</sup> Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008. para. 47.

<sup>51</sup> *Ibid.*, para. 49.

<sup>52</sup> Potkomitet UN za prevenciju torture, Radni papir o mentalnom zdravlju i detenciji [CAT/OP/15/R.6/Rev.1], para. 18.

<sup>53</sup> Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008, para. 59.

<sup>54</sup> Konvencija Saveta Evrope o ljudskim pravima i biomedicini, CETS 164, 1997, član 7.

<sup>55</sup> *Ibid.*, član 9.

ju maloletnik ili odrasla osoba, pacijent mora takođe biti uključen u najvećoj mogućoj meri u odlučivanje u vezi sa svojim zdravljem. Iformisani pristanak pacijenta mora se temeljiti na tome.<sup>56</sup>

Zbog njihove posebne ugroženosti, osobama sa mentalnim smetnjama i poteškoćama potrebno je posvetiti mnogo pažnje kako bi se sprečila bilo koja forma ponašanja, odnosno izbegla svaka omaška koja ugrožava njihovu dobrobit. Iz toga sledi da smeštanje u psihijatrijsku ustanovu mora uvek biti praćeno odgovarajućim garancijama. Jedna od najvažnijih među ovim garancijama je slobodan pristanak na lečenje, zasnovan na dovoljno informacija.<sup>57</sup>

Pacijentima se mora dati prilika da daju slobodan pristanak na lečenje, zasnovan na dovoljno informacija. Prijem neke osobe u psihijatrijsku ustanovu na nedobrovoljnoj osnovi ne sme biti protumačen tako kao da ovlašćuje na lečenje bez njegovog pristanka. Iz toga sledi da svaki sposoban pacijent, bilo da je tu dobrovoljno ili prisilno, mora imati mogućnost da odbije lečenje ili bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako derogiranje ovog osnovnog načela mora biti zasnovano na zakonu i odnositi se isključivo na jasno i strogo definisane izuzetne okolnosti. Naravno, pristanak na lečenje se može kvalifikovati slobodnim i zasnovanim na dovoljno obaveštenja samo ako je utemeljen na potpunim, tačnim i razumljivim informacijama o stanju pacijenta i predloženom lečenju.<sup>58</sup>

### ***Poverljivost i tajnost***

Potkomitet UN za prevenciju torture preporučuje da se lekarski pregledi sprovod u skladu sa principom medicinske poverljivosti: osim medicinskog osoblja, nijedna druga osoba ne treba da bude prisutna tokom zdravstvenog pregleda. U izuzetnim slučajevima, na primer, kada lekar smatra da osoba zadržana iz medicinskih ili psihijatrijskih razloga predstavlja opasnost za medicinsko osoblje, mogu se predvideti posebne mere bezbednosti, kao što je pri-sustvo službenika obezbeđenja na kratkom rastojanju. U takvim slučajevima, lekar treba da sačini pismenu belešku o razlozima za tu odluku i upiše podatke o prisutnom službeniku. U ostalim slučajevima službenik obezbeđenja treba da bude van čujnog i vidnog dometa mestu gde se obavlja zdravstveni pregled.<sup>59</sup>

SPT preporučuje da svaka država treba da ima jasne instrukcije za lekare koji rade u ustanovama za lišenje slobode u cilju da nijedan potencijalni akt torture

56 Evropska povelja o pacijentovim pravima, 2002, član 4.

57 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 51.

58 *Ibid.*, tačka 41.

59 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Paragvaju [CAT/OP/PRY/1 (2010)], tačka 95.

ili zlostavljanja ne bude prikiven ili zanemaren, kao i da mora biti prijavljen nadležnim organima. Medicinski pregledi treba da se obavljaju u strogoj tajnosti. Po pravilu, službenik obezbeđenja treba da bude van čujnog i vidnog dometa, u suprotnom njihovo prisustvo treba da bude uneto u zdravstveni karton. Medicinski fajlovi se čuvaju u tajnosti.<sup>60</sup>

Svi lični podaci u vezi sa osobom sa mentalnim smetnjama treba da se smatraju poverljivim. Takvi podaci mogu se jedino prikupljati, obrađivati i deliti u skladu sa pravilima o profesionalnoj poverljivosti i zaštiti ličnih podataka.<sup>61</sup>

### **Zaštita prava pacijenata**

U tom smislu, SPT preporučuje da se sva lica lišena slobode budu informisana o svom pravu na podnošenje direktnе i poverljive žalbe organu nadležnom za upravljanje ustanovom za lišenje slobode, višim instancama i organima sa korektivnim ovlašćenjima. Informacije o ovom pravu treba da budu obezbeđene na jeziku koji mogu da razumeju i to u pisanoj formi u vreme dolaska u ustanovu, a trebalo bi da bude opšte poznata u svim delovima ovih ustanova, uz pomoć znakova ili plakata vidljivo postavljenih u svim ustanovama za lišenje slobode. Pravo na podnošenje žalbe treba da bude zagarantovano u praksi i žalbe treba da budu necenzurisane u svojoj sadržini i treba svaku razmotriti i na istu odgovoriti bez nepotrebnog odlaganja. Ne sme biti represalija ili drugih oblika predrasuda prema podnosiocima žalbe. Nadležni organi treba da vode evidenciju o svim žalbama, i onim koji se tiču konkretne ustanove, sa obaveznim datumom prijema, datumom odluke, prirodu odluke i preduzetim radnjama u vezi iste. Ova evidencija mora biti dostupna eksternim nadzornim telima.<sup>62</sup>

Osobe koje se tretiraju ili smeštaju u vezi sa mentalnom smetnjom treba da budu pojedinačno obaveštene o svojim pravima kao pacijenta i da imaju pristup nadležnom telu ili osobi, nezavisnim od ustanove mentalnog zdravlja, koje mogu, ukoliko je potrebno, pomoći u razumevanju i ostvarivanju takvih prava.<sup>63</sup>

Kao i na svakom drugom mestu lišavanja slobode, delotvoran žalbeni postupak u psihijatrijskim ustanovama predstavlja osnovnu garanciju protiv zlostavljanja. Moraju da postoje posebna rešenja kojima se omogućuje pacijentima da ulože formalne žalbe jasno definisanom telu i da komuniciraju u poverenju sa

60 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tačka 51.

61 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 13.

62 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tačka 33.

63 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 6.

odgovarajućim vlastima izvan te ustanove.<sup>64</sup>

Svaki pojedinac ima pravo na prigovor kada god je pretrpeo štetu i pravo da dobije odgovor. Ustanove zdravstvene zaštite treba da garantuju primenu ovog prava, obezbeđenje (uz pomoć trećih lica) informacija pacijentima o njihovom zdravlju, omogućavajući im da prepoznaju povrede prava i formalizuju svoj prigovor.<sup>65</sup>

Zdravstvene ustanove treba da garantuju ostvarivanje ovog prava, obezbeđujući pacijentima (uz pomoć trećih strana) informacije o njihovim pravima, osposobljavajući ih da prepoznaju povredu i da formalizuju svoj prigovor.<sup>66</sup>

Prigovor mora da bude načinjen kroz standardne procedure i procesuiran od nezavisnih organa ili građanskih organizacija i ne sme da onemogući pravo pacijenta na preduzimanje pravnih koraka ili alternativnih oblika rešavanja spora.<sup>67</sup>

Ukoliko trajanje prisilnog smeštaja nije specifično navedeno, u redovnim intervalima se mora vršiti automatska revizija potrebe za nastavljanjem smeštaja upsihijatrijskoj ustanovi. Osim toga, i sam pacijent mora biti u mogućnosti da u razumnim vremenskim intervalima zatraži da sudske vlasti preispitaju nužnost smeštaja.<sup>68</sup>

Postupak na osnovu kojeg se donosi odluka o prisilnom smeštanju mora nuditi garancije nezavisnosti i nepristrasnosti, kao i objektivnog kliničkog veštačenja. U svakom slučaju, osoba koja je prisilno smeštena u psihijatrijsku ustanovu od strane ne-sudskih organa mora imati pravo da pokrene sudski postupak na osnovu kojeg će ozakonitosti njenog lišavanja slobode odlučivati sud po hitnom postupku.<sup>69</sup>

## **Ograničenja prava pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama**

Detencija – zadržavanje unutar objekta/ustanove

Države strane ugovornice će obezrediti da osobe sa invaliditetom ravnoprovno sa drugima:

(a) uživaju pravo na ličnu slobodu i bezbednost;

64 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 53.

65 Evropska povelja o pacijentovim pravima, 2002., član 13, stav 1.

66 *Ibid.*, član 13, stav 2.

67 *Ibid.*, član 13, stav 4.

68 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 56.

69 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 52.

**(b)** ne budu lišena slobode protivzakonito ili nečijom samovoljom, da svako lišavanje slobode bude u skladu sa zakonom, kao i da postojanje invaliditeta ni u kom slučaju ne može biti opravdanje za lišavanje slobode.

Države strane ugovornice će obezbediti da, u slučaju da osobe s invaliditetom budu lišene slobode bilo kakvim postupkom, te osobe ravnopravno sa drugima imaju pravo na garancije u skladu s međunarodnim pravom koje se odnose na ljudska prava i da se s njima postupa u skladu s ciljevima i načelima ove Konvencije, uključujući obezbeđenje odgovarajućeg smeštaja.<sup>70</sup>

Svaka država članica treba da zabrani, predupredi i procesuira mučenje i zlostavljanje u svakom kontekstu zadržavanja ili kontrole, na primer, u zatvorima, bolnicama, školama, institucijama koje se bave negom dece, starih, mentalno obolelih ili onih sa mentalnim invaliditetom, u vojsci i drugim institucijama, kao i u kontekstima gde propuštanje države da se umeša ohrabruje i pojačava opasnost ili privatno nanesenu povredu.<sup>71</sup>

Doktrina medicinske neophodnosti nastavlja da biva prepreka zaštiti od arbitarnih zloupotreba u zdravstvenoj zaštiti. Stoga je važno razjasniti da tretman koji je pružen kroz povredu uslova iz Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, bilo kroz prinudu ili diskriminaciju, ne može biti legitiman ili opravdan doktrinom medicinske neophodnosti.<sup>72</sup>

Odluka o prisilnom smeštanju treba da bude doneta od strane sudskog organa. Osoba koja se smešta u ustanovu za mentalno zdravlje odlukom nesudskog organa mora imati pravo da pokrene postupak za utvrđivanje zakonitosti zadržavanja na brz način, ako ne odmah, od strane sudskog organa.

U toku prisilnog zadržavanja, pacijent mora biti u prilici da šalje i prima pisma, da ima pristup telefonu, i da može da prima posete svoje porodice i prijatelja. Poverljivi pristup advokatu treba da bude garantovan pacijentu.

Prisilno zadržavanje treba da prestane čim prestane da bude neophodno u smislu pacijentovog mentalnog stanja.<sup>73</sup>

Specijalni izvestilac podseća da član 14 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom zabranjuje nezakonito i arbitarno lišavanje slobode i postojanje invaliditeta kao opravdanja za lišenje slobode.<sup>74</sup>

Osobe sa mentalnim smetnjama treba da imaju pravo na negu u najmanje restriktivnom okruženju i najmanje restriktivnim i invazivnim tretmanom koji

70 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, čl. 14.

71 Komitet Ujedinjenih nacija protiv torture, Opšti komentar broj 2, 2007, para. 15.

72 Specijalni izvestilac UN za torturu, Izveštaj A/HRC/22/53, 2013, para. 35.

73 Potkomitet UN za prevenciju torture, Radni papir o mentalnom zdravlju i detenciji [CAT/OP/15/R.6/Rev.1], para. 21-23.

74 Specijalni izvestilac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008, para. 64.

je dostupan, uzimajući u obzir zdravstvene potrebe i neophodnost da se zaštiti bezbednost drugih lica.<sup>75</sup>

Države članice treba da osiguraju da postoje mehanizmi za zaštitu lica sa mentalnim poremećajem, posebno onih koja nisu sposobna da daju svoj pristank, odnosno ona koja nisu sposobna da se odupru kršenjima svojih ljudskih prava.<sup>76</sup>

Neprimerena ili neopravdana institucionalizacija pojedinca bez pristanka može predstavljati torturu ili zlostavljanje, kao primena sile preko onoga što je stroga neophodnost.<sup>77</sup>

Odluku o prisilnom smeštanju treba da donese sud ili drugo nadležno telo. Sud ili drugo telo treba da:

- uzme u obzir mišljenje osobe o kojoj se radi;
- deluje u skladu sa procedurama propisanim zakonom, na osnovu principa da osobu u pitanju sud mora da sretne i konsultuje.<sup>78</sup>

Odluke o prisilnom smeštanju ili tretmanu moraju se evidentirati i sadržati maksimalni period izvan kojeg, na osnovu zakona, one moraju biti preispitane. Ovo ni na koji način ne utiče na pravo osobe da traži preispitivanje odluke ili uloži žalbu.<sup>79</sup>

Osobe koje se podvrgnu prisilnom smeštanju ili tretmanu moraju se bez odlaganja obavestiti, usmeno ili pismeno, o pravima i pravnim lekovima koji su im dostupni. Moraju se obaveštavati redovno i na odgovarajući način o razlozima odluke i kriterijumima za eventualno produžavanje ili obustavu smeštanja.<sup>80</sup>

Tretman bez pristanka treba:

- da cilja na konkretnе kliničke znake i simptome
- bude proporcionalan zdravstvenom stanju osobe
- bude deo pisanog plana lečenja
- bude dokumentovan
- gde je to odgovarajuće, ima za cilj da dostigne tretman koji je prihvatljiv za osobu što je pre moguće
- gde god je moguće, biti pripremljen u saradnji sa osobom koje se tiče
- biti preispitivan u odgovarajućim intervalima i, kada je neophodno, revidiran, u dogовору са osobom у pitanju ili njenim ličnim zastupnikom.<sup>81</sup>

75 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 8.

76 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 7.

77 Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/HRC/22/53, 2013, para. 70.

78 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 20. tačka 1.

79 *Ibid.*, član 20. tačka 3.

80 *Ibid.*, član 22.

81 *Ibid.*, član 19.

Postupak na osnovu kojeg se donosi odluka o prisilnom smeštanju mora nuditi garancije nezavisnosti i nepristrasnosti, kao i objektivnog kliničkog veštačenja. U svakom slučaju, osoba koja je prisilno smeštena u psihijatrijsku ustanovu od strane ne-sudskih organa mora imati pravo da pokrene sudski postupak na osnovu kojeg će ozakonitosti njenog lišavanja slobode odlučivati sud po hitnom postupku.<sup>82</sup>

Medicinsko lečenje i zdravstvena nega koja se obezbeđuje osobama koje su prisilno smeštene u psihijatrijskim bolnicama, moraju biti saglasni uslovima koji se pružaju dobrovoljnim psihijatrijskim pacijentima.<sup>83</sup>

Delotvoran žalbeni postupak u psihijatrijskim ustanovama predstavlja osnovnu garanciju protiv zlostavljanja. Moraju da postoje posebna rešenja kojima se omogućuje pacijentima da ulože formalne žalbe jasno definisanom telu i da komuniciraju u poverenju sa odgovarajućim vlastima izvan te ustanove.<sup>84</sup>

Prisilni smeštaj u psihijatrijskoj ustanovi mora biti okončan kad to pacijentovo mentalno stanje više ne zahteva. Shodno tome, potrebu za takvim smeštajem treba preispitivati u redovnim vremenskim intervalima. Kada se prisilni smeštaj vrši na određeni period, te odluka o smeštaju obnavlja u svetu psihijatrijskih činjenica, takva revizija postupka proistiće već iz samih uslova smeštanja. Međutim, prisilni smeštaj može biti i na neodređeno vreme, naročito u slučajevima osoba koje su bile primljene u psihijatrijsku ustanovu na osnovu krivičnog postupka i koje sesmatraju opasnim. Ukoliko trajanje prisilnog smeštaja nije specifično navedeno, u redovnim intervalima se mora vršiti automatska revizija potrebe za nastavljanjem smeštaja u psihijatrijskoj ustanovi. Osim toga, i sam pacijent mora biti u mogućnosti da u razumnim vremenskim intervalima zatraži da sudske vlasti preispitaju nužnost smeštaja.<sup>85</sup>

Prijem neke osobe u psihijatrijsku ustanovu na nedobrovoljnoj osnovi ne sme biti protumačen tako kao da ovlašćuje na lečenje bez njegovog pristanka. Iz toga sledi da svaki sposoban pacijent, bilo da je tu dobrovoljno ili prisilno, mora imati mogućnost da odbije lečenje ili bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako derrogiranje ovog osnovnog načela mora biti zasnovano na zakonu i odnositi se isključivo na jasno i strogo definisane izuzetne okolnosti.<sup>86</sup>

Zbog njihove posebne ugroženosti, osaobama sa mentalnim smetnjama/poteškoćama potrebno je posvetiti mnogo pažnje kako bi se sprečila bilo koja

82 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 52.

83 *Ibid.*, tač. 32.

84 *Ibid.*, tač. 53.

85 *Ibid.*, tač. 56.

86 *Ibid.*, tač. 41.

forma ponašanja, odnosno izbegla svaka omaška koja ugrožava njihovu dobrobit. Iz toga sledi da prisilno smeštanje u psihiatrijsku ustanovu mora uvek biti praćeno odgovarajućim garancijama. Jedna od najvažnijih među ovim garancijama – slobodan pristanak na lečenje, zasnovan na dovoljno informacija.<sup>87</sup>

Svaki slučaj fizičkog ograničavanja slobode kretanja pacijenta mora biti evidentiran u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu, kao i u pacijentovom dosjeu. Upis u knjigu mora uključiti vreme kada je ta mera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribegavanje toj meri, ime lekara koji je naredio ili odobrio meru i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja.<sup>88</sup>

### ***Sputavanje***

Upotreba sputavanja mora biti predmet jasno definisane politike. Pokušaji sputavanja treba da su, što je više moguće, nefizičke prirode (verbalne instrukcije), a u slučaju fizičkog sputavanja neophodno je ograničiti se na manualnu kontrolu.

Ne može postojati terapeutsko opravdanje za dugotrajno sputavanje, što može dovesti do torture ili zlostavljanja<sup>89</sup>

Opšte je pravilo da sputavanje pacijenta treba da bude samo poslednje sredstvo. To je ekstremna mera koja se primenjuje kako bi se sprečila neposredna povreda, ili kako bi se smanjila akutna uznenirenost i/ili nasilje.<sup>90</sup>

Fizičko sputavanje treba prekinuti u najskorijoj prilici, i nikada ne sme biti primenjeno niti produženo kao vid kažnjavanja. Upotreba fizičkog sputavanja koje traje danima jeste oblik zlostavljanja, i potpuno je neprihvatljiva. Isto se odnosi i na izolaciju. Svaka prilika kada su primenjeni sputavanje ili izolacija mora se zabeležiti u posebnu evidenciju, označavajući ime pacijenta nad kojim su mere primenjene, datum i vreme kada su mere sprovedene, datum i vreme kada su mere okončane. Okolnosti i razlozi koji su se smatrali adekvatnim za primenu ovih mera moraju se zabeležiti, kao i imena doktora koji su naložili sputavanje/izolaciju, kao i ime osobe koja je sprovela meru.<sup>91</sup>

Postoje najrazličitije metode koje se primenjuju radi kontrole uznenirenih i/ili nasilnih pacijenata, i pritom je reč o metodima koje se mogu koristiti zasebno ili pak u kombinaciji: praćenje u stopu (kada je neko od osoblja konstantno

<sup>87</sup> *Ibid.*, tačka 51.

<sup>88</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 50.

<sup>89</sup> Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008, para. 55.

<sup>90</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tač. 43.

<sup>91</sup> Potkomitet UN za prevenciju torture, Radni papir o mentalnom zdravlju i detenciji [CAT/OP/15/R.6/Rev.1], para. 20.

uz pacijenta i interveniše u njegovim aktivnostima kad god je to neophodno), manuelna kontrola, mehaničko sputavanje pomoću kaiševa, ludačkih košulja ili zatvorenih postelja, hemijsko obuzdavanje (davanje lekova pacijentu protiv njegove/njene volje, a u cilju kontrolisanja ponašanja) i izolacija (prisilni smeštaj pacijenta u zatvorenu samicu). Opšte je pravilo da metod koji se bira kada je reč o određenom pacijentu treba da bude najprimereniji (među onima koji su na raspolaganju) situaciji u datom trenutku; na primer, ne treba automatski pribegavati mehaničkom ili hemijskom obuzdavanju u slučajevima kada kraći period manuelne kontrole u kombinaciji sa primenom psiholoških sredstava za smirivanje pacijenta može da bude sasvim dovoljan. Kao što se može očekivati, primena usmenog ubedivanja (to jest, usmeno obraćanje pacijentu kako bi se on/ona smirili) jeste najprihvatljivija tehnika, mada je, ponekad, neophodno pribegnuti drugim sredstvima kojima se direktno sputava pacijentova sloboda kretanja.<sup>92</sup>

Svako sputavanje osobe sa mentalnim invaliditetom, makar i na kratak period, može predstavljati torturu i zlostavljanje. Neophodno je primeniti apsolutnu zabranu svih prisilnih mera i mera bez pristanka, uključujući i sputavanje i izolaciju osoba sa psihosocijalnim i intelektualnim invaliditetom u svim mestima lišenja slobode, uključujući i psihijatrijske i ustanove socijalne zaštite.<sup>93</sup>

Stanje nemoći pacijenta i tretman zlostavljanja nad osobama sa invaliditetom u kojem se sputavanje i izolacija koriste može dovesti do drugih oblika tretmana bez pristanka, kao što je prisilna medikacija ili upotreba elektrošokova.<sup>94</sup>

Psihijatrijski pacijenti treba da budu lečeni s poštovanjem i dostojarstvom, i to na bezbedan, humani način koji poštuje njihov izbor i samoodređenje. Odsustvo prinude, odnosno primene sile osoblja nad pacijentima predstavlja minimalni zahtev.<sup>95</sup>

Svaka psihijatrijska ustanova treba da ima sveobuhvatnu i brižljivo razrađenu politiku obuzdavanja pacijenata. Od suštinskog je značaja da i osoblje i uprava bolnice budu angažovani na razradi te politike, i da pružaju podršku tom poduhvatu. Takva politika treba jasno da stavi do znanja koja su to sredstva koja se mogu koristiti, u kakvim se okolnostima ona mogu primeniti, na koji se praktičan način primenjuju, kakav je nadzor neophodan i koje korake treba preduzeti onog trenutka kada se ta mera prekine. Ta politika, takođe, treba da sadrži odeljke posvećene drugim važnim pitanjima kao što su obuka osoblja, postupak

92 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 39.

93 Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/66/268, 2011, tačka 67-68 i 78.

94 Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/HRC/22/53, 2013, para. 63.

95 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 37.

prema žalbama, interni i eksterni mehanizmi podnošenja izveštaja, kao i razgovor sa pacijentom posle uklanjanja sredstava za sputavanje. Takva sveobuhvatna politika nije samo veoma važna podrška osoblju, već je ona i od pomoći da pacijenti i njihovi čuvari ili staratelji shvate razloge zbog kojih se uopšte pribegava merama ograničavanja slobode kretanja.<sup>96</sup>

U psihijatrijskoj ustanovi ponekad je potrebno obuzdati uz nemirene i/ili nasilne pacijente. To je predmet posebne pažnje zbog mogućnosti zloupotrebe i zlostavljanja. Oduzimanje slobode kretanja pacijentima mora biti uređeno jasno definisanom politikom, koja mora nedvosmisleno istaći da početni pokušaji da se obuzdaju uz nemireni ili nasilni pacijenti moraju koliko god je to moguće biti ne-fizičke prirode (npr. verbalna uputstva), a tamo gdje je fizičko obuzdavanje pacijenata neophodno, ono se u principu mora ograničiti na manuelno obuzdavanje. Osoblje u psihijatrijskim ustanovama mora biti obučeno u tehnikama nefizičkog i manuelnog obuzdavanja uz nemirenih ili nasilnih pacijenata. Posedovanje takvih veština omogućuje osoblju da izabere naprakladniji odgovor kada se suoči sa teškim situacijama, pri čemu se u značajnoj meri smanjuje opasnost povređivanja pacijenata i osoblja.<sup>97</sup>

Početni pokušaji da se obuzdaju uz nemireni ili nasilni pacijenti moraju koliko god je to moguće biti nefizičke prirode (npr. verbalna uputstva), a tamo gde je fizičko obuzdavanje pacijenata neophodno, ono se u principu mora ograničiti na manuelno obuzdavanje. Osoblje mora biti obučeno u tehnikama nefizičkog i manuelnog obuzdavanja uz nemirenih ili nasilnih pacijenata. Posedovanje takvih veština omogućuje osoblju da izabere najprikladniji odgovor kada se suoči sa teškim situacijama, pri čemu se, u značajnoj meri, smanjuje opasnost povređivanja pacijenata i osoblja.<sup>98</sup>

Opšte je pravilo da metod koji se bira kada je reč o određenom pacijentu treba da bude najprimereniji (među onima koji su na raspolaganju) situaciji u datom trenutku; na primer, ne treba automatski pribegavati mehaničkom ili hemijskom obuzdavanju u slučajevima kada kraći period manuelne kontrole u kombinaciji sa primenom psiholoških sredstava za smirivanje pacijenta može da bude sasvim dovoljan. Primena usmenog ubedivanja (to jest, usmeno obraćanje pacijentu kako bi se on/ona smirili) je preporučena tehnika, mada je, povremeno, neophodno pribetići i drugim sredstvima kojima se direktno sputava pacijentova sloboda kretanja.<sup>99</sup>

96 Ibid., tačka 51.

97 Ibid., tačka 47.

98 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 47.

99 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 39.

Opšte je pravilo da sputavanje pacijenta treba da bude samo poslednje sredstvo. To je ekstremna mera koja se primenjuje kako bi se sprečila neposredna povreda ili kako bi se smanjila akutna uznemirenost i/ili nasilje.<sup>100</sup>

Psihijatrijska ustanova treba da ima sveobuhvatne i brižljivo razrađene procedure obuzdavanja pacijenata. Takva politika treba jasno da stavi do znanja koja su to sredstva koja se mogu koristiti, u kakvim se okolnostima ona mogu primeniti, na koji se praktičan način primenjuju, kakav je nadzor neophodan, i koje korake treba preduzeti onog trenutka kada se ta mera prekine.<sup>101</sup>

Ispravno obuzdavanje jednog uznemirenog ili nasilnog pacijenta nije nimalo lak zadatak za osoblje. Tu nije od suštinskog značaja samo početna obuka, već se moraju redovno organizovati dodatni kursevi za osvežavanje znanja. Takva obuka ne bi smela da se usredsredi samo na davanje uputstava o tome na koji način treba pravilno upotrebiti sredstva za obuzdavanje, već bi ona, što je podjednako važno, morala da omogući da osoblje shvati na koji način takvo obuzdavanje može uticati na pacijenta, kao i da nauči da vodi brigu o pacijentu koji je obuzdan.<sup>102</sup>

Svaki slučaj ograničavanja slobode pacijenta mora biti evidentiran u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu, kao i u pacijentovom dosijeu. Upis u knjigu mora uključiti vreme kada je ta mera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribegavanje toj meri, ime lekara koji je naredio ili odobrio meru, i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja. Ovim se u velikoj meri olakšava kako kontrola tih slučajeva, tako i sagledavanje raširenosti te pojave.<sup>103</sup>

Osoblje u psihijatrijskoj bolnici trebalo bi ponajviše da vodi računa o tome da uslovi i okolnosti u vezi sa primenom sredstava za obuzdavanje još više ne otežaju mentalno i fizičko zdravlje pacijenta čija je sloboda kretanja na taj način ograničena. To, između ostalog, podrazumeva da prethodno propisani terapeutiski tretman ne treba, koliko je god to moguće, da bude prekidan, kao i da pacijenti koji zavise od određenih supstanci treba da dobiju odgovarajuća sredstva za uklanjanje apstinencijalnih simptoma. Pritom se ne bi smela praviti nikakva razlika u zavisnosti od toga da li su ti simptomi izazvani time što je pacijent liшен legalnih droga, nikotina ili nekih drugih supstanci koje izazivaju naviku.<sup>104</sup>

100 *Ibid.*, tačka 43.

101 *Ibid.*, tačka 51.

102 *Ibid.*, tačka 49

103 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 50.

104 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 47.

U celini gledano, mesto na kome je pacijent obuzdan, trebalo bi da bude posebno projektovano i opremljeno u te svrhe. Ono mora da bude bezbedno (na primer, tu ne bi smelo da bude nikakvog razbijenog stakla ili keramičkih materijala) i moralno bi da bude na odgovarajući način osvetljeno i zagrejano, jer se samo tako može stvoriti okruženje koje na pacijenta deluje umirujuće. Sem toga, pacijent koji je na taj način sputan trebalo bi da bude primereno odeven i ne bi smeо da bude izložen pogledima drugih pacijenata, sem ukoliko on/ona to izričito ne traži ili u slučaju da je reč o pacijentu za koga je poznato da više voli da bude u društvu. U svim okolnostima mora biti zajemčeno da ostali pacijenti ne mogu ni na koji način povrediti pacijenta koji je sputan. Razume se, osobljju koje primenjuje sredstva za sputavanje na nekom pacijentu nikako ne smeju pomagati drugi pacijenti. Kada se već mora pribeći sredstvima za ograničavanje slobode kretanja, njih treba upotrebljavati stručno, pomno vodeći računa da se ni na koji način ne ugrozi zdravlje pacijenta, posebno da mu se ne nanese bol. Vitalne funkcije pacijenta, kao što su disanje, sposobnost komunikacije, mogućnost da jede i pije – ničim ne smeju biti ugrožene ili osujećene. Ako je pacijent sklon ugrizima, pljuvanju ili sisaju, potencijalnu štetu treba izbeći na neki drugi način, a ne tako što ćemo mu prekriti usta.<sup>105</sup>

Da bi sredstva za obuzdavanje pacijenata bila primenjena na ispravan način potrebno je da postoji brojno osobljje. Na primer, onda kada su udovi pacijenta vezani trakama ili kaiševima, stručno obučeni pripadnik zdravstvenog osoblja treba da bude neprestano prisutan, kako bi se održao taj neophodni terapeutski savez i kako bi se pružila pomoć pacijentu. Takva pomoć može podrazumevati praćenje pacijenta do toaleta ili, u izuzetnim slučajevima, kada se fiksator ne može skinuti na svega nekoliko minuta, pomaganje pacijentu da uzme hranu. Jasno je da video nadzor ne može da zameni takvo stalno prisustvo zdravstvenog osoblja. U slučajevima kada je pacijent izolovan, pripadnik osoblja može biti van njegove sobe, pod uslovom da ga pacijent vidi, kao i da taj zdravstveni radnik može neprestano da posmatra pacijenta i da ga čuje.<sup>106</sup>

Valjalo bi razmotriti mogućnost redovnog podnošenja izveštaja nekom spoljnom nadzornom organu, kao što je, na primer, zdravstvena inspekcija. Očigledna prednost takvog mehanizma sastoji se u tome što bi on mogao da pruži nacionalni ili regionalni pregled prakse ograničavanja slobode kretanja pacijenata, što bi bilo od koristi zabolje poimanje pa, samim tim, i potpuniju kontrolu nad primenom sredstava za sputavanje.<sup>107</sup>

---

105 *Ibid.*, tačka 48.

106 *Ibid.*, tačka 50.

107 *Ibid.*, tačka 53.

## ***Hemijsko sputavanje***

Ako se pribegava hemijskim sredstvima kao što su sedativi, antipsihotici, hipnotici i trankilizatori, treba koristiti iste mere bezbednosti kao i kod mehaničkih sredstava. Moraju se neprestano imati na umu nus-pojave koje bi takvi lekovi mogli izazvati kod određenog pacijenta, posebno onda kada se takvim lekovima pribegava u kombinaciji sa mehaničkim ograničavanjem slobode kretanja ili izolacijom.<sup>108</sup>

## ***Manuelno sputavanje***

Početni pokušaji da se obuzdaju uz nemireni ili nasilni pacijenti moraju, koliko god je to moguće, biti nefizičke prirode (npr. verbalna uputstva), a tamo gde je fizičko obuzdavanje pacijenata neophodno, ono se u principu mora ograničiti na manuelno obuzdavanje.

Osoblje mora biti obučeno u tehnikama nefizičkog i manuelnog obuzdavanja uz nemirenih ili nasilnih pacijenata. Posedovanje takvih veština omogućuje osoblju da izabere naprakladniji odgovor kada se suoči sa teškim situacijama, pri čemu se u značajnoj meri smanjuje opasnost povređivanja pacijenata i osoblja.<sup>109</sup>

Psihijatrijski pacijenti treba da budu lečeni s poštovanjem i dostojanstveno, ali se povremeno se može dogoditi da je primena fizičke sile protiv pacijenta neizbežna kako bi se osigurala bezbednost i osoblja i samih pacijenata. Stvaranje i održavanje dobrih životnih uslova za pacijente, kao i odgovarajuće zdravstvene klime – što je primarni zadatak zaposlenih u bolnici – podrazumeva odsustvo svake agresije i nasilja među pacijentima i prema osoblju. Iz tog razloga od suštinskog je značaja da osoblje bude na odgovarajući način obučeno, i da rukovodstvo bude sposobno da se, na etički ispravan način, uhvati u koštač sa izazovom koji predstavlja jedan uz nemireni i/ili nasilni pacijent.<sup>110</sup>

U pojedinim slučajevima, ograničavanju kretanja pacijenata pribegava se zato što to odgovara zaposlenom osoblju; na taj način se obezbeđuju teški pacijenti dok se obavljaju drugi poslovi. Pacijenti koji su dobrovoljno došli u psihijatrijsku ustanovu mogu se sputavati samo ukoliko na to pristanu.<sup>111</sup>

Od imperativnog je značaja da se u svakom pojedinačnom slučaju ograničavanju slobode kretanja pacijenata pristupa isključivo uz dozvolu lekara ili da se, u najmanju ruku, na takve situacije bez odlaganja skrene pažnja lekaru,

108 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 41.

109 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 47.

110 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 37.

111 *Ibid.*, tačka 43.

kako bi se zatražilo njegovo odobrenje za privremenu meru. Postoji neopravданa sklonost da se sredstvima za obuzdavanje pacijenata češće pribegava ukoliko postoji unapred data *blanko* dozvola lekara, umesto da se odluke donose za svaki pojedinačni slučaj (odnosno, od situacije do situacije).<sup>112</sup>

Svaki slučaj fizičkog ograničavanja slobode kretanja pacijenta manuelnim obuzdavanjem mora biti evidentiran u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu, kao i u pacijentovom dosijeu. Upis u knjigu mora uključiti vreme kada je ta mera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribegavanje toj meri, ime lekara koji je naredio ili odobrio meru i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja.<sup>113</sup>

Detaljno i precizno evidentiranje svih slučajeva sputavanja pacijenata može pružiti bolničkoj upravi uvid u učestalost tih pojava i omogućiti joj da, gde god je to primereno, preduzme mere za smanjenje te učestalosti. Potrebno je da se otvori poseban registar u koji će se upisivati svi slučajevi u kojima se pribeglo sredstvima za ograničavanje slobode kretanja pacijenata. To je samo dodatak, pored evidencije koja se već vodi u ličnom medicinskom kartonu svakog pacijenta. U registar treba uneti podatke o vremenu kada je mera primenjena i trenutku kada je ona okončana; okolnostima pod kojima se toj meri pribeglo; razlozima koji su je prouzrokovali; treba navesti ime lekara koji je naredio ili odobrio takvu meru; konačno, treba navesti eventualne povrede koje su pretrpeli pacijenti ili pripadnici bolničkog osoblja. Pacijentima treba omogućiti da i sami unose komentare u registar i o tome ih treba obavestiti; na svoj zahtev trebalo bi da dobiju kopiju svega što je u registar u vezi sa njima uneto.<sup>114</sup>

### **Mehaničko sputavanje**

Izvesna mehanička ograničenja koja se još uvek mogu naći u nekim psihiatrijskim bolnicama, apsolutno su neprimerena toj svrsi, i mogu se nedvosmisleno smatrati ponižavajućima. Lisice, metalni lanci i kreveti-kavezi svakako spadaju u tu kategoriju, za njih nema valjanog mesta u psihiatrijskoj praksi, i trebalo bi ih smesta povući iz upotrebe.<sup>115</sup>

Pribegavanje instrumentima fizičkog sputavanja (kaiševi, „ludačke košulje“, itd.) je veoma retko opravdano i mora uvek biti izričito naloženo od strane lekara, ili se o tome lekar mora odmah obavestiti u svrhu traženja njegovog

112 *Ibid.*, tačka 44.

113 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 50.

114 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 52.

115 *Ibid.*, tačka 40.

odobrenja. Ukoliko se, izuzetno, pribegne instrumentima fizičkog sputavanja, ti instrumenti moraju biti uklonjeni čim to bude moguće; oni nikada ne smeju biti primenjivani, odnosno njihova primena produžavana, kao vrsta kazne. Primena instrumenta fizičkog sputavanja tokom više dana ne može imati bilo kakvog terapijskog opravdanja i predstavlja zlostavljanje.<sup>116</sup>

Za ispravnu primenu sredstava za obuzdavanje, na valjan način i u odgovarajućem okruženju, potrebno je više, a ne manje medicinskog osoblja, budući da je za svaki slučaj ograničavanja slobode kretanja neophodno da po jedan zdravstveni radnik neposredno, lično i stalno obavlja nadzor nad pacijentom. Pacijenti koji su dobrovoljno došli u psihijatrijsku ustanovu mogu se sputavati samo ukoliko na to pristanu.<sup>117</sup>

Od imperativnog je značaja da se, u svakom pojedinačnom slučaju, ograničavanja slobode kretanja pacijenata pristupa isključivo uz dozvolu lekara ili da se, u najmanju ruku, na takve situacije bez odlaganja skrene pažnja lekaru, kako bi se zatražilo njegovo odobrenje za privremenu meru. Postoji neopravданa sklonost da se sredstvima za obuzdavanje pacijenata češće pribegava ukoliko postoji unapred data *blanko* dozvola lekara, umesto da se odluke donose za svaki pojedinačni slučaj (odnosno, od situacije do situacije).<sup>118</sup>

Kada prestane hitna situacija koja je dovela do primene sredstava za sputavanje, pacijenta bi smesta trebalo oslobođiti.<sup>119</sup>

Osoblje u psihijatrijskoj bolnici trebalo bi ponajviše da vodi računa o tome da uslovi i okolnosti u vezi sa primenom sredstava za obuzdavanje još više ne otežaju mentalno i fizičko zdravlje pacijenta čija je sloboda kretanja na taj način ograničena. To, između ostalog, podrazumeva da prethodno propisani terapeutiski tretman ne treba, koliko je god to moguće, da bude prekidan, kao i da pacijenti koji zavise od određenih supstanci treba da dobiju odgovarajuća sredstva za uklanjanje apstinencijalnih simptoma. Pritom se ne bi smela praviti nikakva razlika u zavisnosti od toga da li su ti simptomi izazvani time što je pacijent liшен ilegalnih droga, nikotina ili nekih drugih supstanci koje izazivaju naviku.<sup>120</sup>

Mesto na kome je pacijent obuzdan trebalo bi da bude posebno projektovano i opremljeno u te svrhe. Ono mora da bude bezbedno i moralo bi da bude na odgovarajući način osvetljeno i zagrejano, jer se samo tako može stvoriti okruženje koje na pacijenta deluje umirujuće.

<sup>116</sup> *Ibid.*, tačka 48.

<sup>117</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 43.

<sup>118</sup> *Ibid.*, tačka 44.

<sup>119</sup> *Ibid.*, tačka 45.

<sup>120</sup> *Ibid.*, tačka 47.

Pacijent koji je na taj način sputan trebalo bi da bude primereno odeven i ne bi smeо da bude izložen pogledima drugih pacijenata, sem ukoliko on/ona to izričito ne traže ili u slučaju da je reč o pacijentu za koga je poznato da više voli da bude u društvu. U svim okolnostima mora biti zajemčeno da ostali pacijenti ne mogu ni na koji način povrediti pacijenta koji je sputan. Razume se, osoblju koje primenjuje sredstva za sputavanje na nekom pacijentu, nikako ne smeju pomagati drugi pacijenti.

Kada se već mora pribeti sredstvima za ograničavanje slobode kretanja, njih treba upotrebljavati stručno, pomno vodeći računa da se ni na koji način ne ugrozi zdravlje pacijenta ili da mu se ne nanese bol. Vitalne funkcije pacijenta, kao što su disanje, sposobnost komunikacije, mogućnost da jede i piye ničim ne smeju biti ugrožene ili osujećene. Ako je pacijent sklon ugrizima, pljuvanju ili sisanju, potencijalnu štetu treba izbeći na neki drugi način, a ne tako što mu se prekriteri usta.<sup>121</sup>

Da bi sredstva za obuzdavanje pacijenata bila primenjena na ispravan način, potrebno je da postoji brojno osoblje. Kada su udovi pacijenta vezani trakama ili kaiševima, stručno obučeni pripadnik zdravstvenog osoblja treba da bude neprestano prisutan, kako bi se održao taj neophodni terapeutski savez i kako bi se pružila pomoć pacijentu. Takva pomoć može podrazumevati praćenje pacijenta do toaleta ili, u izuzetnim slučajevima kada se fiksator ne može skinuti na svega nekoliko minuta, pomaganje pacijentu da uzme hranu. Video nadzor ne može da zameni takvo stalno prisustvo zdravstvenog osoblja.<sup>122</sup>

Svaki slučaj fizičkog ograničavanja slobode kretanja pacijenta korišćenjem instrumenata fizičkog sputavanja mora biti evidentiran u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu, kao i u pacijentovom dosijeu. Upis uknjigu mora uključiti vreme kada je ta mera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribegavanje toj meri, ime lekara koji je naredio ili odobrio meru i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja.<sup>123</sup>

Kada prestane hitna situacija koja je dovela do primene sredstava za sputavanje, pacijenta bi smesta trebalo oslobođiti. Međutim, povremeno se nailazi na pacijente koji su danima bili mehanički sputani. Nema nikakvog opravdanja za takvu praksu i ona, nije ništa drugo do zlostavljanje. Jedan od glavnih razloga opstajanja ovakve prakse jeste to što je veoma mali broj psihijatrijskih ustanova razradio jasna pravila u kojima se reguliše dužina perioda sputavanja pacijenata. Psihijatrijske ustanove bi trebalo da razmotre mogućnost usvajanja pravila po

121 *Ibid.*, tačka 48.

122 *Ibid.*, tačka 50.

123 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 50.

kome bi dozvola za primenu mehaničkih sredstava za sputavanje istekla posle određenog vremena, sem u slučaju da je lekar izričito ne produži. Lekarima će postojanje takvog pravila predstavljati snažan podsticaj da lično obiđu sputanog pacijenta i provere kakvo je njegovo/njeno mentalno i fizičko stanje.<sup>124</sup>

Onog trenutka kada su sa pacijenta ukinuta sredstva za sputavanje, od suštinskog je značaja da se sa njim odmah razgovara. Lekaru će to pružiti mogućnost da objasni razloge zbog kojih je ta mera bila preduzeta i da na taj način ublaži psihološku traumu koju je pacijent iskusio, kao i da uspostavi dobar odnos na relaciji lekar-pacijent. Pacijentu će takav razgovor pružiti priliku da objasni svoje emocije pre no što se pribeglo primeni sredstava za sputavanje i to može pomoći kako samom pacijentu da pronikne u svoje ponašanje, tako i medicinskomosoblju da ga razume. Pacijent i zdravstveni radnici zajednički mogu pokušati da iznađualternativna sredstva pomoći kojih bi pacijent uspevao sam sebe da kontroliše i timenajverovatnije spreči buduće ispadne nasilja i novo ograničavanje slobode kretanja.<sup>125</sup>

Svaki slučaj fizičkog ograničavanja slobode kretanja pacijenta mora biti evidentirano u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu (kao i u pacijentovom dosijeu). Upis u knjigu mora uključiti vreme kada je ta mera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribegavanje toj meri, ime lekara koji je naredio ili odobrio meru i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja. Ovim se u velikoj meri olakšava kako kontrola tih slučajeva, tako i sagledavanje raširenosti te pojave.<sup>126</sup>

Detaljno i precizno evidentiranje svih slučajeva sputavanja pacijenata može pružiti bolničkoj upravi uvid u učestalost tih pojava i omogućiti joj da, gde god je to primereno, preduzme mere za smanjenje te učestalosti. Potrebno je da se otvorи poseban registar u koji će se upisivati svi slučajevi u kojima se pribeglo sredstvima za ograničavanje slobode kretanja pacijenata. To je samo dodatak, pored evidencije koja se već vodi u ličnom medicinskom kartonu svakog pacijenta. U registar treba uneti podatke o vremenu kada je mera primenjena i trenutku kada je ona okončana; okolnostima pod kojima se toj meri pribeglo; razlozima koji su je prouzrokovali; treba navesti ime lekara koji je naredio ili odobrio takvu meru; konačno, treba navesti eventualne povrede koje su pretrpeli pacijenti ili pripadnici bolničkog osoblja. Pacijentima treba omogućiti da i sami unose komentare u registar i o tome ih treba obavestiti; na svoj zahtev trebalo bi da dobiju kopiju svega što je u registar u vezi sa njima uneto.<sup>127</sup>

124 *Ibid.*, tačka 45.

125 *Ibid.*, tačka 46

126 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 50.

127 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 52.

## Izolacija

Specijalni izvestilac zaključuje da dugotrajno zadržavanje u samici i izolacija osobe mogu predstavljati torturu ili zlostavljanje.<sup>128</sup>

Imajući u vidu umanjenu mentalnu sposobnost, kao i to da osamljivanje često rezultira pogoršanjem prethodnog mentalnog stanja, Specijalni izvestilac veruje da korišćenje osamljivanja u bilo kom trajanju nad osobama sa mentalnim invaliditetom predstavlja surov, nečovečan ili ponižavajući tretman i povredu člana 7 Međunarodnog pakta o građanskim i političkim pravima i člana 16. Konvencije UN protiv torture.<sup>129</sup>

Države treba da ukinu meru samice prema osobama sa mentalnim smetnjama. Fizičko izdvajanje osoba sa mentalnim smetnjama, u izuzetnim sličajevima, može biti neophodno iz razloga njihove bezbednosti, ali izolacija treba da bude strogo zabranjena.<sup>130</sup>

Mera samice u dužem trajanju može predstavljati torturu ili drugo surovo, nečovečno ili ponižavajuće postupanje ili kažnjavanje, te država treba ozbiljno ograničiti korišćenje ove mere u svrhu kažnjavanja lica lišenih slobode. Mera samice se ne bi trebala uopšte vršiti u slučajevima maloletnika ili osoba sa mentalnim smetnjama.<sup>131</sup>

Izolacija ili sputavanje kretanja mogu se koristiti samo u odgovarajućim ustanovama, i u skladu sa principom najmanjeg sputavanja, a srazmerno postojećem riziku, kako bi se sprečilo preteće ozleđivanje lica u pitanju ili drugih osoba. Takve mere se mogu koristiti samo pod medicinskim nadzorom i moraju biti na odgovarajući način dokumentovane. Pored toga, lice podvrgnuto izolaciji ili sputavanju kretanja se mora redovno nadzirati i razlozi za takve mere kao i trajanje takvih mera se moraju evidentirati u ličnom medicinskom dosijeu lica i u matičnoj knjizi.<sup>132</sup>

U savremenoj psihijatrijskoj praksi postoji jasna tendencija da se izbegne izdvajanje pacijenata u samicu, takva praksa se već ukida u mnogim zemljama. Izdvajanje u samicu se ne sme nikada koristiti kao kazna.<sup>133</sup>

Kada je reč o izolaciji, ta mera nije nužno valjana alternativa primeni mehaničkih, hemijskih ili drugih sredstava za obuzdavanje pacijenata. Stavljanje

128 Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008, para 56.

129 Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/66/268, 2011, tačka 78.

130 *Ibid.*, tačka 86.

131 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Paragvaju [CAT/OP/PRY/1 (2010)], tačka 185.

132 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 27.

133 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 49.

pacijenta u izolaciju može, kratkoročno gledano, dovesti do njegovog smirenja, ali je poznato da takav postupak može izazvati i dezorientisanost i anksioznost, bar kod nekih pacijenata. Drugačije rečeno, smeštanje pacijenata u samicu bez primene odgovarajućih propratnih mera bezbednosti, može imati sasvim suprotan rezultat.<sup>134</sup>

Od imperativnog je značaja da se u svakom pojedinačnom slučaju ograničavanju slobode kretanja pacijenata pristupa isključivo uz dozvolu lekara ili da se, u najmanju ruku, na takve situacije bez odlaganja skrene pažnja lekaru, kako bi se zatražilo njegovo odobrenje za privremenu meru. Postoji neopravданa sklonost da se sredstvima za obuzdavanje pacijenata češće pribegava ukoliko postoji unapred data *blanko* dozvola lekara, umesto da se odluke donose za svaki pojedinačni slučaj (odnosno, od situacije do situacije).<sup>135</sup>

Video nadzor ne može da zameni stalno prisustvo zdravstvenog osoblja. U slučajevima kada je pacijent izolovan, pripadnik osoblja može biti van njegove sobe, pod uslovom da ga pacijent vidi, kao i da taj zdravstveni radnik može neprestano da posmatra pacijenta i da ga čuje.<sup>136</sup>

## **LEČENJE PACIJENATA/KORISNIKA SA MENTALnim TEŠKOĆAMA**

Države strane ugovornice priznaju osobama sa invaliditetom pravo na ostvarivanje najvišeg mogućeg standarda zdravlja bez diskriminacije zasnovane na invaliditetu. Države strane ugovornice će preduzeti sve odgovarajuće mere kako bi osobama sa invaliditetom omogućile pristup zdravstvenim uslugama, vodeći računa o polu, uključujući rehabilitaciju u vezi sa zdravljem. Države strane ugovornice posebno će:

- a) obezbediti osobama sa invaliditetom isti izbor, kvalitet i standard besplatne ili pristupačne zdravstvene zaštite i programe koji se nude drugim licima, uključujući u oblasti seksualnog ili reproduktivnog zdravlja i javnih zdravstvenih programa namenjenih širokoj populaciji;
- b) obezbediti one zdravstvene usluge koje su konkretno potrebne osobama sa invaliditetom zbog njihovog invaliditeta, uključujući rano otkrivanje i intervenciju, po potrebi, i usluge namenjene suođenju na najmanju meru i sprečavanju daljeg invaliditeta, uključujući među decom i starijim osobama;

134 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 42.

135 *Ibid.*, tačka 44.

136 *Ibid.*, tačka 50.

- c) obezbediti ove zdravstvene usluge što je moguće bliže zajednicama где ljudi žive, uključujući seoske sredine;
- d) zatražiti od profesionalnih zdravstvenih radnika da obezbede isti kvalitet lečenja osobama sa invaliditetom kao i drugima, uključujući na osnovu slobodnog i informisanog pristanka, između ostalog, širenjem saznanja o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom putem obuke i usvajanjem etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu;
- e) zabraniti diskriminaciju prema osobama sa invaliditetom prilikom obezbeđenja zdravstvenog osiguranja i životnog osiguranja, ukoliko je takvo osiguranje dozvoljeno nacionalnim zakonodavstvom, koje će se obezbediti na pravedan i razuman način;
- f) sprečiti diskriminatorsko uskraćivanje zdravstvene zaštite ili zdravstvenih usluga ili hrane ili tečnosti na osnovu invaliditeta.<sup>137</sup>

### **Lekarski pregledi**

Potkomitet UN za prevenciju torture preporučuje da se lekarski pregledi sprovode u skladu sa principom medicinske poverljivosti: osim medicinskog osoblja, nijedna druga osoba ne treba da bude prisutna tokom zdravstvenog pregleda. U izuzetnim slučajevima, na primer kada lekar smatra da osoba zadržana iz medicinskih ili psihijatrijskih razloga predstavlja opasnost za medicinsko osoblje, mogu se predvideti posebne mere bezbednosti, kao što je prisustvo službenika obezbeđenja na kratkom rastojanju. U takvim slučajevima, lekar treba da sačini pismenu belešku o razlozima za tu odluku i upiše podatke o prisutnom službeniku. U ostalim slučajevima službenik obezbeđenja treba da bude van čujnog i vidnog dometa mestu gde se obavlja zdravstveni pregled.<sup>138</sup>

Potkomitet UN za prevenciju torture preporučuje da lekarski pregled svakog zadržanog lica treba da bude zabeležen i da sadrži: (a) istoriju bolesti; (b) postojanje tegoba ili simptoma, navode pregledanog lica kako su povrede nastale, i podatke o osobi koja je za to odgovorna; (c) rezultat fizičkog pregleda, uključujući opis svih povreda, kao i da li je pregledano celo telo; i (d) zaključak lekara o tome da li su napred navedena tri elementa međusobno konzistentna. Kada lekar ima osnova za pretpostavku postojanja mučenja i zlostavljanja, treba da navedeno unese u poseban, za to namenjen deo.<sup>139</sup>

---

137 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 25.

138 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Paragvaju [CAT/OP/PRY/1 (2010)], tačka 95.

139 *Ibid*, tačka 96.

Potkomitet UN za prevenciju torture preporučuje da se svim zadržanim licima omogući lekarski pregled što pre je to moguće po njihovom početnom zadržavanju. Taj pregled mora biti nezavisan, bez naknade i sproveden u skladu sa *Istanbulskim protokolom*.<sup>140</sup>

Potkomitet preporučuje da svaka država treba da ima jasne instrukcije za lekare koji rade u ustanovama za lišenje slobode, u cilju da ni jedan potencijalni akt torture ili zlostavljanja ne bude prikriven ili zanemaren, kao i da mora biti prijavljen nadležnim organima. Medicinski pregledi treba da se obavljaju u strogoj tajnosti. Po pravilu, čuvari treba da budu na dovoljnoj udaljenosti da ne vide i ne čuju medicinski pregled, u suprotnom njihovo prisustvo treba da bude uneto u zdravstveni karton. Medicinski fajlovi se čuvaju u tajnosti.<sup>141</sup>

Činjenicu da zadržano lice podvrgnuto medicinskom pregledu, ime lekara i rezultate ispitivanja treba propisno evidentirati.<sup>142</sup>

### ***Individualni plan lečenja***

Tretman treba da je zasnovan na individualizovanom pristupu, koji podrazumeva sastavljanje plana lečenja za svakog pacijenta. Ovo treba da uključuje okupacionu i grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti, uključujući i mogućnost vežbanja napolju, obrazovanja i odgovarajućeg posla.<sup>143</sup>

Osobe sa mentalnim smetnjama treba da dobiju tretman i negu koju pružaju odgovarajuće obučeni članovi osoblja i na osnovu odgovarajuće propisanog individualnog plana lečenja. Kada god je moguće, plan lečenja treba da bude pripremljen u saradnji sa osobom u pitanju i njeno mišljenje treba da bude uzeto u obzir. Plan treba da bude redovno proveravan i po potrebi menjan.<sup>144</sup>

Psihijatrijsko lečenje mora biti zasnovano na individualiziranom pristupu, koji podrazumeva sastavljanje posebnog plana lečenja za svakog pacijenta. To lečenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti.<sup>145</sup>

140 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tačka 39.

141 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Hondurasu [CAT/OP/HND/1 (2010)], tačka 155.

142 Skup principa UN za zaštitu svih lica u detenciji ili zatvoru [A/RES/43/173 (1988)], princip 26.

143 Potkomitet UN za prevenciju torture, Radni papir o mentalnom zdravlju i detenciji [CAT/OP/15/R.6/Rev.1], para. 17.

144 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 12.

145 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 37.

### ***Psiho-farmakološko lečenje***

Specijalni izvestilac zaključuje da prisilni i tretman bez pristanka (u smislu primene psihijatrijskih lekova, naročito neuroleptika) u tretmanu mentalnih stanja, mora biti pod detaljnim razmatranjem. U zavisnosti od okolnosti slučaja, pričinjena patnja i efekti po zdravlje pojedinca mogu predstavljati oblik torture i zlostavljanja.<sup>146</sup>

Psihofarmakološka terapija često čini sastavni deo lečenja pacijenata sa duševnim smetnjama. Moraju biti uspostavljeni takvi postupci kojima se osigurava da se propisana terapija zaista i pruža, te da redovno snabdevanje odgovarajućim lekovima bude garantovano. Osim toga, potrebno je pažljivo pratiti da li ima bilo kakvih znakova zloupotrebe lekova.<sup>147</sup>

### ***Psihoterapija***

Psihijatrijsko lečenje mora biti zasnovano na individualiziranom pristupu, koji podrazumeva sastavljanje posebnog plana lečenja za svakog pacijenta. To lečenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući grupnu terapiju i individualnu psihoterapiju.<sup>148</sup>

Obezbeđivanje smeštaja u malim grupama predstavlja ključni faktor u očuvanju/vraćanju dostojanstva pacijentu, te takođe predstavlja ključni element svake strategije psihološke i društvene rehabilitacije pacijenata. Smeštajne strukture ovog tipa takođe olakšavaju grupisanje pacijenata u odgovarajuće kategorije u terapijske svrhe.<sup>149</sup>

### ***Psiho-socijalni tretman i rehabilitacija***

Tretman treba da je zasnovan na individualizovanom pristupu, koji podrazumeva sastavljanje plana lečenja za svakog pacijenta. Ovo treba da uključuje okupacionu i grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti, uključujući i mogućnost vežbanja napolju, obrazovanja i odgovarajućeg posla.<sup>150</sup>

Potkomitet UN za prevenciju torture preporučuje da se pacijentima pruže veće mogućnosti da učestvuju u rehabilitacionim aktivnostima. Potkomitet takođe preporučuje da se svim pacijentima obezbede ormarići za smeštanje njihovih ličnih stvari.<sup>151</sup>

---

146 Specijalni izveštيلac UN za torturu, Izveštaj A/63/175, 2008, para. 63.

147 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 38.

148 *Ibid.*, tačka 37.

149 *Ibid.*, tačka 36.

150 Potkomitet UN za prevenciju torture, Radni papir o mentalnom zdravlju i detenciji [CAT/OP/15/R.6/Rev.1], para. 17.

151 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Paragvaju [CAT/OP/PRY/1 (2010)], tačka 224.

Psihijatrijsko lečenje mora biti zasnovano na individualiziranom pristupu, koji podrazumeva sastavljanje posebnog plana lečenja za svakog pacijenta. To lečenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti.<sup>152</sup>

U pojedinim psihiatrijskim ustanovama vidan je nedostatak osoblja koje je sposobljeno da vodi aktivnosti socijalne terapije (posebno je nedostatak radnih terapeuta). Razvoj specijalizirane obuke za psihiatrijsku negu i veći naglasak na socijalnoj terapiji mogu imati znatnog uticaja na kvalitet zdravstvene nege, te mogu dovesti do stvaranja takvog terapijskog ambijenta koji bi bio manje zasnovan na fizičkoj i medikamentoznoj terapiji.<sup>153</sup>

### ***Radno angažovanje***

Psihijatrijsko lečenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući i radnu terapiju. Poželjno je da se pacijentima omogući odgovarajući posao. Te fundamentalne komponente delotvornog psihosocijalnog rehabilitacionog tretmana su uobičajeno nerazvijene ili čak u potpunosti nedostaju.<sup>154</sup>

### ***Obrazovanje, kultura, zabava i sport***

Psihijatrijsko lečenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti. Pacijenti moraju imati redovan pristup odgovarajuće opremljenim prostorijama za rekreaciju, te imati mogućnost da se rekreiraju na otvorenom svakoga dana. Takođe, poželjno je da im bude omogućeno obrazovanje. Te fundamentalne komponente delotvornog psihosocijalnog rehabilitacionog tretmana su uobičajeno nerazvijene ili čak u potpunosti nedostaju.<sup>155</sup>

### ***Komunikacija sa spoljnjim svetom***

Održavanje kontakta sa spoljašnjim svetom je od suštinske važnosti, ne samo u svrhu sprečavanja zlostavljanja, nego i sa terapijskog stanovišta. Pacijenti moraju biti u mogućnosti da šalju i primaju poštu, da imaju pristup telefonu, te da primaju posete svoje rodbine i prijatelja. Mora im se takođe garantovati poverljiv kontakt sa advokatom.<sup>156</sup>

152 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 37.

153 *Ibid.*, tačka 43.

154 *Ibid.*, tačka 37.

155 *Ibid.*, tačka 37.

156 *Ibid.*, tačka 54.

## ***Lečenje somatskih oboljenja***

Osim psihijatrijskog, pacijentima je potrebno obezbediti i odgovarajuće somatsko lečenje i negu.<sup>157</sup>

## ***Odnos hospitalnog i posthospitalnog lečenja***

U psihijatrijskim ustanovama redovne provere pacijentovog stanja zdravlja predstavljaju jedan od temeljnih zahteva. Ovo, između ostalog, omogućuje da se donesu odluke zasnovane na dovoljno informacija u vezi sa mogućim otpuštanjem iz bolnice ili premeštanjem u manje restriktivan ambijent.<sup>158</sup>

Potrebno je usvojiti mere (poput ustanovljenja projekta „Kuća na pola puta“), kako bi se obezbedilo da se pacijenti više ne zadržavaju u psihijatrijskim bolnicama iz socio-ekonomskih, nego iz zdravstvenih razloga.<sup>159</sup>

## **ORGANIZACIJA BOLNICE/USTANOVE**

### ***Sredstva za rad bolnice***

Kvalitet životnih uslova i lečenja pacijenata u psihijatrijskim bolnicama neizbežno u velikoj meri zavise od raspoloživih sredstava. Jasno je da se u vreme ozbiljnih ekonomskih poteškoća mora stegnuti kaiš, uključujući tu i u zdravstvenim ustanovama. Međutim, osiguranje osnovnih životnih potreba mora uvek biti garantovano u institucijama gde se nalaze osobe koje su pod brigom države i/ili koje ona čuva. Ovo uključuje obezbeđivanje dovoljno hrane, odgovarajuće grejanje i odeću, kao i odgovarajuću terapiju u zdravstvenim ustanovama.<sup>160</sup>

### ***Osoblje***

Profesionalno osoblje uključeno u rad zdravstvenih ustanova treba da ima odgovarajuće kvalifikacije i obučenost za obavljanje posla u skladu sa profesionalnim obavezama i standardima.

Naročito, osoblje treba da dobije odgovarajuću obuku:

- o zaštiti dostojanstva, ljudskih prava i osnovnih sloboda osoba sa mentalnim smetnjama;
- o razumevanju, prevenciji i kontroli nasilja;

157 Ibid., tač. 32.

158 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tač. 40.

159 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Argentini [CAT/OP/ARG/1 (2013)], tač. 98.

160 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tač. 33.

- o merama izbegavanja upotrebe sputavanja ili izolacije;
- o ograničenim situacijama, kada oblici sputavanja ili izolacije mogu biti izuzetno opravdani, uzimajući u obzir korist i rizike koje obuhvata takvo postupanje, i pravilnu upotrebu takvih mera.<sup>161</sup>

### ***Broj i struktura osoblja***

Kadrovska popunjenošta mora biti adekvatna u smislu broja, vrste osoblja (psihiatri, lekari opšte prakse, medicinske sestre, psiholozi, radni terapeuti, socijalni radnici, itd.), te iskustva i stručne osposobljenosti. Nedostaci u kadrovskoj osposobljenosti često ozbiljno osujeću pokušaje da se pacijentima osigura adekvatan tretman, koji mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti, obrazovanje i odgovarajući posao. Nadalje, to može dovesti do situacija visokog rizika za pacijente, bez obzira na sve dobre namere i iskrene napore osoblja.<sup>162</sup>

U nekim psihiatrijskim ustanovama mali je broj kvalifikovanih psihiatrijskih sestara među medicinskim osobljem, kao i nedostatak osoblja koje bi bilo ospozljeno da vodi aktivnosti socijalne terapije (posebno nedostatak radnih terapeuti). Razvoj specijalizirane obuke za psihiatrijsku negu i veći naglasak na socijalnoj terapiji mogu imati znatnog uticaja na kvalitet zdravstvene nege, temogu dovesti do stvaranja takvog terapijskog ambijenta koji bi bio manje zasnovan na fizičkoj i medikamentoznoj terapiji.<sup>163</sup>

Posebno je značajna uloga lekara i osoblja koje neguje pacijente, veoma je bitna njihova iskrena zainteresovanost za uspostavljanje terapijskog odnosa sa pacijentima. Bitno je da se ne zanemaruju pacijenti koji se smatraju neugodnim ili oni za koje se smatra da ne postoji mogućnost rehabilitacije.<sup>164</sup>

Od suštinske je važnosti da budu ustanovljeni odgovarajući postupci kako bi se zaštitili određeni psihiatrijski pacijenti od drugih pacijenata koji bi ih mogli povrediti. Ovo, između ostalog, zahteva prisustvo adekvatnog broja osoblja u svakom momentu, uključujući tu i tokom noći i vikenda.<sup>165</sup>

Pravilna kontrola svih kategorija osoblja od strane uprave može takođe značajno doprineti sprečavanju zlostavljanja. Uopšte uzev, rukovodeće osoblje mora osigurati da terapijska uloga osoblja u psihiatrijskim ustanovama ne bude

161 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 11.

162 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 42.

163 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 43.

164 *Ibid.*, tačka 44.

165 *Ibid.*, tačka 30.

smatrana od drugorazrednog značaja u odnosu na bezbednost. Slično tome, pravila i praksa koja bi mogla stvoriti atmosferu napetosti između osoblja i pacijenata moraju biti revidirana na prikladan način.<sup>166</sup>

Ispravno obuzdavanje jednog uznemirenog ili nasilnog pacijenta nije nimalo lak zadatka za osoblje. Tu nije od suštinskog značaja samo početna obuka, već se moraju redovno organizovati dodatni kursevi za osvežavanje znanja. Takva obuka ne bi smela da se usredsredi samo na davanje uputstava o tome na koji način treba pravilno upotrebiti sredstva za obuzdavanje, već bi ona, što je podjednako važno, morala da omogući da osoblje shvati na koji način takvo obuzdavanje može uticati na pacijenta, kao i da nauči da vodi brigu o pacijentu koji je obuzdan.<sup>167</sup>

Da bi sredstva za obuzdavanje pacijenata bila primenjena na ispravan način, potrebno je da postoji brojno osoblje. Na primer, onda kada su udovi pacijenta vezani trakama ili kaiševima, stručno obučeni pripadnik zdravstvenog osoblja treba da bude neprestano prisutan, kako bi se održao taj neophodni terapeutski savez i kako bi se pružila pomoć pacijentu. Takva pomoć može podrazumevati praćenje pacijenta do toaleta ili, u izuzetnim slučajevima kada se fiksator ne može skinuti na svega nekoliko minuta, pomaganje pacijentu da uzme hranu. Jasno je da video nadzor ne može da zameni takvo stalno prisustvo zdravstvenog osoblja. U slučajevima kada je pacijent izolovan, pripadnik osoblja može biti van njegove sobe, pod uslovom da ga pacijent vidi, kao i da taj zdravstveni radnik može neprestano da posmatra pacijenta i da ga čuje.<sup>168</sup>

Opšte je pravilo da sputavanje pacijenta treba da bude samo poslednje sredstvo. To je ekstremna mera koja se primenjuje kako bi se sprečila neposredna povreda, ili kako bi se smanjila akutna uznemirenost i/ili nasilje. U stvarnosti, pacijenti se, najčešće pomoću mehaničkih fiksatora, sputavaju radi kažnjavanja zbog onoga što se smatra rđavim ponašanjem, ili pak nastojeći da na taj način dovedu do promene u njihovom ponašanju. Štaviše, u mnogim psihiyatriskim ustanovama sputavanju i ograničavanju kretanja pacijenata pribegava se zato što to odgovara zaposlenom osoblju. Na taj način se obezbeđuju teški pacijenti dok se obavljaju drugi poslovi. Uobičajeno objašnjenje je da je, usled nedostatka osoblja, neophodno pribeti sputavanju pacijenata. To je nezdravo rezonovanje. Za ispravnu primenu sredstava za obuzdavanje na valjan način, i u odgovarajućem okruženju, potrebno je više, a ne manje – medicinskog osoblja,

---

<sup>166</sup> *Ibid.*, tačka 31.

<sup>167</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 49.

<sup>168</sup> *Ibid.*, tačka 50.

budući da je za svaki slučaj ograničavanja slobode kretanja neophodno da po jedan zdravstveni radnik neposredno, lično i stalno obavlja nadzor nad pacijentom.<sup>169</sup>

### **Koordinacija u radu**

Važno je da se različite kategorije osoblja koje radi u psihijatrijskoj jedinici redovno sastaju i formiraju tim pod vođstvom glavnog lekara. Ovo omogućava da se svakodnevni problemi identifikuju, da se o njima raspravlja, a da osoblju budu davana uputstva. Nedostatak takvih mogućnosti može dovesti do frustracije i zlovolje među osobljem.<sup>170</sup>

Imajući u vidu tešku prirodu njihovog posla, od ključne je važnosti da pomoćno osoblje tokom izvršavanja svojih zadataka bude pažljivo nadzirano i rukovođeno od strane stručnog zdravstvenog osoblja.<sup>171</sup>

### **Obuka osoblja**

Države strane ugovornice posebno će zatražiti od profesionalnih zdravstvenih radnika da obezbede isti kvalitet lečenja osobama sa invaliditetom kao i drugima, uključujući na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, između ostalog, širenjem saznanja o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom putem obuke i usvajanjem etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu.<sup>172</sup>

Osoblje treba posebno proći odgovarajuću obuku u pogledu: zaštite dostojanstva, ljudskih prava i osnovnih sloboda lica sa mentalnim smetnjama; razumevanja, sprečavanja i obuzdavanja nasilja; mera za izbegavanje fizičkog obuzdavanja ili izolacije; ograničenih okolnosti u kojima različite metode obuzdavanja ili izolacije mogu biti opravdane, imajući u vidu prednosti i rizike koje to sa sobim nosi, te pravilnu primenu takvih mera.<sup>173</sup>

Spoljna stimulacija i podrška su takođe neophodni kako bi se osiguralo da osoblje psihijatrijskih ustanova ne postane previše izolovano. U vezi sa tim, vrlo je poželjno da takvom osoblju budu ponuđene mogućnosti za obuku izvan sopstvene ustanove, kao i mogućnosti za dodelu na rad nekoj drugoj psihijatrijskoj ustanovi. Slično tome, treba stimulisati prisustvo nezavisnih osoba, npr. studenata i istraživača.<sup>174</sup>

Imajući u vidu tešku prirodu njihovog posla, od ključne je važnosti da

169 Ibid., tačka 43.

170 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 45.

171 Ibid., tačka 28.

172 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 25.

173 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 11.

174 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 46.

pomoćno osoblje bude pažljivo izabrano i da dobije odgovarajuću obuku, kako pre preuzimanja svojih dužnosti, tako i tokom obuke u službi.<sup>175</sup>

Razvoj specijalizirane obuke za psihijatrijsku negu i veći naglasak na socijalnoj terapiji mogu imati znatnog uticaja na kvalitet zdravstvene nege, te mogu dovesti do stvaranja takvog terapijskog ambijenta koji bi bio manje zasnovan na fizičkoj i medikamentoznoj terapiji.<sup>176</sup>

Povremeno se može dogoditi da je primena fizičke sile protiv pacijenta neizbežna kako bi se osigurala bezbednost i osoblja i samih pacijenata. Iz tog razloga od suštinskog je značaja da osoblje bude na odgovarajući način obučeno, kako bi se na etički ispravan način postupalo prema uznenemirem i/ili nasilnim pacijentima.<sup>177</sup>

Može se dogoditi da je linija koja razdvaja srazmernu fizičku silu primenjenu radi kontrolisanja pacijenta od akata nasilja sasvim tanka. Ako se ta linija pređe, to je često rezultat nespremnosti i neznanja, a ne zle namere. U mnogim slučajevima osoblje jednostavno nije adekvatno opremljeno da interveniše u suočenosti sa uznenemirem i/ili agresivnim pacijentima.<sup>178</sup>

Osoblje mora biti obučeno u tehnikama ne-fizičkog i manuelnog obuzdavanja uznenemirenih ili nasilnih pacijenata. Posedovanje takvih veština omogućuje osoblju da izabere naprakladniji odgovor kada se suoči sa teškim situacijama, pri čemu se u značajnoj meri smanjuje opasnost povređivanja pacijenata i osoblja.<sup>179</sup>

Ispravno obuzdavanje jednog uznenemirenog ili nasilnog pacijenta nije nimalo lak zadatak za osoblje. Tu nije od suštinskog značaja samo početna obuka, već se moraju redovno organizovati dodatni kursevi za osvežavanje znanja. Takva obuka ne bi smela da se usredredi samo na davanje uputstava o tome na koji način treba pravilno upotrebiti sredstva za obuzdavanje, već bi ona, što je podjednako važno, morala da omogući da osoblje shvati na koji način takvo obuzdavanje može uticati na pacijenta, kao i da nauči da vodi brigu o pacijentu koji je obuzdan.<sup>180</sup>

Potkomitet preporučuje da svaka država treba da ima jasne instrukcije za le-kare koji rade u ustanovama za lišenje slobode u cilju da nijedan potencijalni akt torture ili zlostavljanja ne bude prikriven ili zanemaren, kao i da mora biti prijavljen nadležnim organima. Medicinski pregledi treba da se obavljaju u strogoj tajnosti. Po pravilu, čuvari treba da budu na dovoljnoj udaljenosti da ne vide i ne

<sup>175</sup> *Ibid.*, tačka 28.

<sup>176</sup> *Ibid.*, tačka 43.

<sup>177</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 37.

<sup>178</sup> *Ibid.*, tačka 38.

<sup>179</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 47.

<sup>180</sup> Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 16. Opšti izveštaj [CPT/Inf (2006) 35], tačka 49

čuju medicinski pregled, u suprotnom njihovo prisustvo treba da bude uneto u zdravstveni karton. Medicinska dokumentacija se čuva u tajnosti.<sup>181</sup>

### **Zdravstvene evidencije**

Svi lični podaci koji se tiču lica sa mentalnim smetnjama treba da se smatraju poverljivim. Takvi se podaci mogu prikupljati, obrađivati i saopštavati samo u skladu sa pravilima koja se odnose na profesionalnu poverljivost i zaštitu podataka o ličnosti. Jasna i sveobuhvatna medicinska, a po potrebi i administrativna evidencija, vodiće se za sva lica sa mentalnim smetnjama koje su smeštene u ustanovu ili lečene zbog takvog poremećaja. Uslovi koji propisuju pristup takvim informacijama treba da budu jasno i konkretno određeni zakonom.<sup>182</sup>

Svakom pacijentu mora biti otvoren lični i poverljiv medicinski dosije. Ovaj dosije mora sadržavati dijagnostičke informacije (uključujući i rezultate svih specijalnih ispitivanja kojima je pacijent bio podvrgnut), kao i tekuću evidenciju pacijentovog mentalnog i somatskog stanja, te njegovog lečenja. Pacijent mora biti u mogućnosti da ima uvida u svoj dosije, osim ukoliko to nije preporučljivo sa terapijske tačke gledišta, te da zahteva da informacije koje taj dosije sadrži budu učinjene dostupnim njegовоj porodici ili advokatu. Nadalje, u slučaju premeštanja, ovaj dosije mora biti prosleđen lekarima u prijemnoj ustanovi; u slučaju otpuštanja, dosije treba proslediti – uz pristanak pacijenta – lekaru u zajednici na slobodi.<sup>183</sup>

Potkomitet preporučuje da svaka država treba da ima jasne instrukcije za lekare koji rade u ustanovama za lišenje slobode, u cilju da ni jedan potencijalni akt torture ili zlostavljanja ne bude prikriven ili zanemaren, kao i da mora biti prijavljen nadležnim organima. Medicinski pregledi treba da se obavljaju u strogoj tajnosti. Po pravilu, službenik obezbeđenja treba da bude van čujnog i vidnog dometa, u suprotnom njihovo prisustvo treba da bude uneto u zdravstveni karton. Medicinski fajlovi se čuvaju u tajnosti.<sup>184</sup>

181 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Hondurasu [CAT/OP/HND/1 (2010)], tačka 155.

182 Savet Evrope, Preporuka Komiteta ministara [Rec (2004) 10], član 13.

183 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 40.

184 Potkomitet UN za prevenciju torture, Izveštaj o poseti Brazilu [CAT/OP/BRA/1 (2012)], tačka 51.

## ZAKLJUČAK

Standardi ljudskih prava u postupanju prema osobama sa mentalnim teškoćama u rezidencijalnim ustanovama koji su prikazani u ovom radu i u publikaciji prema kojoj je ovaj rad izrađen, obuhvataju veliki broj relevantnih standarda koji direktno ili indirektno diraju u problematiku tretmana, ljudskih prava i autonomije osoba sa mentalnim teškoćama, i obuhvataju standarde iz svih relevantnih izvora.

Predstavljeni standardi su progresivni, odnosno predstavljeni su oni koji su u skladu sa postignutim nivoom zaštite prava osoba sa invaliditetom, a koji je, u međunarodnom kontekstu, uglavnom sadržan u Konvenciji UN o pravima osoba sa invaliditetom i Konvenciji UN protiv torture.

Kao takav, ovaj rad ali i celu publikaciju „Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama – zdravstvena i socijalna zaštita“<sup>185</sup>, mogu da posluže kao izvor kvalitativnih instrukcija širokom spektru aktera – od donosilaca politike i pravnih akata, preko medicinskih profesionalaca i profesionalaca u socijalnom radu, do samih nosilaca prava i obaveza u datom kontekstu.

---

<sup>185</sup> Milan M. Marković i Ana Janković-Jovanović, „Standardi ljudskih prava i poštovanje prema osobama sa mentalnim teškoćama: zdravstvena i socijalna zaštita“, Zaštitnik građana Republike Srbije, 2017, Beograd.

# **RIGHTS OF THE PERSONS WITH MENTAL DISABILITIES IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS – THE MOST IMPORTANT STANDARDS**

## ***Summary***

*This paper presents an overview of the collected relevant international documents and standards that directly or indirectly touch upon the problem of treatment, human rights and autonomy of persons with mental disabilities in residential institutions. The standards that are stated include standards on the preservation of dignity and integrity of persons with mental disabilities, standards for the prohibition of torture and ill-treatment, non-discrimination, the rights of these persons to health care, including information on patients' rights, choice of doctors, information about the disease and treatment, the necessary consent to treatment, confidentiality of patient personal data, then standards regarding protection of rights of patients with mental disabilities, but also standards regarding restrictions on the rights of patients in the form of forced hospitalization, a manual, mechanical and chemical restraints, and many others.*

**Key words:** *mental disabilities, human rights, restriction of rights, treatment, restraint*

# ASPEKTI MEDICINSKOG I PROCESNOG PRAVA U ZAŠTITI KORISNIKA REZIDENCIJALNOG SMEŠTAJA

Dr Hajrija Mujović\*

*U današnje vreme pitanja zaštite korisnika rezidencijalnog smeštaja postaju akv tuelna, ne samo sa gledišta njihovog opšteg zdravstvenog stanja, nego i procene njihove sposobnosti odlučivanja, koja direktno uslovjava ostvarivanje ili, eventualno, gubitak određenih građanskih prava iz oblasti socijalne zaštite, radnih i porodičnih odnosa. Postoji dvojni pristup sa stanovišta materijalnog i procesnog prava. Kod procene sposobnosti osoba sa nekim oblikom mentalnih smetnji ili bolesti, postavlja se pitanje kako ove slučajeve medicinski i pravno razrešiti na adekvatan i optimalan način. Nije reč samo o lečenju, već i o tome da veštački psihijatar ima funkciju da u okviru pojedinih pravnih postupaka, procenjuje mentalni kapacitet konkretnе osobe po principima savesnosti i objektivnosti. Veliku ulogu u toj ekspertizi igraju opšteprihvaćeni principi proizašli iz reformi modernog prava o zaštiti mentalnog zdravlja i međunarodnih standarda u zaštiti osoba sa invaliditetom (poteškoćama). Oni se odnose na specifičnosti pristanka na lečenje, relevantnost 'zamenjujućeg' pristanka, kao i restriktivnost prinudne hospitalizacije, i zbrinjavanja ne samo u psihijatrijskim ustanovama, već i u široj društvenoj zajednici, kroz razne segmente brige za život i rad osoba sa mentalnim poteškoćama. Da bi se postupanje učinilo efikasnijim,*

\* Naučna savetnica Instituta društvenih nauka u Beogradu (Centar za pravna istraživanja) i potpredsednica Udruženja pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije (SUPRAM). Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

*neophodno je da se usvoje važeća profesionalno-metodološka uputstva, kako za psihijatre, tako i za sud. Pri tome se uvek ističe značaj prevencije, nadzora i određenog vida 'civilne kontrole' psihijatrijskih ustanova.*

**Ključne reči:** mentalno zdravlje, rezident, ljudska prava, zdravstvena i socijalna zaštita

## UVOD

Položaj osoba koje imaju zdravstvene, a u vezi sa tim i socijalne potrebe u oblasti mentalnog zdravlja, neophodno je sagledati sa više aspekata, koji obuhvataju regulativu takođe po više osnova i nivoa, ali isto tako i teorijska saznanja i usvojenu praksi u postupanju prema tim osobama. Pristup problemima donekle stvara više pravnih režima u primeni propisa i upravo je tekovina novijeg doba da se vrši njihovo prečišćavanje, usklađivanje i harmonizovanje, a sve u cilju unapređenja usluga i poboljšanja položaja korisnika. Praksa rezidencijalnih usluga ogleda se takođe u radu intersektorskih službi, ali i odvojenih procedura i specifičnih pitanja svake od službi kroz rad nadležnih ustanova i pravnih instanci. Oba pristupa su neophodna i, u krajnjem ishodištu, treba da dovedu do koordinacije njihovog rada.

Zaštita ljudskih prava u kontekstu rezidencijalnog smeštaja ima posebnu težinu, ne samo sa zdravstvenog stanovišta, nego i za samu društvenu zajednicu. Tamo gde se javljaju nepouzdanosti na nivou dijagnostike, nivou procene sposobnosti, kao i opasnosti koju mentalno oboleli predstavlja za sebe i okolinu, na nivou načina njegove hospitalizacije, trajanja, kao i procene izlečenja, vrlo lako može doći do zloupotreba. Već sama tvrdnja o postojanju nekog patološkog stanja unosi znatan subjektivni stepen tumačenja od strane psihijatra, ali koji je dobrom delom zasnovan i na kulturnim i društvenim normama. Često postoji šematski pristup – da je mentalna bolest uvek jednako stanje opasnosti po okolinu i celokupno društvo. Takvim stavom i potrebama zaštite i izolacije lako su se ponekad pravdale preterane mere fizičke prinude prema obolelim, kao i korišćenje elektro-terapije u lečenju.<sup>1</sup> Zato je stvaranje kvalitetne pravne osno-

---

1 M. L. Perlin, *Mental Disability Law – Civil and Criminal*, New York Law School, Virginia, 1989, Volume 3, pg. 72; videti više: A. Carmi, D. Moussaoui, J. Arboleda-Florez, *Teaching Ethics in Psychiatry: Case-Vignettes*, UNESCO Chair in Bioethics/WPA Standing Committee on Ethics, Haifa, 2005, str. 1-86; -T. Douraki, „European guarantees the

ve za izjednačavanje mogućnosti ove društvene grupe za socijalnu integraciju veoma bitan korak. Međutim, kako se domen normativnog i stvarnog nikada ne poklapaju, poput slike i njenog odraza u ogledalu, potrebno je istaći kolika su ta odstupanja. Naime, poslednjih decenija se sa tzv. *medicinskog* modela tumačenja invaliditeta, koji je deo konzervativne tradicije političke misli, prešlo na tzv. *socijalni* model. Aktivnosti brojnih pokreta osoba sa invaliditetom bile su od odlučujućeg značaja za uspostavljanje socijalnog modela tumačenja invaliditeta. Drugim rečima, kada je invaliditet u pitanju, pažnja se sada usmerava na ostvarivanje ljudskih prava, na uklanjanje prepreka za podjednako učešće, kao i na uklanjanje institucionalne diskriminacije.<sup>2</sup>

Imajući sve to u vidu, pravna i strukovna regulativa u savremenom kontekstu fokusira se na donošenje smernica i dijaloga između sudije, psihijatra i drugih instanci gde se donose medicinske odluke. Postoji osobenost pristupa sa stanovišta ljudskih prava koji je univerzalan i vezan za aktuelne važeće standarde. Specifičnosti pristupa sa stanovišta medicinskog prava ogledaju se u sagledavanju pacijentovih prava kroz segmente zaštite i nege, kao što su: osnova tj. primarna zdravstvena zaštita, psihijatrijska i druga specijalistička zaštita, rezidencijalna zaštita, kao i zaštita kroz povezivanje zdravstvenog i socijalnog sektora.

## PRAVNI IZVORI I RAZVOJ REGULATIVE

Oblast mentalnog zdravlja prate brojni pravni i stručno-medicinski izvori koji su različiti. Svima je zajedničko da se insistira na poštovanju visoko postavljenih standarda zaštite i polazi od međunarodnih i uporednih izvora, do nacionalnih i lokalnih. Svetska zdravstvena organizacija je devedesetih godina izdala objavu pod naslovom – *Deset principa u mentalnom zdravlju*,<sup>3</sup> koju čine: 1) promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja; 2) pristup

- 
- protection of mental patients”, *Pravni život*, 9/2000, str. 145–157; D. Drakić, „Odnos društva prema duševnom bolesniku kroz istoriju i danas“, *Pravni život*, 9/2003, str. 343–349; J. Marić, „Psihički poremećaji u zatvorskim uslovima“, *Pravni život*, 9/1998, str. 487–496; D.Krajnović/ H.Mujović Zornić, "Zakonska regulativa u odnosu na lekove koji deluju na nervni sistem", u: *Neuroetika*, ur. Z.Todorović, K.Turza, J.Drulović, Beograd, 2017, str.199–208 .
- 2 J. Petrović, „Pregled odnosa društva prema osobama sa invaliditetom kroz istoriju“, *Teme*, 2/2012, str. 881.
- 3 Mental health care law: Ten basic principles, with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation, WHO/MNH/MND/96.9, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1996.

osnovnoj mentalnoj zdravstvenoj zaštiti; 3) procena mentalnog zdravlja u skladu sa međunarodno prihvaćenim principima; 4) pružanje najmanje restriktivne vrste mentalnog zdravlja; 5) samoodređenje; 6) pravo na pomoć u vršenju samoodređenja; 7) dost u pnost procedure nadzora; 8) mehanizmi redovnog periodičnog praćenja; 9) kvalifikovani donosioci odluka; 10) vladavina prava. Poslednji navedeni princip, koji se tiče poštovanja zakona, dat je sa značenjem da odluke koje sadrže meru prinude treba da budu donete od strane pravnog tj. pravosudnog organa, a ne po nekoj drugoj, proizvoljnoj osnovi. Važna dokumenta Svetskog medicinskog udruženja (WMA), posebno Svetske psihijatrijske asocijacije (WPA), doneta su kao vodeća dokumenta za oblast mentalnog zdravlja, i to: Madridska deklaracija, Havajska deklaracija i Atinska deklaracija o mentalnom zdravlju.<sup>4</sup>

Evropska regulativa takođe je prisutna u nekoliko značajnih dokumenata, kao što su: Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (1950),<sup>5</sup> Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (1997)<sup>6</sup>, Povelja o osnovnim pravima EU (2000)<sup>7</sup>, Deklaracija za mentalno zdravlje za Evropu i Akcioni plan mentalnog zdravlja za Evropu (2005)<sup>8</sup>, Evropski Pakt za mentalno zdravlje (2008)<sup>9</sup> pod nazivom „Mentalno zdravlje u svim politikama“. Postavljaju se kao glavni ciljevi: veći uticaj javne politike na determinante mentalnog zdravlja, smanjenje nejednakosti u mentalnom zdravlju, prednosti Povelje o osnovnim pravima Evropske unije, promovisanje mentalnog zdravlja u različitim oblastima politike, i veća odgovornost političara da utiču na mentalno zdravlje, kao i sudska praksa Evropskog suda za ljudska prava u Strazburu.

- 
- 4 Declarations on Ethical Standards – Madrid Declaration on Ethical Standards (amended September 2005) – Historical Note on WPA Work on Ethics – Declaration of Hawaii/ II (approved by the General Assembly of the WPA in Vienna in 1983) – WPA Statement and Viewpoints on the Rights and Legal Safeguards of the Mentally III (adopted by the WPA General Assembly in Athens in 1989) – Declaration on the Participation of Psychiatrists in the Death Penalty (adopted by the General Assembly of the WPA in Athens in 1989) – Statement on Review Procedures.
  - 5 Zakon o ratifikaciji Evropske konvencije za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda, *Službeni list SCG – Međunarodni ugovori*, 9/2003; Zakon o ratifikaciji Evropske Konvencije za sprečavanje mučenja, *Službeni list SCG – Međunarodni ugovori*, br. 9/2003.
  - 6 Zakon o ratifikaciji Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primene u biologiji i medicini, ili: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, *Službeni glasnik RS - Međunarodni ugovori*, 12/2010.
  - 7 Povelja o osnovnim pravima Evropske unije; dostupno na adresi: [http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images\\_files\\_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf](http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images_files_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf) (04.10.2017).
  - 8 EUR/04/5047810/6, January 14.th 2005. Helsinki, Finland.
  - 9 WHO Mental Health Declaration for Europe, 2005; European Pact for Mental Health and Well-being, EU High-level Conference, Brussels 12-13 june, 2008.

Hronološki, kao rezultanta mnogih međunarodnih napora, usvojena je Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom (poteškoćama) – CRPD<sup>10</sup>, koja je ratifikovana od 174 države i po važnosti jedan je od devet temeljnih ugovora o ljudskim pravima UN-a. Ona navodi osnovna prava koja osobe sa invaliditetom treba da uživaju u pravednom društvu, čija je svrha promovisanje, zaštita i osiguranje punog i jednakog uživanja svih ljudskih prava i osnovnih sloboda osobama sa invaliditetom i poštovanje njihovog dostojanstva. To znači uklanjanje svih oblika diskriminacije. Većina prava u Konvenciji zaštićena je drugim dokumentima UN-a, ali, ovde se to čini na način koji je specifičan za osobe sa invaliditetom. Konvencija sadrži niz građanskih i političkih prava: pravo na slobodu (član 14), pravo na lični integritet (član 17), pravo na slobodu izražavanja (član 21), pravo na privatnost (član 22), pravo na zaštitu od mučenja i nečovečnog postupanja (član 15) i pravo na jednakost pred zakonom i pristup pravdi (član 12-13). Ona uključuje ekonomska, socijalna i kulturna prava: pravo na dom i porodični život (član 23), pravo na obrazovanje (član 24) i pravo na zdravlje (član 25), kao i habilitaciju i rehabilitaciju (član 26). Neka od prava istaknuta su kao posebno značajna za položaj osoba sa invaliditetom (poteškoćama): pravo na jednakost i zabranu diskriminacije (član 5), pravo na nezavisno stanovanje i uključivanje u zajednicu (član 19), pravo na ličnu mobilnost (član 20), pravo na rad i zapošljavanje (član 27), i pravo na zaštitu od iskorišćavanja, nasilja i zloupotrebe (član 16). U odnosu na naziv Konvencije i izraze koje ona koristi postavilo se pitanje obuhvata osoba i njene primene. Prema navodima Konvencije, ona uključuje osobe koje imaju dugotrajna fizička, mentalna, intelektualna ili emotivna oštećenja, koja, u interakciji sa raznim preprekama, mogu da ometaju njihovo puno i efikasno učešće u društvu, na jednakoj osnovi sa drugima. Mnogi iz ovog teksta zaključuju da tradicionalno zakonodavstvo o mentalnom zdravlju u većini država, striktno tumačeći, krši odredbe Konvencije, i to naročito: član 4 („tretman bez diskriminacije bilo koje vrste po osnovu invalidnosti“), član 12 („osobe sa invaliditetom ostvaruju svoj pravni kapacitet ravnopravno sa drugima u svim aspektima života“) i član 14 („postojanje invaliditeta ni u kom slučaju ne može biti opravданje za lišavanje slobode“).<sup>11</sup> Zbog toga se, u cilju razumevanja i bolje implementacije, usvajaju smernice za primenu određenih članova, kao npr. smernice o članu 14 – pravo na slobodu i sigurnost osoba sa invaliditetom

10 United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), Geneva, 2006; Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS* – Međunarodni ugovori, 42/2009.

11 G. Szumukler, R. Daw, F. Callard, Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities, doi: 10.1016/j.ijl.2013.11.024, Int J Law Psychiatry, 3/2014, pg. 245.

(2015).<sup>12</sup> Daju se, takođe, u tom pravcu, opšti komentari, kao što su: opšti komentar br. 1 – jednakost pred zakonom (2014), opšti komentar br. 2 – pristupačnost (2014), opšti komentar br. 3 – o ženama i devojkama sa invaliditetom (2016), opšti komentar br. 4 – pravo na inkluzivno obrazovanje.<sup>13</sup> Izraz *disability* podrazumeva svaku vrstu onesposobljenosti – poteškoću, smetnju, invalidnost. Međutim, to nije samo jednostavno pitanje termina, već može, takođe, da stvori neodređenost u pogledu toga ko je obuhvaćen pravima i obavezama iz Konvencije. Državama se dopušta da to definišu, i to ovde nije formalno dato. Stoji određenje da osobe sa poteškoćama uključuju one koji imaju trajne fizičke, mentalne, psihološke i emotivne nedostatke, koje, u sadejstvu sa različitim preprekama, mogu sprečiti njihovo puno i efektivno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima. Korišćenje reči *uključuju* dopušta da sam opis termina nije dat u krajnjem značenju, kao ni izrazi *trajno* (dugoročno) ili *nedostatak*. Prihvaćeno je da Konvencijom budu obuhvaćene i osobe sa psihološkim smetnjama. Pitanje je da li su svi oni sa mentalnom bolešću shvaćeni kao osobe sa poteškoćama. Iz toga proizilaze etička i sociološka pitanja u pogledu toga kako omogućiti zajedničku primenu odredbi za sve, kako za domen mentalnog zdravlja, tako i poteškoća (tzv. politika mentalnog zdravlja i politika za poteškoće). Na primer: da li odredbe Konvencije važe za nekoga ko je imao kratku epizodu mentalnog poremećaja, a nema dijagnostikovane bolesti niti poremećaja? Zaključuje se da se Konvencija primenjuje u najvećoj meri, ali ne i uvek na osobe sa mentalnim smetnjama, zavisno od tumačenja pojmoveva kao što su *oštećenje*, *dugotrajno* i glagola *uključuje* u klasifikaciji osoba na koje se Konvencija odnosi. Nesporno da je potreban zakon usklađen sa načelima Konvencije, a svakako zakon koji je usmeren na uklanjanje diskriminacije osoba s duševnom bolešću. Konvencija obuhvata sve osobe, bez obzira na to da li imaju *mentalnu* ili *fizičku* bolest, i dopušta prinudno lečenje kad postoji smanjena sposobnost donošenja odluke za određeno lečenje, bez obzira na zdravstveno stanje ili uzrok tog smanjenja, i kad odlučivanje uz podršku nije uspelo. Osim oštećenog kapaciteta, prinudno lečenje zahteva i procenu da takvo lečenje daje perspektivu od najboljeg interesa za mentalno obolelog. Celokupna svrha, navedena u prvom članu, jeste promovisanje, zaštita i osiguranje punog

12 CRPD/C/12/2, Annex IV Guidelines on Article 14 (May 2015).

13 CRPD/C/GC/1, Distr.: Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Eleventh session, General comment No. 1 (31 March–11 April 2014), Article 12: Equal recognition before the law; General Comment No 2 Article 9: Accessibility (Adopted 11 April 2014); General comment No 3, Article 6: Women and girls with disabilities (Adopted 26 August 2016); General Comment No 4 Article 24: Right to inclusive education (Adopted 26 August 2016).

i jednakog uživanja svih ljudskih prava i osnovnih sloboda osoba sa invaliditetom, i promovisanje poštovanja njihovog dostojanstva koji uživaju od rođenja. Smatra se da je većina prava iz Konvencije već zaštićena drugim Ugovorima UN-a, ali da CRPD daje pravni okviri na način koji je specifičan za osobe sa invaliditetom, a koja se nedovoljno spominju u tim drugim ugovorima.<sup>14</sup> Države se nalaze pred obavezom da preduzimaju različite mere za izmenu ili ukidanje odredaba zakona, drugih propisa ili oblika prakse koji se karakterišu kao diskriminatori, kao i pred obavezom da pruže programe podrške pravima osoba sa invaliditetom (član 4). Ove obaveze uključuju, na primer, obavezu pružanja odgovarajuće obuke o pitanjima invaliditeta onima kojih se primena odredbi tiče (član 13), zatim putem konkretnih programa pomoći osobama sa invaliditetom i njihovim starateljima da prepoznaju i suzbijaju iskorišćavanje (član 16), obvezu podrške pružanju usluga u zajednici (član 19), obaveze država za podizanje svesti o problemima osoba sa invaliditetom (član 8), kao i borbu protiv svih oblika diskriminacije (član 5).<sup>15</sup> Osobe sa mentalnim smetnjama mogu biti u takvom stanju koje iziskuje višestruku, intersektorsku negu. Tada postoji vezanost između postavljanja dijagnoze i organizacije pružanja nege i staranja. Dijagnoza, po pravilu, omogućuje uključivanje osobe u odgovarajuću ustanovu, ali je može i isključiti. Dijagnoza koja zahteva istovremeno usluge zdravstvene i socijalne zaštite, može dovesti do intersektorskog preklapanja, ili do prebacivanja nadležnosti između dva sektora (intersektorska 'ping-pong igra').<sup>16</sup>

Nacionalni izvori nalaze uporište u vladavini Ustavom zagarantovanih prava, a konkretnije kada je reč o medicinsko-pravnom pristupu, u jednom delu zdravstvenog zakonodavstva. Zakon o zdravstvenoj zaštiti<sup>17</sup> daje okvir i uslove za rad službi i ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu. Zakon zadržava odredbu o obaveznom upućivanju u psihijatrijsku ustanovu. Ako lekar specijalista proceni da je priroda duševne bolesti takva da može da ugrozi život bolesnika ili život drugih lica, ili imovinu, može ga uputiti na bolničko lečenje bez pristanka

14 Szmukler, Daw, Callard, *op.cit.*, str. 248.

15 Videti više: The State Coordination Agency based on Article 33 UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Report 2010 – 2013, 01.06.2013, Federal Government Commissioner for Matters Relating to Disabled Persons, Germany, [www.inklusionslandkarte.de](http://www.inklusionslandkarte.de) ; J.-L.Senon/ C.Jonas, Droit des patients en psychiatrie, EMC-Psychiatrie 1 (2004) 107-127 [www.elsevier.com/locate/emcps](http://www.elsevier.com/locate/emcps) ; The Mental Capacity Act (2005), Act applied (E.W.) (1.4.2015 for specified purposes) by Care Act 2014 (c. 23), ss. 80(2), 127(1); S.I.2015/993, art. 2(u) (with transitional provisions in S.I. 2015/995; dostupno na adresi: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>.

16 Szmukler, Daw, Callard, *op.cit.*, str. 249.

17 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.

samog bolesnika, s tim da narednog dana po prijemu, Konzilijum stacionarne zdravstvene ustanove odluči da li će se bolesnik zadržati na bolničkom lečenju; stacionarna ustanova je dužna da u roku od 48 sati od dana prijema bolesnika obavesti nadležni sud. Način i postupak, organizacija i uslovi lečenja duševno bolesnih lica, i njihov smeštaj u ustanove, urediće se posebnim zakonom.<sup>18</sup>

Kao zakonski akt koji na opšti način uređuje prava korisnika sa stanovišta zdravstvene zaštite, Zakon o pravima pacijenata<sup>19</sup> polazi u oblikovanju različitih prava od proklamovanih načela zdravstvene zaštite, kao što su: pristup zdravstvenim službama, pravičnost, sveobuhvatnost, kontinuitet u tretmanu lica, kvalitet usluga i efikasnost rada u zdravstvu.<sup>20</sup> Zakon po članovima uključuje i daje bliže određenje sledećih prava: pravo na dostupnost zdravstvene zaštite, na informacije, na preventivne mere, na bezbednost pacijenta, na obaveštenje, na slobodan izbor, na drugo stručno mišljenje, na privatnost i poverljivost, na pristanak, na uvid u medicinsku dokumentaciju, na poverljivost podataka o zdravstvenom stanju pacijenta, pravo pacijenta koji učestvuje u medicinskom istraživanju, pravo deteta u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, pravo na olakšavanje patnji i bola, na poštovanje pacijentovog vremena, pravo na prigovor i pravo na naknadu štete.<sup>21</sup> Posebna pažnja posvećena je pravu na pristanak - kao centralnom pravu - kroz odredbu prema kojoj pacijent slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih lica.<sup>22</sup> Bez pristanka pacijenta ne sme se, po pravilu, nad njim preduzeti nikakva medicinska mera. Medicinska mera protivno volji pacijenta, odnosno zakonskog zastupnika deteta, odnosno pacijenta liшенog poslovne sposobnosti, može se preduzeti samo u izuzetnim slučajevima, koji su utvrđeni zakonom i koji su u skladu sa lekarskom etikom. Pacijent može dati pristanak na predloženu medicinsku meru izričito (usmeno ili pismeno), odnosno prečutno (ako se nije izričito protivio). Za preduzimanje predložene invazivne dijagnostičke i terapijske medicinske mere, neophodan je pismeni pristanak pacijenta, odnosno njegovog zakonskog zastupnika. Pacijenta ne obavezuje pristanak kome nije prethodilo potrebno obaveštenje u skladu sa zakonom, a nadležni zdravstveni radnik koji preduzima medicinsku meru, u tom slučaju snosi rizik za štetne posledice. Pristanak na predloženu medi-

18 Član 44, *ibid.*

19 Zakon o pravima pacijenata, *Službeni glasnik RS*, 45/2013.

20 Članovi 19-24 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, *op.cit.*

21 Članovi 6-31 Zakona o pravima pacijenata, *op.cit.*

22 Član 15, *ibid.*

cinsku meru pacijent može opozvati (usmeno ili pismeno), sve dok ne započne njeno izvođenje, kao i za vreme trajanja lečenja. Da bi pristanak pacijenta bio valjan i uzet na zakonit način, posebnom odredbom zakona propisuje se pravo pacijenta da blagovremeno dobije obaveštenje koje mu je potrebno radi odlučke da pristane ili ne pristane na predloženu medicinsku meru.<sup>23</sup> Kada pristanak izjavljuje u ime pacijenta njegov zakonski zastupnik (staratelj), onda on stupa na mesto pacijenta i obaveštenje se daje njemu. Ovde treba uvek imati u vidu učešće i podršku samom pacijentu da i on bude deo odlučivanja u meri u kojoj je to moguće. Opšta je odredba da obaveštenje o medicinskoj meri treba da sadrži: 1) dijagnozu i prognozu bolesti; 2) kratak opis, cilj i korist od predložene medicinske mere, vreme trajanja i moguće posledice preduzimanja, odnosno, nepreduzimanja predložene medicinske mere; 3) vrstu i verovatnoću mogućih rizika, bolne i druge sporedne ili trajne posledice; 4) alternativne metode lečenja; 5) moguće promene pacijentovog stanja posle preduzimanja predložene medicinske mere, kao i moguće nužne promene u načinu života pacijenata; 6) dejstvo lekova i moguće sporedne posledice tog dejstva. U zakonu u vezi sa tim stoji da je obaveštenje o dijagnozi i svrsi lečenja zdravstveni radnik dužan da saopšti bez obzira da li to pacijent traži ili ne. Obaveštenje se daje usmeno, i na način koji je razumljiv pacijentu, vodeći računa o njegovoj starosti, obrazovanju i emocionalnom stanju. Ako nadležni zdravstveni radnik proceni da pacijent, iz bilo kog razloga, ne razume dato obaveštenje, obaveštenje se može dati članu pacijentove uže porodice (zakonski zastupnik). Ako pacijent ne poznaje jezik koji je u službenoj upotrebi na teritoriji zdravstvene ustanove, treba da mu se obezbedi prevodilac, a ako je pacijent gluvonem, treba obezbediti tumača, u skladu sa zakonom. Pacijent se može odreći prava na obaveštenje, osim obaveštenja o tome da je predložena medicinska mera potrebna i da nije bez znatnog rizika, odnosno da je rizično njen nepreduzimanje. Nadležni zdravstveni radnik može, izuzetno, da prečuti dijagnozu, tok predložene medicinske mere i njene rizike, ili da obaveštenje o tome umanji, ako postoji ozbiljna opasnost da će obaveštenjem znatno naškoditi zdravlju pacijenta. U tom slučaju obaveštenje treba dati članu uže porodice pacijenta.<sup>24</sup>

U Srbiji je usvojen poseban Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama,<sup>25</sup> a njegovu primenu pomažu takođe određeni podzakonski akati.<sup>26</sup> Saglasno

23 Član 11, *ibid.*

24 *Ibid.*

25 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, 45/2013.

26 Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama, *Službeni glasnik*

zakonu, zaštita mentalnog zdravlja obuhvata prevenciju nastanka mentalnih smetnji, unapređenje mentalnog zdravlja, analizu i dijagnozu mentalnog stanja lica, lečenje i rehabilitaciju zbog mentalnih smetnji, kao i sumnje na postojanje mentalnih smetnji.<sup>27</sup> Zakon uređuje: zabrana diskriminacije (čl. 4), zaštita dostojanstva (čl. 5), zabrana zloupotrebe (čl. 6), unapređenje mentalnog zdravlja (čl. 7), pravo na ostvarivanje građanskih i drugih prava (čl. 10), ograničenje prava (čl. 11), pristanak na medicinsku meru (čl. 16), opoziv ili odbijanje pristanka (čl. 17 i 18), postupak lečenja lica sa mentalnim smetnjama bez pristanka (čl. 19), pristanak na bolničko lečenje (čl. 20), razlozi za zadržavanje bez pristanka i smeštaj bez pristanka (čl. 21), pokretanje postupka za zadržavanje bez pristanka i smeštaj bez pristanka (čl. 22), odluka o zadržavanju bez pristanka (čl. 24), obaveštenje o zadržavanju bez pristanka (čl. 25), zadržavanje bez pristanka dobrovoljno smeštenog lica (čl. 26).

## **MATERIJALNO - PRAVNI POLOŽAJ KORISNIKA USLUGA - PACIJENTA**

### ***Opšti pogled***

Postoji značajan broj pravnih i drugih, za oblast zdravstva relevantnih izvora, koji bliže određuju status i odnose korisnika/pacijenta sa pružaocima usluga, i daju im kvalitativno i suštinski određeni pravni sadržaj. Najpre to je odnos u koji osoba sa mentalnim smetnjama stupa povodom svog stanja i usluge, najčešće lečenja ili smeštaja. Tu podjednako nalaze primenu sva osnovna prava pacijentata, kao i u drugim slučajevima medicinske prakse, ali i određene osobenosti kojih drugde nema. To može biti stepen prinude, odnosno manje prisutna dobrovoljnost, ili telesno ograničenje, ili usluge zatvorenog tipa sa ograničenjem ili oduzimanjem slobode kretanja. Sve specifičnosti iziskuju pravnu analizu posebnih medicinskih mera.<sup>28</sup> Na primer, pored opštih, zakonom propisanih elemenata pristanka za sve kategorije pacijenata, za pacijente sa potrebama men-

---

RS, 94/2013; Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obavljanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja, *Službeni glasnik RS*, 106/2013.

27 Član 3, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *op.cit.*

28 Videti više: P. Minotte, C. Gosselin, *Handicap mental & Santé mentale*, L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, 2012, [www.iwsm.be](http://www.iwsm.be); J. Marić, Psihički poremećaji u zatvorskim uslovima, *Pravni život*, 9/1998, str. 487-496; K. Beker, Pravo da donesem odluku – pitanje lišavanja poslovne sposobnosti osoba sa invaliditetom u Srbiji i preporuke za dalji rad na uskladivanju domaćeg zakonodavstva i prakse sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, CRD, Pančevo, 2010, str. 2-7.

talnog zdravlja od bitne važnosti je i propis o obavezi da pacijent lišen poslovne sposobnosti uvek treba i sam da bude uključen u donošenje odluke o pristanku na predloženu medicinsku meru, u skladu sa njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje, i onda kada pristanak u ime njega daje zakonski zastupnik (staratelj).<sup>29</sup> To je suportivna odredba za osobe sa invaliditetom, odnosno mentalnim poteškoćama koja je ovde izričito data. Podrška se daje i u pogledu sumnje da zakonski zastupnik pacijenta ne postupa u njegovom najboljem interesu, u kom slučaju je onaj koji medicinski postupa u obavezi je da to prijavi nadležnom organu starateljstva.<sup>30</sup> Od posebnog značaja je, takođe, odredba prema kojoj pacijent ima pravo da odredi lice koje će u njegovo ime dati pristanak, odnosno koje će biti obavešteno o preuzimanju medicinskih mera, u slučaju da pacijent postane nesposoban da doneše odluku o pristanku.<sup>31</sup> Prepoznaje se, isto tako, da za položaj korisnika usluga mentalnog zdravlja nekad može biti primarno pravo pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu.<sup>32</sup> Po logici stvari, ovo pravo je dopušteno ograničiti, ali opet kao izuzetak, i pod zakonom propisanim uslovima.

Budući da je reč o mentalnim deficitima ili promenama uvek se želi najpre da to ispita u smislu medicinske i pravne zasnovanosti odluka o lečenju ili nezi. Naime, pristanak lica sa mentalnim smetnjama na medicinsku meru izraz je opšteg načela pristanka koje nalazi primenu u bilo kom vidu lečenja, s tim što ovde poprima određene osobenosti u vidu razlika u proceni i stepenu prinude.<sup>33</sup> Medicinska mera bez saglasnosti prethodno informisanog lica sa mentalnim smetnjama može se sprovoditi samo pod uslovima utvrđenim zakonom. Lice sa mentalnim smetnjama koje razume prirodu, posledice i rizik predložene medicinske mere, i koje na osnovu toga može da doneše odluku i izrazi svoju volju, može se podvrgnuti medicinskom postupku samo uz svoj pismeni pristanak. Sposobnost lica sa mentalnim smetnjama za davanje pristanka na predloženu medicinsku meru procenjuje psihijatar, i pismeni nalaz i mišljenje o tome prilaže u medicinsku dokumentaciju. Sposobnost donošenja odluke o pristanku na predloženu medicinsku meru podrazumeva sposobnost lica sa mentalnim smetnjama da razume prirodu stanja, svrhu mere koja mu se predlaže i posledice davanja ili odbijanja pristanka na medicinsku meru. Lice sa mentalnim smetnjama može zahtevati da davanju pristanka na predloženu medicinsku meru

29 Član 19 st. 2, *ibid.*

30 Član 19, st. 3, *ibid.*

31 Član 16 Zakona o pravima pacijenata, *op.cit.*

32 Član 27, *ibid.*

33 Član 16 Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *op.cit.*

bude prisutno lice u koje ono ima poverenje. Lice sa mentalnim smetnjama ne može se odreći prava na davanje ili odbijanje pristanka. Pristanak na predloženu medicinsku meru može se opozvati u bilo koje vreme, u pismenoj formi. Licu sa mentalnim smetnjama, koje opoziva pristanak na medicinsku meru, moraju se prethodno objasniti posledice prestanka primenjivanja određene medicinske mere. Opoziv pristanka na predloženu medicinsku meru ne proizvodi pravno dejstvo, ukoliko se ispunе uslovi za primenu postupka lečenja bez pristanka lica sa mentalnim smetnjama. U slučaju opoziva ili odbijanja predložene medicinske mere, lice sa mentalnim smetnjama može biti podvrgnuto medicinskoj meri u slučajevima i na način propisanim zakonom.

Lice sa mentalnim smetnjama koje nije sposobno da izjavi svoj pristanak na predloženu medicinsku meru (jer ne ispunjava zakonom predviđene uslove) može biti podvrgnuto medicinskoj meri, po određenoj proceduri, u skladu sa zakonom. Kada pristanak na predloženu medicinsku meru daje zakonski zastupnik lica sa mentalnim smetnjama, psihijatar je dužan da ga informiše na način i po postupku koji su utvrđeni zakonom.<sup>34</sup> Uređuje se i pristanak lica sa mentalnim smetnjama na bolničko lečenje.<sup>35</sup> Lice sa mentalnim smetnjama koje može da razume svrhu i posledice smeštaja u psihijatrijsku ustanovu, i koje je, na osnovu toga, sposobno da doneše odluku o pristanku na smeštaj, može se, uz pismani pristanak, smestiti u psihijatrijsku ustanovu. Pristanak na smeštaj u psihijatrijsku ustanovu lice sa mentalnim smetnjama daje u pisrenom obliku psihijatru, koji je dužan da, u vreme davanja pristanka, utvrdi sposobnost tog lica za davanje pristanka na smeštaj, kao i da datu izjavu o pristanku na smeštaj priloži u medicinsku dokumentaciju. Lice sa mentalnim smetnjama smestiće se u psihijatrijsku ustanovu ukoliko psihijatar utvrdi da se radi o licu sa mentalnim smetnjama kod kojeg se poboljšanje stanja, odnosno povoljan terapijski ishod, ne može postići lečenjem izvan psihijatrijske ustanove. Lice sa mentalnim smetnjama, koje nije sposobno da dà pristanak, može se smestiti u psihijatrijsku ustanovu na zahtev i uz pismani pristanak njegovog člana uže porodice ili njegovog zakonskog zastupnika. Lice sa mentalnim smetnjama, može se smestiti u psihijatrijsku ustanovu uz pismani pristanak zakonskog zastupnika. U slučaju da psihijatar smatra da zakonski zastupnik ne postupa u najboljem interesu lica sa mentalnim smetnjama ili lica lišenog poslovne sposobnosti, psihijatrijska ustanova je dužna da o tome bez odlaganja obavesti nadležni organ starateljstva.

Pozitivno-pravna regulativa naglašava i taksativno navodi veći broj

34 Član 18, *ibid.*

35 Član 20, *ibid.*

specifičnih prava koja pripadaju licima koja su primljena tj. smeštena na lečenje u psihiatrijskim ustanovama.<sup>36</sup> Odredbe se mogu, po analogiji, primeniti i kada je reč o rezidencijalnom smeštaju lica sa mentalnim smetnjama u ustanovama koje nisu bolnice, jer su standardi tretmana vezani za profesionalnu delatnost, a ne instituciju. Naime, prema slovu zakona, lice smešteno u psihiatrijsku ustanovu ima pravo da: 1) bude obavešteno o razlozima i ciljevima smeštaja, svrsi, prirodi, posledicama, korisnosti i rizicima sprovođenja predloženog lečenja, kao i o identitetu i profesionalnom statusu zdravstvenih radnika i saradnika koji učestvuju u lečenju; 2) bude upoznato, u vreme prijema a kasnije na svoj izričit zahtev, sa pravima i obavezama, kao i da bude poučeno o tome kako može da ih ostvaruje; 3) aktivno učestvuje u planiranju i sprovođenju lečenja, oporavka i resocijalizacije; 4) osposobljava se za rad prema opštem ili posebnom programu; 5) dobije odgovarajuću naknadu za rad u radno-terapijskim poslovima od kojih psihiatrijska ustanova u kojoj se nalazi ostvaruje prihode; 6) podnosi prigovore, u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava pacijenata; 7) podnosi zahteve bez nadzora i ograničenja, prigovore, žalbe i druge pravne lekove nadležnim pravosudnim, državnim i drugim organima; 8) savetuje se nasamo sa svojim zakonskim zastupnikom ili punomoćnikom; 9) odmara se, druži sa drugim licima, bavi rekreativnim aktivnostima, u skladu sa svojim mogućnostima, i da prima posete; 10) o svom trošku šalje i prima, uz punu privatnost, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete, novine i da telefonira; 11) prati radio i televizijske programe; 12) drži kod sebe predmete za ličnu upotrebu; 13) učestvuje, po sopstvenom izboru, u verskim aktivnostima, u okviru mogućnosti koje ima psihiatrijska ustanova; 14) bude smešteno i da spava u odvojenim prostorijama, zavisno od pola.<sup>37</sup>

Pitanja prava korisnika kod domskog smeštaja imaju manji stepen uređenosti saglasno odredbama koji se odnose na socijalnu zaštitu korisnika.<sup>38</sup> Domski smeštaj se određuje korisnicima u cilju da im se obezbedi stanovanje i zadovoljenje osnovnih životnih potreba, kao i zdravstvena zaštita i pristup obrazovanju.<sup>39</sup> Domski smeštaj obezbeđuje se korisniku kome se ne mogu obezbediti, ili nije u njegovom najboljem interesu, ostanak u porodici, usluge u zajednici ili porodični smeštaj. Ako je reč o detetu mlađem od tri godine, njemu se ne obezbeđuje domski smeštaj, osim izuzetno.<sup>40</sup> Kada se zdravstvene usluge pružaju u domovima za smeštaj, realizuju se pod uslovima i uz primenu standarda

36 Član 43, *ibid.*

37 Član 38, *ibid.*

38 Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, 24/2011.

39 Član 51, *ibid.*

40 Član 52, *ibid.*

utvrđenih u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Za korisnike koji zbog svog specifičnog socijalnog i zdravstvenog statusa imaju potrebu i za socijalnim zbrinjavanjem i za stalnom zdravstvenom zaštitom ili nadzorom, predviđeno je da se mogu osnivati socijalno-zdravstvene ustanove.<sup>41</sup>

## **Primer dobre prakse u pružanju rezidencijalnih usluga**

Sistemi zaštite u raznim državama sveta mogu biti dobar uzor u profilisanju i razvoju standarda usluga koje se pružaju u Srbiji. Na primer, jedan od velikih centara je Teaton Peaks Centar za rezidencijalni tretman (SAD).<sup>42</sup> Prva i osnovna objava u misiji ovog Centra jeste da on poštuje dostojanstvo i ličnost svakog pojedinca kome služi. Centar postupa u u skladu sa pravima iz važećih građanskih zakona i bez diskriminacije po osnovu starosti, pola, invaliditeta, rase, boje kože, porekla, državljanstva, religije, trudnoće, seksualne orijentacije, rodnog identiteta ili izražavanja, nacionalne pripadnosti, zdravstvenog stanja, bračnog stanja, statusa veterana, izvora plaćanja ili sposobnosti, ili po bilo kojoj drugoj osnovi koju zabranjuju federalni, državni ili lokalni propisi. Svaki pojedinač treba da bude obavešten o pravima i dužnostima kao pacijenta i to uvek pre pre uvođenja ili prekidanja nege koja se pacijentima daje. Centar usvaja i afirmiše politiku sledeće grupe prava korisnika/pacijenata koji primaju usluge smeštaja u rezidencijalnom objektu:

### **1) Nega uz pažnju i puno poštovanje**

- pravo da dobije etičku, visok kvalitetnu, sigurnu i profesionalnu negu bez diskriminacije;
- pravo da bude oslobođen od svih oblika zlostavljanja i uz nemiravanja;
- pravo da bude tretiran sa obzirom, poštovanjem i prihvatanjem individualnosti, uključujući i potrebu da očuva privatnost sopstvenog lečenja; ovo uključuje pravo da traži da se u objektu obezbedi prisustvo lica istog pola za vreme delova određenih fizičkih pregleda, lečenja ili procedura koju sprovodi zdravstveni radnik suprotnog pola, osim u hitnim slučajevima, kao i pravo da ne ostane bez odeće ni malo duže nego što je potrebno za ostvarenje medicinske svrhe za koje se od pacijenta traži da se skine.

### **2) Informacije u pogledu zdravstvenog stanja i nege**

---

41 Član 60, *ibid.*

42 Patient Rights&Responsibilities; dostupno na adresi: <http://www.teatonpeaks.com> (04.10.2017).

- pravo da bude informisan o zdravstvenom stanju, u smislu u kome se to od pacijenta može razumno očekivati da shvata, i da učestvuje u razvoju i sprovođenju plana nege i lečenja;
- pravo da bude informisan o imenima i funkcijama svih lekara i drugih zdravstvenih stručnjaka koji mu, kao pacijentu, direktno pružaju negu;
- pravo da bude informisan o uslovima nastavljanja zdravstvene zaštite nakon što je otpušten iz bolnice; pacijent, takođe, treba da ima pravo da mu se pruži pomoć od lekara i odgovarajućeg bolničkog osoblja u organizovanju potrebne prateće nege nakon otpusta;
- pravo da bude informisan o rizicima, koristima i sporednim efektima svih lekova i procedura lečenja, naročito onih koje se smatraju inovativnim ili eksperimentalnim;
- pravo da bude informisan i o svim odgovarajućim procedurama alternativnog lečenja;
- pravo da bude informisan o ishodu nege, lečenja i usluge;
- pravo da dobije odgovarajuću procenu i upravljanje bolom;
- pravo da bude informisan ako je bolnici odobreno da druga ustanova zdravstvene nege ili obrazovna institucija učestvuje u lečenju pacijenta; pacijent, takođe, ima pravo da zna identitet i funkciju ovih institucija, i može odbiti njihovo učešće u lečenju.

**3) *Donošenje odluka i obaveštavanje***

- pravo da izabere osobu da bude njegov zdravstveni zastupnik i onaj koji odlučuje; pacijent može, takođe, da vrši pravo da isključi člana porodice iz učešća u donošenju odluke;
- pravo da ima člana porodice, izabranog reprezenta ili sopstvenog lekara koji će biti obavešten uz dozvolu bolnice;
- pravo na zahtevanje ili odbijanje tretmana; to pravo ne bi moglo da bude konstruisano kao mehanizam da se traži pružanje tretmana ili usluge koja je nepotrebna ili neodgovarajuća;
- pravo da bude uključen u eksperimentalno istraživanje samo onda kad je informisan i dao pisani pristanak o tome; pacijent može odbiti da učestvuje u eksperimentalnom istraživanju, uključujući ispitivanje novih lekova ili medicinskih sredstava;
- pravo da formulise izjave unapred (direktive) i ima bolničko osoblje i praktičare koji pružaju negu u bolnici saglasno takvima izjavama;

- pravo da napusti zdravstvenu ustanovu suprotno savetu lekara, u meri u kojoj je to pravno dopušteno;

**4) *Pristup uslugama***

- pravo da dobije, što pre je moguće, besplatnu uslugu prevodioca ili tumača, stručnjaka telekomunikacije ili drugog potrebnog servisa ili sprave koja olakšava komunikaciju između pacijenta i bolničkog personala (npr. kvalifikovani tumači, pisane informacije na drugom jeziku, dostupni drugi elektronski formati);
- pravo ima pravo da uvede životinju u zdravstvenu ustanovu, osim ako je to izričito zabranjeno (operaciona sala, zarazna odeljenja ili izolacija);
- pravo na religijski savet, kao i obavljanje dela religijskih i socijalnih aktivnosti dok je u bolnici, osim kad lekar to medicinski ne savetuje;
- pravo na siguran, bezbedan i čist smeštaj i dobro organizovanu i dijetetski raznovrsnu hranu;
- pravo na pristup ljudi spolja u ustanovu kroz verbalnu i pisanu komunikaciju;
- pravo na pristup zgradi i mestu ustanove; prepoznate su osobe sa invaliditetom saglasno zakonu o zabrani diskriminacije;
- pravo na brz i razumljiv odgovor na pitanje;
- pravo na zahtev da odustane od planirane procene.

**5) *Pristup medicinskoj dokumentaciji***

- pravo da ima medicinske nalaze uključujući sve kompjuterizovane informacije, koje se čuvaju iz razloga poverljivosti, kao i pristup informacijama u okviru razumnog vremenskog okvira; pacijent može da se izjasni o tome ko sme da dobije kopiju dokumentacije, izuzev slučajeva predviđenih zakonom;
- pošto je napustio zdravstvenu ustanovu, pacijent ima pravo da dobije kopiju medicinske dokumentacije.

**6) *Etičke odluke***

- pravo da učestvuje u donošenju etičkih odluka koje mogu nastati u toku lečenja, uključujući pitanja rešavanja sukoba, uzdržavanja od usluge ili povlačenje tretmana održavanja u životu, kao i (ne)učešće u istraživačkim studijama ili kliničkim ispitivanjima;

- ako zdravstvena ustanova ili njen tim odluče da pacijentovo odbijanje lečenja sprečava dalje pružanje odgovarajuće nege u skladu sa etičkim i profesionalnim standardima, odnos sa pacijentom može prestati,

**7) *Usluge zaštite***

- pravo da ima pristup uslugama zaštite i zastupanja (*advocacy*);
- pravo da se ne obuzdava tj. nema prepreke od bilo kog oblika postupanja koji nije medicinski neophodan ili se koristi kao sredstvo prisile, disciplinovanja, protekcije ili odmazde od strane osoblja;
- pacijent koji prima tretman zbog duševne bolesti ili poteškoće u razvoju, pored gore navedenih, uživa sva prava predviđena bilo kojim državnim zakonom;
- pravo na sva zakonska i civilna prava kao građanin, ukoliko nije drugačije propisano zakonom;
- pravo da dobije, na svoj zahtev, nepristrasno objašnjenje rizičnih tretmana ili nepovratnih hirurških zahvata pre nego što se oni preduzmu, osim u hitnim postupcima neophodnim da se sačuva život;
- pravo na nepristrasan pregled navedenih slučajeva povreda prava pacijentata;
- pravo da očekuje da će hitna procedura biti sprovedena bez nepotrebnog odlaganja;
- pravo da dâ saglasnost na postupak ili lečenje i da ima pristup informacijama potrebnim za davanje takve saglasnosti;
- pravo da zna da mu neće biti traženo da obavlja neki posao za ustanovu, osim ako je takav rad deo lečenja pacijenta i ako se obavlja po izboru pacijenta;
- pravo da uloži pritužbu odseku za zdravlje ili praćenje kvaliteta ustanove, ili nekom drugom ovlašćenom telu, ako smatra da postoji slučaj zlostavljanja pacijenta, zanemarivanja, pronevere pacijentove imovine u objektu, ili drugom nerešenom prigovoru, koji se tiče pacijentove sigurnosti ili kvaliteta nege.

Prava i dužnosti rezidenta treba da uključe, ali ne i da budu ograničene sledećim:

- učešće u zajedničkom životu svakog rezidenta treba da bude dobrovoljno, i budući rezident treba da bude snabdeven dovoljnim informacijama u pogledu toga da učini izbor uz punu informisanost u odnosu na učešće i prihvatanje usluge;

- građanske i religijske slobode svakog rezidenta uključuju i pravo na nezavisne lične odluke i saznanja o raspoloživom pravu na izbor što se ne sme povređivati;
- svaki rezident ima pravo na privatnu komunikaciju i konsultacije sa lekarom, advokatom, ili bilo kojim drugim licem;
- svaki rezident, lice koje ga zastupa i njegov zakonski zastupnik, ako smatra da treba, ima pravo da podnese pritužbu u njegovu korist rezidencijalnom osoblju, administratoru i ombudsmanu za pomoć u životu u zajednici ili svakom drugom licu bez straha od represije i da se udruži sa drugim rezistentima ili pojedincima unutar ili van institucije;
- svaki rezident ima pravo na posetu članova porodice i drugih odraslih po izboru rezidenta i bez mešanja ustanove u to;
- svaki rezident ima pravo na pisano izjavu u roku od 45 dana.<sup>43</sup>

## **PROCESNI POLOŽAJ KORISNIKA USLUGA – PACIJENTA**

Postoje određene upravne i sudske procedure koje mogu biti relevantne za položaj korisnika rezidenta. Uloga pravnih postupaka je da se poštuje zakonitost zadržavanja, prinudnih mera ili odluka o poslovnoj sposobnosti ili starateljskom statusu.<sup>44</sup> Određene garancije date su, ne samo u unutrašnjem pravu, već i u Evropskoj konvenciji o ljudskim pravima i osnovnim slobodama<sup>45</sup>, koja nabraja pet kategorija lica čije je lišavanje slobode dopušteno. Između ostalog, izričito se navodi da tu ulaze i duševno obolela lica. Na osnovu toga, i u praksi Evropskog suda za ljudska prava, iskristalisala su se tri minimalna uslova da bi se radilo o regularnom zatvaranju, a to su:

- da se pred nekim nadležnim organom nedvosmisleno dokaže postojanje mentalne obolelosti pomoću objektivne medicinske ekspertize;
- da se utvrди postojanje stvarnih duševnih poremećaja u takvom stepenu ili u takvom obimu da bi hospitalizovanje izgledalo opravdano; i
- da se hospitalizovanje produži samo ukoliko su duševni poremećaji i dalje prisutni.

Saglasno zakonskim rešenjima u pravu Srbije postupak za prinudnu hospitalizaciju pokreće sud, *ex officio*, kad od stacionarne psihiatrijske ustanove primi prijavu da je određena osoba primljena i zadržana bez svoje saglasnosti, odnos-

43 *Ibid.*

44 Videti više: M. Grubač, Procesno-pravne garancije lične slobode građana, *Pravni život*, 9/1998, str. 463-475.

45 Član 5 st. 1 pod e), a u vezi sa članom 8, Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama, *op.cit.*

no da je opozvala datu saglasnost, a rok za to je 3 dana od dana prijema. Sadržina prijave je zakonom utvrđena, i nije propisana dužnost zdravstvene organizacije da navede razloge zbog kojih jedno lice treba prinudno hospitalizovati. Sud odlučuje da li osoba koja je zadržana u psihijatrijskoj ustanovi treba u toj ustanovi i dalje da ostane za određeni period vremena.<sup>46</sup> U postupku za produženje prinudne hospitalizacije, sud odlučuje o osnovanosti predloga psihijatrijske ustanove da prinudno hospitalizovana osoba ostane u psihijatrijskoj ustanovi i posle isteka roka koji je određen rešenjem suda. Zakon predviđa i postupak za otpuštanje prinudno hospitalizovane osobe. U svim postupcima sagledavaju se materijalno-pravna zakonitost prinudne hospitalizacije i procesna zakonitost prinudne hospitalizacije. Čest problem čini što do kraja nisu izvedeni razlozi i uslovi za prinudnu hospitalizaciju. Standardi Evropskog suda za ljudska prava – koncept materijalne zakonitosti i tzv. trostruki test, da li je utvrđeno da je osoba duševno obolela, objektivna medicinska ekspertiza, i da li je mentalno obolenje bilo takvog karaktera i takvog stepena da opravdava prinudnu hospitalizaciju – a odluka o prinudnoj hospitalizaciji legitimna je samo ako je prinudna hospitalizacija apsolutno neophodna, i ne postoji mogućnost primene manje strogih mera (načelo proporcionalnosti).<sup>47</sup>

Veštačenje poslovne sposobnosti odnosi se na pitanje da li je nekoj osobi koja je već psihički bolesna, ili se opravdano sumnja na neki psihički poremećaj, potrebno ili ne – oduzeti poslovnu sposobnost, i to potpuno ili delimično. Odluku donosi sud.<sup>48</sup> Zadatak veštaka je da ispita da li postoji poremećaj, kao i da utvrdi njegovu vrstu, stepen i trajnost. Takođe, treba da odgovori da li je nađeni poremećaj indikacija za oduzimanje poslovne sposobnosti i postavljanje staratelja. Postupak za vraćanje poslovne sposobnosti može pokrenuti sud po službenoj dužnosti na predlog staratelja, javnog tužioca, bračnog druga. U postupku vraćanja poslovne sposobnosti shodno se primenjuju odredbe ove glave o lišenju sposobnosti. Zakonsko definisanje problema ima za cilj zaštitu pacijenta, i istovremeno je važan uslov za nesmetan rad lekara.<sup>49</sup>

46 Član 5 (s2), Zakon o vanparničnom postupku, *Službeni glasnik SRS*, 25/82 i 48/88 i *Službeni glasnik RS*, 46/95 - dr. zakon, 18/2005 - dr. zakon, 85/2012, 45/2013 - dr. zakon, 55/2014, 6/2015 i 106/2015 - dr. zakon.

47 Dostupno na adresi: [www.echr.coe.int/.../Handbook\\_non\\_discri\\_law\\_HRV.pdf](http://www.echr.coe.int/.../Handbook_non_discri_law_HRV.pdf); videti više: L. Davidson, English mental health law in crisis, *International Journal of Law and Psychiatry*, volume 25, 5/2002, str.491-515T; T. Douraki, Evropske garancije zaštite mentalnih bolesnika, *Pravni život*, 9/2000, 145-157.

48 Članovi 31-44, a naročito 42a i 42b, Zakon o vanparničnom postupku, *op.cit.*; videti više: S. Medenica/I. Timotijević/Z. Pantić, Mere za sprovođenje prinudne hospitalizacije duševnih bolesnika – Iskustva psihijatrijskog odeljenja ZCV, *Psihijatrija danas*, 1/2004, str. 61-68.

49 N. Janković, B. Janković, A. Milošević, Č. Miljević, „Pravo na život i smrt – granice rizika u medicini“, *Svet rada*, vol. 8, 2/2011, str. 204.

## PROBLEMI U PRAKTIČNOM RADU SA KORISNICIMA-REZIDENTIMA

### *Opšti pogled*

U praksi su zabeleženi različiti sporni slučajevi koji izazivaju pravnu reakciju i dovode nekada do procesuiranja slučajeva. Istraživanje u nekim od ustanova u Srbiji<sup>50</sup> ukazuje na sledeće probleme:

- neujednačenost prakse u proceni mentalne sposobnosti (koja je ponekad krajnje individualna);
- teškoće dobijanja uputa i prevoza u veće centre radi drugih oblika zdravstvene zaštite;
- nemogućnost ostvarenja drugih građanskih prava (imovina, penzije i sl.);
- diskriminacija i predrasude kod bolničkog lečenja u drugim ustanovama;
- problemi nabavke lekova;
- nerešene zdravstvene knjižice;
- teškoće u razumevanju prava;
- nedovoljno zdravstvenog i drugog kadra, posebno lekara specijalista;
- problemi otpusta iz bolnica;
- problemi nedovoljne saradnje zdravstvenih i socijalnih službi.<sup>51</sup>

Generalno, u praksi se dovoljno ne poznaju instituti medicinskog prava. Na primer, često postoji nerazumevanje suštine načela pristanka (*informed consent*) u pružanju zdravstvene zaštite, kako je napred već objašnjeno. Naime, dužnost poštovanja pacijentovih prava postoji u odnosu na sve vrste zdravstvenih usluga, a psihijatrijski tretman nije izuzetak; primena načela pristanka se prepostavlja. Ono, po logici stvari, trpi određene promene, ali se nikako ne može isključiti ili minimizirati. Traži se podrobnije sagledavanje svakog pacijenta, koji ne čini samo kategoriju lica pod zaštitom zakonskog zastupnika ili *ad hoc* staratelja, već i sva ona koja su zbog svog duševnog stanja ograničeno sposobna, ili dok traje takvo stanje nisu sposobna da odlučuju, bilo u pozitivnom bilo u negativnom pravcu (granična stanja i sl.) Faze u razvoju načela pristanka su: 1) paternalistički pristup, po kom načelo pristanka u psihijatriji nije ni postojalo; 2) načelo pristanka se prihvata, ali samo kao izuzetak; 3) načelo pristanka se prihvata kao

50 Rezultati istraživanja na terenu, fokus grupe I-VI, 2017, projekat: „Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia“, SUPRAM, Beograd, 2016-2017.

51 Carnmi, Mousaoui, Arboleda-Florez, Case Report No 1, topic: Informed Consent (G. Niveau, Switzerland), *op. cit.*, pg. 1-3.

pravilo, koje može biti isključeno samo u strogo predviđenim slučajevima; 4) načelo pristanka je unapređeno, u smislu da se pribavljanje pristanka razume kao relevantna procedura, kao proces, koja dobija svoju autonomnost u odnosu na pojedinačni postupak u vezi sa tim, kakav je, na primer, prinudna hospitalizacija.<sup>52</sup>

U praksi, takođe, postoji nerazumevanje suštine sposobnosti odlučivanja. Naime, polazi se od usvojene pravne prepostavke koja ide u prilog tome da pacijent poseduje mentalnu sposobnost da odlučuje, a njegova odluka treba da se poštuje. To je pravilo. Ipak, prepostavka postaje oboriva kad se kod pacijenta ne utvrdi potreban stepen razumevanja tretmana, i pribegava se tzv. *zamenjujućoj volji*, odnosno, pristanku drugog ovlašćenog lica (roditelj, staratelj, blisko lice), a u cilju postizanja rešenja u najboljem interesu pacijenta; u proceni sposobnosti može doći do nepoklapanja i razlikovanja sposobnosti u pravnom smislu (poslovna sposobnost, kompetencija) od mentalne sposobnosti (kapacitet). Procena mentalne sposobnosti predstavlja medicinski postupak koji ulazi u nadležnost stručnjaka za mentalno zdravlje – da utvrdi individualne mogućnosti lica u pogledu pristajanja i nepristajanja, odnosno, da učini sopstveni izbor. Pacijent za koga se proceni deficit u mentalnoj sposobnosti gubi pravo da donosi pravno obavezujuće odluke o medicinskom tretmanu, što istovremeno znači da lekar nema dužnost da od njega traži pristanak, ali treba da ga i dalje štiti od loše odluke.<sup>53</sup> Napred rečenom treba dodati i niz primedbi koje se u materijalnom i procesnom pogledu stavljuju Zakonu o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, uz naglašavanjem potrebe revizije propisa o mentalnom zdravlju u Srbiji.<sup>54</sup>

Uporedna prava evropskih država isto tako ne izjednačuju sposobnost za pristanak sa poslovnom sposobnošću, jer se smatra da pristanak na medicinsku intervenciju nema karakter pravnog posla. Budući da je reč o izjavi volje, kojom se lekar ovlašćuje da na određeni način deluje na lična dobra pacijentova, vlada mišljenje da sposobnost za pristanak ne treba vezivati za čvrste granice poslovne sposobnosti, u smislu građanskog prava, niti za uračunljivost, u smislu krivičnog prava. Stoga, na primer, i maloletnici stariji od 14 godina mogu biti sposobni da

52 T. Kitamura, „Assessment of psychiatric patients' competency to give informed consent: Legal safeguard of civil right to autonomous decision-making“, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54/2000, pg. 515.

53 H. Mujović-Zornić, „Pristanak na medicinsku intervenciju kao izjava volje u pravu“, *Aktualnosti građanskog i trgovackog zakonodavstva i pravne prakse*, zbornik Mostar, 2011, str. 283–89.

54 M. Janković, „Slobode i prava lica sa mentalnim smetnjama – nedostaci Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama“, *Crimen*, (VI) 1/2015, str. 61–80.

pristanu na medicinski zahvat, ukoliko su u stanju da shvate značaj, domašaj i rizike zahvata, i da se prema tome odrede. Treba istaći da sloboda odlučivanja o lečenju, koju imaju zakonski zastupnici, nije neograničena, kao što je neograničena sloboda odlučivanja poslovno sposobnih lica o vlastitom lečenju. Čovek jeste svoga tela gospodar, ali nije gospodar i nad telom drugog, pa makar to bilo i njegovo vlastito dete. Prema toj postavci, na primer, roditelj bi bio dužan da, kad odlučuje o lečenju svog malolenog deteta, vodi računa o interesima detetovog života i zdravlja (tzv. najbolji interes deteta). Te interese on ne sme da žrtvuje nikakvom vlastitom interesu ili uverenju. Prekoračenje zakonskih ovlašćenja u zastupanju smatra se zloupotreboom položaja, a nadležni zdravstveni radnik koji smatra da zakonski zastupnik pacijenta ne postupa u najboljem interesu deteta ili lica lišenog poslovne sposobnosti, dužan je da o tome odmah obavesti organ starateljstva.<sup>55</sup> Lekara ne treba da obavezuje odluka roditelja kojom se on ne razumno protivi medicinskoj intervenciji nad detetom. Takve odluke treba da preinači organ starateljstva, jer je on po zakonu dužan da preduzima potrebne mere radi zaštite ličnih i imovinskih prava i interesa maloletnog deteta. O potrebi njegove zaštite valjalo bi da obavesti lekar, odnosno medicinska ustanova.<sup>56</sup>

Ako se posmatra psihijatrijska praksa, može se uočiti da ona obiluje primerima koji nisu do kraja jednoznačni i koji se odlikuju svojom složenošću, pri čemu se lekar-psihijatar rukovodi etičkim načelima i usvojenim pravnim rešenjima, naročito u pogledu uloge zastupnika tj. srodnika, i okolnosti konkretnog slučaja. O tome svedoči sledeći primer iz prakse, koga prati odgovarajući komentar:

Mladić od 25 godina posetio je prvi put psihijatra. Bio je u pratnji oca koji je objasnio da se sin ponaša čudno u poslednje tri nedelje. U razgovoru sa lekarom, mladić je opisao halucinacije koje je imao tri nedelje. Ponašanje koje je opisao ukazivalo je na postojanje intenzivne i invazivne mistične opsesije, bez znakova opasnog ponašanja. Psihijatar je dijagnostikovao akutnu psihotičnu epizodu i strahove, što govori o početku šizofrenije. Lekar je želeo da započne lečenje neurolepticima, i to što pre je moguće. Objasnio je koristi tretmana lekom, i moguća prateća neželjena dejstva leka. Pacijent je odbio tretman jer se platio se da će time biti oštećene njegove intelektualne sposobnosti. Psihijatar je onda ponovo obavio razgovor u prisustvu oca, objašnjavajući potrebu lečenja u takvom slučaju. Imajući drugi razgovor u vidu, pacijent se složio sa tretmanom. Izjavio je da njegov otac vrši roditeljsku dužnost „datu od boga“, i da zato on, kao njegovo dete, oseća obavezu prema njemu, da ga posluša i prihvati lečenje.

<sup>55</sup> Član 35, stav 2.

<sup>56</sup> Videti više na tu temu: J. Radišić, *Medicinsko pravo*, Nomos, Beograd, 2008, str. 97.

Etički i pravno sporna pitanja ovog slučaja svodila su se na to da li je psihijatar uopšte trebao da na taj način preduzme lečenje pacijenta. Mogući odgovori su bili: 1) DA – jer je pristanak pacijenta bio izričit i nedvosmislen; 2) DA – jer time pacijent dobija šansu za oporavak; 3) DA – jer u slučaju da pacijent ne uzme antipsihotike, mogao bi doći u klinički lošije stanje, ili čak postati opasan za sebe i druge; 4) NE – jer pristanak nije dat slobodno, zbog toga što je mladić rekao da oseća obavezu da ispoštuje očevu želju.

Komentar: *Informed consent* se definiše kao voljno i slobodno prihvatanje medicinske intervencije od strane pacijenta, pošto su mu adekvatno objašnjeni, od lekara postavljena dijagnoza, prognoza, priroda medicinske intervencije, rizici i koristi, kao i alternative tim rizicima i koristima. Doktrina pristanka informisanog pacijenta vidi se kao poseban oblik komunikacije između lekara i pacijenta. Odnos pacijenta i onog ko daje terapiju treba da bude zasnovan na međusobnom poverenju i uvažavanju da se pacijentu omogući da doneše odluku potpuno slobodan i obavešten. Za pacijentovo pristajanje, za koje se smatra da ga prati obaveštenje, treba adekvatno uputiti na tri bitna elementa: dobrovoljnost, obaveštenje, sposobnost odlučivanja (*kompetencija*). Za psihijatra, jedno od ponovo osnaženih pitanja u dnevnoj praksi jeste i pitanje da li je etički i pravno dopustivo koristiti obmanjujuće sadržaje, ali one koji su u najboljem interesu pacijenta? U ovde iznetom slučaju psihijatar nije komentarisaо promenu odluke učinjenu od strane pacijenta, a izazvanu prisustvom njegovog oca. On je prihvatio promenu bez ulaženja u razloge, budući da to predstavlja, po mišljenju psihijatra, najbolju moguću odluku za pacijenta. Psihijatar je izabrao posledični pristup u njegovom opštem utilitarističkom obliku, radije nego da striktno primeni onako kako se razume pristanak informisanog, uvažavajući sve aspekte autonomije, što bi bilo slučaj da je pacijent, posle kompletног sa-gledavanja situacije, došao do zaključka sa njegovog sopstvenog gledišta, i u prisustvu oca. U njegovoj, više paternalističkoj kliničkoj proceni, psihijatar je smatrao da je odluka za tretman, premda okrnjena obmanom, najbolja za pacijenta, u isto vreme da prevenira buduće narušavanje funkcija i moguću potrebu za hospitalizacijom. Jedna od uloga psihijatra jeste da kaže pacijentu o obmani onda kad se ona dešava, u skladu sa principom da bi ona mogla biti, onoliko koliko je moguće, poruka realnosti za mentalne pacijente uopšte, a za psihotične pacijente posebno.<sup>57</sup>

---

57 Ibid., str. 2.

## Posebno o sudskim sporovima vezanim za povrede prava

Greške u psihijatriji nisu tako uobičajene kao greške drugih lekara, ali i one se događaju; neki primeri pogrešne prakse koji mogu dovesti do utuženja su:

- ograničavanje pacijenta tokom hospitalizacije bez opravdanog razloga;
- nepotpisivanje obrasca za pristanak od strane pacijenta;
- propisivanje opasnih lekova ili greške u praćenju pacijenta posle davanja;
- greške u davanju lekova;
- propuštanje da se dokumentuju važne informacije poput rizika od suicida;
- davanje pacijentu ultimatuma da uzme lek, ili će na to biti prinuđen;
- zloupotreba psihološke nadmoći nad pacijentom i manipulacija nad njim;
- akt seksualnog nepoštovanja kod fizičkog pregleda, ili zloupotrebe;
- otkrivanje informacija o pacijentovom zdravlju nekom drugom izvoru.

Dok situacije koje dovode do psihijatrijske nesavesnosti mogu biti različite od onih koje rezultiraju zloupotreboru drugih lekara, formula za određivanje zloupotrebe je ista. Ova formula propisuje da se moraju ispuniti četiri kriterijuma, kako bi to bila zloupotreba. To uključuje sledeće činjenice: 1) postojao je odnos lekar – pacijent, pa je zato postojala dužnost nege; 2) stručnjak za mentalno zdravlje prekršio je tu dužnost nege; 3) kršenje dužnosti nege (nepažnja) uzrokovalo je štetu pacijentu; 4) pacijent je pretrpio stvarne štete, odnosno šteta se ne bi ni dogodila, da nije bilo kršenja dužnosti.<sup>58</sup>

Greška u mentalnoj proceni i zadržavanju desila se u jednom slučaju pred američkim sudom (*Barker vs. Netcare Corp.*).<sup>59</sup> Sud je utvrdio da su tuženi ograničili kretanje pacijentkinje B. bez zakonskih razloga i bez njenog pristanka, pri čemu njen ponašanje nije bilo ekstremno. Sud je, takođe, utvrdio da je žena pretrpela psihičku štetu usled toga što se prema njoj postupalo pogrešno i krajnje nepažljivo, zbog čega joj je dosuđena naknada od 50.000 \$ na ime obeštećenja, i 100.000 \$, na ime kazne, a tuženi proglašeni odgovornim. Činjenično stanje je bilo sledeće: Pacijentkinja J. B. javila se službi za mentalno zdravlje radi mentalne procene, nakon što je prijavila slučaj silovanja od pre nedelju dana. Po dolasku u ustanovu pacijentkinja je bila uznemirena. Dežurna sestra je kontaktirala

<sup>58</sup> J. Thomas, G. Moore, Medical-legal Issues in the Agitated Patient: Cases and Caveats, doi: 10.5811/westjem.2013.4.16132, *West J Emerg Med.* 2013 Sep; 14(5): 559–565.

<sup>59</sup> *Ibid.*

psihijatra na poziv, i on je saopštio nalog za davanje lekova Lithium i Lorazepam, da bi smirili pacijentkinju. Čini se da lekovi nisu delovali jer je oštećena iznosila navode o svom stanju da je bila „životno ugrožena i napadnuta u svojoj bedi“. Socijalni radnik je, takođe, intervjuisao pacijentkinju, i predložio da dobrovoljno ostane u ustanovi do sutradan, da bi je pregledao psihijatar. Ona je želela da izade, i to je učinila, a zatim se vratila. Po povratku, ponuđen joj je tuš, i začulo se da je udarila glavom o zid dok se nalazila u kupaonici. Nije mogla da dobije supruga na telefon i postala je još više uznemirena. Ponovno je napustila bolnicu, ali ovaj put je vraćena od policije, jer je bolničko osoblje bilo zabrinuto zbog njenog mentalnog stanja i udarca glavom, kao i nemogućnosti da dođe do muža, i da izlazi u bolničkom odelu. Po povratku, ona je fizički ograničena, premda nije bila agresivna, a takođe je hemijski suzdržana lekovima Benztrponom i Haloperidolom. Uprkos ovim ograničenjima koja su postavljena, bolnica nije sprovela postupak prisilne intervencije u hitnim slučajevima, u skladu sa zakonom. Pacijentkinja i njen suprug kasnije su podigli i tužbu za obeštećenje zbog neovlašćenog i pogrešnog zadržavanja, prisile nad njom i poniženja. Sud je utvrdio da nije ispoštovana zakonska procedura zadržavanja. Prema mišljenju suda, osoblje je postupalo uz akt uvrede i zlostavljanja. Ako pacijent ne želi da ostane u ustanovi, a nije ispunjen uslov da se smatra nesposobnim za donošenje takve odluke, onda bolnica i njeno osoblje mogu biti odgovorni zbog pogrešnog i nedopuštenog zadržavanja. Ovaj slučaj pokazuje da, čak i ako osoblje oseća da čini ono što je najbolje za pacijenta, ukoliko se ne pridržava odgovarajućih protokola, to će se smatrati pogrešnim i nezakonitim postupanjem.

Drugi slučaj (*Craig L. Miller vs. Rhode Island Hospital et al.*)<sup>60</sup> ilustruje procesnu mentalne sposobnosti lica kod pristanka na meru ispitivanja. Radilo se pacijentu M. koji je popio nekoliko alkoholnih pića, a potom mu se desila ozbiljna saobraćajna nesreća. Prevezan je do bolnice gde mu je na prijemu pronađena količina alkohola u krvi 0.23. Žalio se na bol u glavi, očima, leđima i rebrima, kao i na zamućen vid zbog krvi u očima. Imajući u vidu stepen intoksikacije i prirodu nesreće, lekari su se odlučili da preduzmu standardni dijagnostički postupak koji se odnosi na unutrašnje krvarenje. Nakon razgovora o postupku pacijent je odbio dijagnostiku. Međutim, procena je bila da on nije u stanju za to, tj. da nema sposobnost da doneše odluku usled nivoa intoksikacije. Dalje, pacijent je bio fizički zadržan, a postupak izведен bez njegovog pristanka. Podignuta je tužba. Vrhovni sud je smatrao da je medicinska kompetencija merodavno pravi-

---

60 Ibid.

lo za lekare koji prosuđuju svesne pacijente u takvim okolnostima (tj. da li pacijent može razumno razumeti zdravstveno stanje i prirodu bilo kog predloženog medicinskog postupka, uključujući rizike, prednosti i dostupne alternative). U ovom slučaju, sud je odlučio u korist tužene bolnice. Sud je zaključio da opijanje pacijenta može umanjiti pacijentovu sposobnost da bude informisan i da izjavi pristanak.

U trećem slučaju, presuda Višeg suda Irske<sup>61</sup> pojašnjava dužnosti medicinskih praktičara, a u vezi sa pristankom informisanog pacijenta i utvrđivanja testa sposobnosti koji je trebao biti primenjen. Slučaj se odnosio na K., mladu ženu koja se doselila iz Demokratske Republike Kongo u Irsku, i koja je pretrpela veliko *post-partum* krvarenje ubrzo nakon što je rodila dečaka u porodilištu Coombe ginekološke bolnice. U momentu kada se porođajni tim pripremao da joj da hitnu transfuziju krvi, ona im je rekla (preko svog prijatelja na porođaju, koji je tu bio u svojstvu prevodioca) da je ona pripada *Jehovinim svedocima* i da ne želi da primi transfuziju. Zbog poteškoća u sporazumevanju, pacijentkinog stanja iscrpljenosti, i činjenice da je ona rekla da je katoličke veroispovesti kad je ulazila u bolnicu, zdravstveni tim je sumnjaо u valjanost odbijanja pristanka na transfuziju krvi, bez koje je bilo vrlo verovatno da će umreti. Bolnica je zbog toga, od suda za hitne slučajeve, tražila nalog kojim se dopušta transfuzija, uprkos postojanju odbijanja. To je dopušteno, i K. je hitno dobila transfuziju krvi i preživela. Naknadno je pokrenut sudski spor od strane bolnice, u kojoj se tražilo izjašnjavanje o tome da je ona bila ovlašćena da traži dopuštenje putem sudske naloga. Gospođa K je podnela protivtužbu navodeći, između ostalog, da je prelaženjem preko njenog odbijanja da pristane na transfuziju krvi, bolnica postupila nezakonito. Sud je doneo presudu u korist bolnice. U obrazloženju presude, u kome se razmatra niz pitanja, sud je postavio sljedeće principe u pogledu pitanja pristanka: 1) postoji pretpostavka da odrasla osoba pacijent poseduje sposobnost (kapacitet), što znači kognitivnu sposobnost da učini odluku da odbije medicinski tretman, ali da ta pretpostavka može biti oboriva; 2) u određivanju da li je pacijentkinja lišena sposobnosti da donese odluku o odbijanju medicinskog tretmana, to može biti bilo zbog stalnog kognitivnog oštećenja, bilo zbog uticaja privremenog faktora; 3) postoji pristup u tri nivoa procesu donošenja pacijentove odluke (prihvaćen u sudskej praksi) koji pomaže da se primeni taj test.

---

61 High Court of Ireland, Benevolent Paternalism or a Clash of Values: Motherhood and Refusal of Medical Treatment in Ireland, *Fitzpatrick v. K* [2008] IEHC 104 (25 April 2008) (H.Ct) (Ir.), dostupno na adresi: <http://www.bailii.org/ie/cases/IEHC/2008/H104.html> (04.10.2017).

Kognitivna sposobnost pacijenta će biti oslabljena do te mere da nije u stanju da doneše odluku o odbijanju predloženog lečenja, ako pacijent: 1) ne shvata i ne zadržava informaciju o tretmanu i posebno ne prima informaciju da bi tretman verovatno imao posledice koje mogu nastati iz neprihvatanja tretmana; 2) ne veruje u informaciju o tretmanu, a posebno ako je to slučaj da bi neprihvatanje tretmana dovelo do smrti pacijenta, a on ne veruje da je ishod verovatan; 3) informacija o tretmanu nije prevagnula, posebno alternativne izbore i moguće rezultate, u balansiranju dolaženja do te odluke. Informacija o tretmanu, prema odrednicama po kojima je bio procenjivan pacijentov kapacitet, jeste informacija da je kliničar pod obvezom da informiše o tome šta je odgovarajuće lečenje, tj. koji je medicinski tretman indikovan, u vreme donošenja odluke i pod razicima i posledicama koje mogu proisteći iz opcija raspoloživih za pacijenta u donošenju odluke. Pri ocenjivanju sposobnosti potrebno je razlikovati nerazumevanje od pogrešne percepcije informacije o tretmanu u procesu odlučivanja (što se ponekad može kolokvijalno uputiti kao iracionalnost), s jedne strane, i same iracionalne odluke ili odluke učinjene zbog iracionalnih razloga, s druge strane. Prethodno može biti dokaz nedostatka sposobnosti (kapaciteta) pacijenta/korisnika, dok je poslednje irrelevantno za takvu ocenu. Pri ocenjivanju sposobnosti, bilo da je to u bolničkim uslovima, intenzivnim deljenjima, ili na sudu, procena treba da uzme u obzir težinu odluke, s obzirom na posledice koje će verovatno nastati iz prihvatanja ili odbijanja ponuđenog tretmana. U jednoj dopuni presude, sud je preporučio da: 1) sva porodilišta treba da imaju vodiče za slučaj porođajnog krvarenja kod žena koje odbijaju transfuziju krvi; 2) žene će biti uvek rutinski pitane, kada se uvode u bolničku knjigu: da li prihvataju da prime transfuziju u slučaju hitnosti?; 3) medicinski savet treba da objavi smernice o proceni pacijentove sposobnosti da učini valjano odbijanje tretmana, kao i o ulozi pacijentovih izjava unapred.<sup>62</sup>

## ZAKLJUČAK

Oblast zaštite mentalnog zdravlja ukazuje na svu složenost specijalnosti ove grane medicinske prakse i različitosti kada je u pitanju rezidencijalni smeštaj. Od propisa se traži da budu usaglašeni sa pet ključnih principa: 1) prepostavka sposobnosti: svaka odrasla osoba ima pravo da donosi svoje odluke, i mora se prepostaviti da ima kapacitet da to učini, osim ako se ne dokaže drugačije; 2)

---

<sup>62</sup> Thomas, Moore, *op.cit.*

pravo da se pojedinci podrže u donošenju sopstvene odluke, tako što treba da im se da odgovarajuća pomoć pre nego što bilo ko zaključi da ne mogu da donose svoje odluke; 3) da pojedinci mogu da zadrže pravo da učine ono što se može smatrati ekscentričnom ili nepravičnom odlukom; 4) načelo najboljeg interesa: bilo šta da je učinjeno za ili u ime pojedinaca bez kapaciteta, treba da bude učinjeno u njihovom najboljem interesu; 5) najmanja restriktivna intervencija: bilo šta učinjeno za ili u ime pojedinaca bez kapaciteta, treba da bude najmanje restriktivno u pogledu njihovih osnovnih prava i sloboda.

Kada je u pitanju pravo Srbije i odnos prema odredbama Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom, treba jasno zauzeti stav u pogledu direktiva unapred, kao i suportivne podrške korisnicima u praksi svih usluga. U odnosu na oba aspekta ovih prava treba imati pozitivan stav i takvu praksu dalje razvijati po ugledu na uporedno-pravne primere i savremene standarde zaštite. To bi značilo i punu afirmaciju rešenja Zakona o pravima pacijenata Srbije.

# ASPECTS OF MEDICAL AND PROCEDURAL LAW IN PROTECTION OF USERS OF RESIDENTIAL CARE

## **Summary**

*Today, the issue of protection of residential care users becomes current not only from the point of view of their general health, but also related to the assessment of their decision-making ability which directly implies the realization or eventual loss of certain civil rights in the area of social protection, working and family relations. There is a dual approach from the standpoint of material and procedural rights. When assessing the ability of people with some form of mental disorder or illness, the question arises of how these cases are physically and legally resolved in an adequate and optimal way. Beside treatment function, the psychiatrist has also the function of assessing the mental capacity of a particular person within the framework of certain legal procedures according to the principles of conscience and objectivity. A great role in this expertise play generally accepted principles derived from the reform of the modern mental health protection and international standards for the protection of people with disabilities. They refer to the specificity of consent to treatment, the relevance of "substitutive" consent, as well as the restriction of forced hospitalization and care not only in psychiatric institutions, but also in the wider community, through various segments of care for the lives and work of people with mental disabilities. In order to make it more efficient, it is necessary to adopt valid professional-methodological guidelines, both for psychiatry and for the court. It always highlights the importance of prevention, supervision and a certain vision of 'civilian control' of psychiatric institutions.*

**Key words:** mental health, resident, human rights, health and social protection



# ISKUSTVO I PREPORUKE U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA, SA STANOVIŠTA KLINIČKE PRAKSE U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA

Dr Tatjana Voskresenski\*

*Tokovi savremene psihijatrije nalažu promenu koncepta lečenja. Potrebne su intervencije unutar celokupnog spektra životnog domena, koje uključuju rad, zaru, stanovanje, obrazovanje, ljudska prava, zdravstvenu i pravnu zaštitu. Cilj je da mentalna bolest bude posmatrana kao svaka druga, bez diskriminacije i stigmatizacije. Lečenje u rezidencijalnim ustanovama treba da bude individualizovano, uz poštovanje ljudskih prava i dostojanstva svakog pacijenta i oposobljavanje za ponovni povratak u zajednicu. Proces postepene transformacije je u toku, ali deinsticijonalizacija ne podrazumeva samo dehospitalizaciju, već i omogućavanje povratka pacijenta u zajednicu, što je moguće samo putem sistemskih rešenja. Osnivanje centara za mentalno zdravlje (koji imaju brojne prednosti), pre svega doprinosi boljoj intergraciji pacijenata u zajednicu. Pružanje usluga u okviru centara obezbeđuje humaniji vid lečenja.*

**Ključne reči:** mentalno zdravlje, klinička praksa, nedobrovoljne mere, deinsticijonalizacija

\* Direktorka Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“. Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

## UVOD

Koliko je stara civilizacija, toliko traje i borba za očuvanje mentalnog zdravlja. Osnovni cilj svakog društva, počevši od najranijih rodovskih saveza, pa do najsavremenijeg društva današnjice, jeste očuvati, održati i obezbediti zdravog pojedinca, jer je jedino mentalno zdrav pojedinac radno efikasan i produktivan u zajednici.

Mentalno zdravlje zauzima važno mesto u ljudskom, društvenom i ekonomskom kapitalu nacije, i stoga bi ga trebalo smatrati suštinskim i sastavnim delom pojedinca. Dakle, **nema zdravlja bez mentalnog zdravlja**. Ono predstavlja jedan od temelja kvaliteta života pojedinaca, porodica, zajednica i naroda, koji omogućava da ljudi iskuse život kao smislen, i da budu kreativni i aktivni građani.

Postoji veliki broj definicija, ali najčešće se koristi definicija Svetske zdravstvene organizacije (SZO)<sup>1</sup>, koja mentalno zdravlje definiše kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi sa normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno, te je sposoban da doprinosi zajednici. Drugim rečima, mentalno zdravlje podrazumeva emocionalnu stabilnost, odnosno zdrave emocionalne odnose sa drugim osobama. Po podacima SZO, svaki četvrti stanovnik ima povremene probleme s mentalnim zdravljem.<sup>2</sup> Danas oko 10% odraslih u svakom trenutku ima, a oko 25% njih može u bilo kom periodu svog života razviti mentalni poremećaj.

Akcioni plan za mentalno zdravlje 2013-2020 Saveta Evrope navodi mentalne poremećaje kao jedan od najvećih zdravstvenih izazova i prioriteta evropskog regiona, ističući podatak da je 25% populacije godišnje zahvaćeno ovim tipom poremećaja. Akcioni plan naglašava promociju, prevenciju, lečenje i rehabilitaciju.<sup>3</sup>

## MEĐUNARODNI I NACIONALNI DOKUMENTI

Najznačajniji međunarodni dokument koji se odnosi na pacijente sa mentalnim poteškoćama uključuje Povelju o osnovnim pravima Evropske unije,<sup>4</sup> Konvenciju UN o pravima osoba s invaliditetom,<sup>5</sup> Deklaraciju iz Helsinkija iz 2005.

- 
- 1 Constitution of WHO: principles - World Health Organization; [www.who.int/about/mission/en/](http://www.who.int/about/mission/en/) (05.10.2017).
  - 2 WHO | Mental disorders affect one in four people; [www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/).
  - 3 WHO IRIS: The European Mental Health Action Plan 2013–2020; [www.who.int ... Regional Office for Europe Publications](http://www.who.int ... Regional Office for Europe Publications).
  - 4 Povelja o osnovnim pravima Evropske unije; Dostupno na adresi: [http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images\\_files\\_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf](http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images_files_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf) (05.10.2017).
  - 5 Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS* - Međunarodni ugovori, 42/2009.

godine.<sup>6</sup> Zajedničke evropske smernice za prelaz s institucionalne nege na usluge podrške za život u zajednici (Ekspertska grupa, 2013. godine).

Nacionalni dokumenti u Srbiji obuhvataju: Strategiju za mentalno zdravlje,<sup>7</sup> Zakon o socijalnoj zaštiti,<sup>8</sup> Zakon o zaštiti lica s mentalnim smetnjama (2013. godine).<sup>9</sup> Najznačajniji podzakonski akti, proistekli iz Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, jesu: Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama<sup>10</sup> i Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.<sup>11</sup> Strategiju za razvoj mentalnog zdravlja usvojila je Vlada Republike Srbije u januaru 2007. godine, i u tom periodu to je bio jedini dokument koji je jasno podržavao transformaciju velikih psihijatrijskih bolnica u pravcu službi u zajednici za mentalno zdravlje, kroz proces aktivnijeg učešća korisnika, informisanja javnosti u procesu deinstitucionalizacije i destigmatizacije.

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama usvojen je 2013. godine, i njime su posebno regulusani dobrovoljni i nedobrovoljni prijem u ustanovu, primena medicinskih mera i njihova ograničenja, osnovna prava ovih lica, kao i organizovanje službi mentalnog zdravlja u okviru lokalne zajednice.

## **ORGANIZACIJA PSIHIJATRIJSKIH USTANOVA U SRBIJI**

Sistem organizacije psihijatrijske zaštite u Srbiji sprovodi se u domovima zdravlja na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou.<sup>12</sup> Na primarnom nivou postoji dobro razvijena mreža domova zdravlja, koja uključuje i kućnu negu, ali se ti kapaciteti ne koriste za pružanje adekvatne pomoći i podrške osobama sa mentalnim smetnjama, njihovim porodicama, a u cilju kontrole i prevencije pogoršanja osnovne bolesti.

- 
- 6 WHO Mental Health Declaration for Europe, 2005; European Pact for Mental Health and Well-being, EU High-level Conference, Brussels 12-13 june 2008.
  - 7 Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, *Službeni glasnik RS*, br. 8/2007.
  - 8 Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, 24/2011.
  - 9 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, 45/2013.
  - 10 Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama, *Službeni glasnik RS*, 94/2013.
  - 11 Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obavljanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, *Službeni glasnik RS*, 106/2013.
  - 12 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 72/2009 - drugi zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - drugi zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.

U okviru najvećeg broja domova zdravlja ne postoje službe za zaštitu mentalnog zdravlja, već samo psihiatrijske ili neuropsihijatrijske ambulante, koje se uglavnom ne bave prevencijom. Kućne posete (patronažne službe) postoje samo u okviru pojedinih Centara za mentalno zdravlje (npr. Vršac, Kikinda).

Lekari opšte prakse, na primarnom nivou zdravstvene zaštite, mogu imati aktivniju ulogu u brizi za lica sa mentalnim smetnjama, a medicinske sestre se mogu edukovati za rad u timovima za mentalno zdravlje, kao „voditelji slučajeva“. U okviru domova zdravlja mogli bi se organizovati timovi za mentalno zdravlje u zajednici, koji bi predstavljali jezgro sistema koji bi povezivao domove zdravlja, opšte bolnice ili specijalne bolnice, sa centrima za mentalno zdravlje i centrima za socijalni rad. Timovi za mentalno zdravlje u zajednici trebalo bi da rade u skladu sa definisanim Protokolom o radu, i posebno vode brigu kod pacijenata sa rizikom od ponovnih hospitalizacija.

Najveći broj pacijenata sa mentalnim smetnjama leči se u specijalnim psihiatrijskim bolnicama, sa ogromnim kapacitetima za smeštaj (preko 3.500 kreveta), kao i pri odeljenjima psihiatrije pri opštim bolnicama.

Na tercijarnom nivou, pacijenti se leče na klinikama pri Univerzitetskim centrima i institutima. Ukupan broj postelja u Srbiji iznosi 5.352, od toga 3.545 u specijalnim bolnicama. Kada poređimo postojeće sisteme i resurse Srbije i drugih evropskih zemalja, nalazimo da Srbija poseduje dovoljno resursa da sproveđe sve neophodne korake u procesu transformacije (prema podacima SZO, na 100.000 stanovnika medijana broja kreveta u Evropi je 72, a u Srbiji 75, u Evropi na isti broj stanovnika dolazi 9 psihiatara, u Srbiji 11).<sup>13</sup> Međutim, postojeći resursi su geografski disproportionalno distribuirani, pogotovo ako govorimo o specijalnim psihiatrijskim bolnicama, jer su one uglavnom locirane na teritoriji AP Vojvodine.

## **KLINIČKA PRAKSA U PSIHIJATRIJSKIM INSTITUCIJAMA**

### ***Osnovi prakse***

Specijalne bolnice pružaju akutno zbrinjavanje najteže obolelih pacijenata, ali i dugoročno lečenje forenzičkih i gerijatrijskih pacijenata. U ovim bolnicama nalaze se i odeljenja za lečenje bolesti zavisnosti. Takođe se pružaju i

---

<sup>13</sup> *Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije*, Institut za javno zdravlje Srbije, godišnjak za 2016, Beograd, 2017, str. 314; dostupno na adresi: [www.batut.org.rs/index.php?category\\_id=9](http://www.batut.org.rs/index.php?category_id=9).

zdravstveno-socijalne usluge, pre svega kod onih pacijenata koji više ne zahtevaju medicinsko lečenje i ostaju u ovim bolnicama iz socijalnih razloga. Sa druge strane, nedostatak kapaciteta u domovima za duševno obolela lica, i nedostatak podrške za njihov život u zajednici, razlozi su za smeštaj određenog broja lica u bolnicama.

Svaki pojedinac ima pravo na pristup zdravstvenim uslugama koje njegove zdravstvene potrebe zahtevaju. Zdravstvene usluge moraju garantovati ravnopravan pristup svakome, bez diskriminacije na osnovu finansijskih mogućnosti, prebivališta, vrste bolesti ili vremena pristupanja uslugama. Važno je da psihijatrijski pacijenti imaju pravo na jednake uslove lečenja, kao i drugi korisnici zdravstvenih usluga, ali nažalost to u praksi nije tako, jer su stigma i strah od pacijenata sa mentalnim smetnjama opšteprisutni. Zato je neophodno preduzeti mere sprečavanja svakog oblika diskriminacije na osnovu mentalne smetnje, raditi na edukaciji korisnika usluga, njihovih porodica, kao i celokupne javnosti, o najbitnijim aspektima mentalnog zdravlja, kao i nastaviti sa primenom započetih programa destigmatizacije.

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama (2013) predstavlja značajan napredak u postupku lečenja i poštovanju prava od samog prijema u ustanovu (dobrovoljnog ili nedobrovoljnog), do otpusta iz ustanove.<sup>14</sup>

U okviru specijalnih bolnica postoje jasne zakonske procedure medicinskih mera, i pacijentima se moraju pružiti informacije o njihovim pravima i mora im se obezbediti pristup nadležnom telu ili osobi, nezavisnoj od ustanove mentalnog zdravlja, koje im mogu, ukoliko je potrebno, pomoći u razumevanju i ostvarivanju takvih prava.

U većini psihijatrijskih institucija postoje tzv. *saveti* pacijenata, preko kojih se osnažuje uloga samih pacijenata u radu institucije (savet pacijenata daje svoje predloge za bolje uslove lečenja na odeljenju, ishranu, predloge za radno-okupacione aktivnosti). Postoje zahtevi prema bolnici, medicinskom personalu i upravi, a sve u cilju da se unaprede uslovi u bolnici. Savet ima i ulogu samopomoći među pacijentima.

Pacijenti sa mentalnim poteškaćama treba da budu lečeni s poštovanjem i dostojanstveno, i to na bezbedan, humani način, koji poštuje njihov izbor i samoodređenje. Osobama sa mentalnim teškoćama mora biti priznato jednakopravo da žive u zajednici, da imaju jednak izbor kao i drugi.

Neophodno je preduzeti efikasne i odgovarajuće mere, putem podrške osoba

---

14 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

sa sličnim tegobama, kako bi se osobama sa mentalnim teškoćama omogućilo da postignu i očuvaju maksimalnu nezavisnost, punu fizičku, mentalnu, socijalnu i stručnu sposobnost, kao i puno uključivanje i učešće u svim aspektima života.

Savremena psihijatrijska doktrina podrazumeva individualan (personalizovan) pristup svakom pacijentu, uz maksimum poštovanja njihovih prava i dobrostanstva. Svaki pacijent ima svoj individualni plan lečenja, koji se prilagođava i menja zavisno od njegovog mentalnog stanja, kognitivnog statusa, individualnih sposobnosti i afiniteta. U individualnom planu lečenja, pored multidisciplinarnog tipa, učestvuje i porodica. Lečenje uključuje i okupacionu i grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti, tj. rad na stvaranju pozitivnog terapijskog okruženja.

Međutim, u većini ustanova primat zauzima farmakoterapijski pristup, zbog kadrovskih i vremenskih ograničenja (važno je napomenuti da je zvaničnim programom specijalizacije iz psihijatrije obuhvaćeno tek dva meseca psihoterapijskih veština, dok se u razvijenijim zemljama Evrope istoj oblasti veština posvećuje oko dve godine). Postoji nedostatak radnih terapeuta, zdravstvenih saradnika, tako da je sama resocijalizacija, u ovim uslovima, nepotpuna, jer nedovoljno omogućava pacijentima da se osposobe za samostalno življenje van bolnice.

Veći broj psihijatrijskih ustanova u Srbiji poseduje shematisiran individualni plan lečenja, ali je u praksi njegova primena krajnje ograničena i ostavlja malo prostora za personalizovani pristup, čime postaje duplikat medicinske dokumentacije već zabeležene u sličnoj formi unutar istorije bolesti. Zakonom o zaštiti prava lica sa mentalnim smetnjama predviđa se ažuriranje plana lečenja svakih sedam dana, što predstavlja teškoću u uslovima ograničenog broja lekara, psihologa i zdravstvenih saradnika.<sup>15</sup>

Iako se poštuju preporuke da se pacijenti aktivnije uključe u plan lečenja u skladu sa svojim mogućnostima i željama, to nekada praktično i nije ostvarivo, s obzirom na njihovo aktuelno mentalno stanje. Pored toga, često se zanemaruje vrlo značajan aspekt individualnog plana: planiranje povratka pacijenta u zajednicu, njegove resocijalizacije i kontinuiteta daljeg lečenja.

„Terapijski vikend“ predstavlja dogovoren boravak pacijenta u kućnim uslovima, u trajanju od nekoliko dana, u toku same hospitalizacije. Nastaje u dogovoru terapijskog tima, pacijenta i njegove porodice i staratelja. Međutim, ovaj pojam nije regulisan u Zakonu o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama u Srbiji,

---

15 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

iako decenijama čini deo svakodevne kliničke prakse i predstavlja značajan korak u postepenoj resocijalizaciji pacijenta i povratku porodici i svom okruženju.

Svaki pacijent ima pravo na pristup svim informacijama koje bi omogućile njegovo aktivno učešće u odlučivanju o sopstvenom zdravlju. Ove informacije su preduslov za bilo koju proceduru ili tretman. U praksi se sprovodi deljenje brošura koje pacijentima približavaju njihova prava, kao i osnovne informacije o pristanku na lečenje kod dobrovoljnog prijema u ustanovu.

Kod dobrovoljnog prijema uvek je neophodna adekvatna procena lekara-psihijatra, da li je pacijent aktuelno sposoban da logički rasuđuje i upravlja celovito svojom voljom, i dâ pristanak za bolničko lečenje.

Problem u praksi predstavlja nedovoljno definisan član 18 Zakona o zaštiti prava lica sa mentalnim smetnjama, koji ostavlja prostora da zakonski zastupnik tj. uži član porodice da pristanak za hospitalizaciju i postupke lečenja.<sup>16</sup> U ovakvim slučajevima obaveštava se nadležni centar za socijalni rad.

Kada je reč o nedobrovoljnoj (prisilnoj) hospitalizaciji lica sa mentalnim smetnjama, postupak na osnovu kojeg se donosi odluka o prisilnom smeštanju mora nuditi garancije nezavisnosti i nepristrasnosti, kao i objektivnog kliničkog veštačenja. Ovaj vid lečenja do sada nije bio dovoljno pravno regulisan, ali se sada sprovodi u skladu sa Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama. Sudija mesno nadležnog suda dolazi i saslušava pacijente i veštace u postupku donošenja rešenja o nedobrovoljnem prijemu. Pacijenti imaju pravo žalbe sami, ili putem advokata. Zamerka koja se upućuje je uključivanje veštaka iz same ustanove sa drugog odeljenja, umesto nezavisnog veštaka iz druge institucije, a sve zbog nedovoljnog broja istih.

Odluke suda o prisilnim hospitalizacijama osoba s mentalnim smetnjama uglavnom su zasnovane na veštačenjima lekara koji su zaposleni i bolnici koja je predlagač te mere. Osim toga, uočeni su slučajevi da pristanak na bolničko lečenje daju lica koja je policija dovela u agitiranom stanju, iako izjave date pod takvim okolnostima ne mogu biti uzete kao pravno relevantne.

Medicinsko lečenje i zdravstvena nega koja se obezbeđuje osobama koje su prisilno smeštene u psihiatrijskim bolnicama, adekvatna je svim procedurama koje se pružaju pacijentima na dobrovoljnem lečenju. Prisilni smeštaj završava se kada pacijentovo mentalno stanje to više ne zahteva, i sud se obaveštava o prestanku potrebe takvog lečenja.

---

16 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013, čl. 18.

## **Fizičko sputavanje**

Prema preporukama Saveta Evrope lica sa mentalnim smetnjama imaju pravo da budu zbrinuta u najmanje restriktivnom okruženju, uz lečenje koje je najmanje restriktivno ili najmanje narušava integritet, a koje stoji na raspolaganju, uzimajući u obzir njihove zdravstvene potrebe, kao i potrebu da se zaštiti sigurnost drugih ljudi.<sup>17</sup> Evropski Komitet za prevenciju torture navodi da sva lica sa mentalnim smetnjama moraju biti lečena na bezbedan, human, dostojanstven način, koji poštuje njihovu volju i izbor.<sup>18</sup>

U praksi se fizičko sputavanje sprovodi u skladu sa Pravilnikom o fizičkom sputavanju<sup>19</sup>, preporukama Saveta za prevenciju torture i Zaštitnika prava građana,<sup>20</sup> prema osobama sa mentalnim smetnjama, a naročito:

- mera mehaničkog ograničenja korisnika primeniće se izuzetno, kada je to jedino sredstvo da se korisnik spreči da svojim ponašanjem ozbiljno ugrozi sopstveni život i bezbednost ili život i bezbednost drugih lica;
- pre nego što se primeni mera mehaničkog ograničenja razmotriće se i pokušati primena manje restriktivnih mera;
- mera mehaničkog ograničenja korisnika sprovodiće se uz primenu medicinskih mera koje će omogućiti da period primene mere bude što je moguće kraći;
- mera mehaničkog ograničenja pacijenata sprovodiće se na bezbednom mestu i na način kojim se u najmanjoj meri ugrožava život i zdravlje pacijenta;
- mera mehaničkog ograničenja korisnika sprovodiće se namenski sredstvima (kaiševi i sl.) podobnim da se sputavanje ostvari na način kojim se u najmanjoj meri ugrožava život i zdravlje korisnika;
- o primeni mere mehaničkog ograničenja i dužine njenog trajanja odluku donosi psihiyatror, vodeći računa da period primene mere bude što je moguće kraći, shodno važećim standardima i pravilima medicinske struke.<sup>21</sup>

17 Savet Evrope, Preporuka Komiteta Ministara, 2014; Videti više: Milan M. Marković, Ana Janković-Jovanović, Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama: zdravstvena i socijalna zaštita, *Zaštitnik građana RS*, Beograd, 2017, str. 48.

18 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 2006, Standardi CPT-a; Dostupno na adresi: [wwwnpmrsattachmentsStandardi.pdf](http://wwwnpmrsattachmentsStandardi.pdf) (02.10.2017).

19 Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihiatrijskim ustanovama, *Službeni glasnik RS*, br. 94/2013.

20 Izveštaj za 2016. godinu, Nacionalni mehanizam za prevenciju torture, *Zaštitnik građana Republike Srbije*, Beograd, 2017; dostupno na adresi: <http://wwwnpmrsattachmentsarticle711GI%20NPM%202016%20final.pdf> (02.10.2017).

21 Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim

Problem se javlja u vezi sa spornom regulativom koja nalaže da se, neposredno po započinjanju fiksacije, obavesti staratelj ili zakonski zastupnik pacijenta. Postupak postaje komplikovan ukoliko se to dešava u toku noći, kada često staratelj ostaje nedostupan.

U većini specijalnih bolnica sprovedena je edukacija lekara i srednjeg medicinskog kadra, u primeni postupanju sa pacijentima koji se fiksiraju, što je bitno da ne bi došlo do povređivanja i pacijenata i osoblja. Osoblje se obučava o tehnikama manuelnog obuzdavanja agresivnih pacijenata. Takođe, vrši se i kontrola osoblja i propratne medicinske dokumentacije da bi se sprečili slučajevi eventualnog zlostavljanja.

Svi lični podaci koji se unose u medicinsku dokumentaciju, prikupljaju se i saopštavaju u skladu sa pravilima koje se odnose na profesionalnu poverljivost, i u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti pacijenata.<sup>22</sup>

Agresivni i nasilni pacijenti se ne fiksiraju ispred drugih pacijenata, već se smeštaju u jedinice za intezivnu negu i pojačan nadzor. U ovim slučajevima neophodno je stalno prisustvo medicinskog osoblja, što je, zbog nedostatka osoblja, teško uvek ispuniti, pa je video-nadzor u tim slučajevima podrška kontroli takvih pacijenata.

Psihijatrijski pacijenti, u određenim slučajevima zahtevaju, prema medicinskim indikacijama i protokolima, somatsko lečenje, što vrlo često predstavlja problem da se pacijenti hospitalizuju u drugim bolnicama ili kliničkim centrima, usled straha od ovakvih pacijenata i stigme duševno obolelog lica. Kvalitet životnih uslova i lečenja pacijenata varira od institucije do institucije i, u velikoj meri, zavisi od raspoloživih sredstava.

## *Deinstitucionalizacija*

**Proces promena u pravcu deinstitucionalizacije takođe je jedan od bitnih i glavnih ciljeva politike u oblasti mentalnog zdravlja.** Često se napominje kako velike psihijatrijske ustanove nose opasnost od institucionalizacije tj. od izolacije i separacije pacijenata od njihove sredine. Ustanove namenjene za smeštaj lica sa mentalnim smetnjama trebalo bi da pruže istima okruženje i životne uslove koji su slični okruženju i životnim uslovima osoba slične starosne dobi ili pola.<sup>23</sup>

---

smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama, *Službeni glasnik RS*, br. 94/2013, čl. 10.

22 Zakon o zaštiti podataka o ličnosti, *Službeni glasnik RS*, br. 97/2008, 104/2009, 68/2012 – odluka US, 107/2012.

23 Milan M. Marković, Ana Janković-Jovanović, Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama: zdravstvena i socijalna zaštita, *Zaštitnik*

Deinstitucionalizacija predstavlja promenu sistema lečenja osoba sa mentalnim teškoćama, i prelazak sa bolničkog lečenja (hospitalno ili institucionalno lečenje) na lečenje u zajednici, što bi obuhvatalo nove, otvorene sisteme lečenja i podrške, koji bi unapredili pristup dobijanju pomoći ovih osoba, uz istovremeno očuvanje njihovih osnovnih prava. Potrebno je razlikovati deinstitucionalizaciju od same dehospitalizacije, jer ona predstavlja širi pojam koji obuhvata i sistemsko razvijanje službi koje bi omogućile pacijentima povratak u zajednicu (poput centara za mentalno zdravlje), uz postepeno premeštanje ekonomskih i ljudskih resursa; ali, prema svakoj promeni postoje otpori, u konkretnom slučaju otpori postoje i od samog medicinskog osoblja (strah od gubitka posla) do otpora javnosti, zbog same stigme koja je na ovim pacijentima.<sup>24</sup>

U današnjem društvu, često smo svedoci kako se stigma, kao svj. beleg, prikopča mentalnoj bolesti, i svima onima koji imaju bilo kakav dodir s njom. Tu se, pre svega, misli na osobe koje su pogodene psihičkom bolešću, ali tu su i njihove porodice, neretko njihovi psihijatri i psihijatrijske ustanove uopšte. Stvara se teorija koja objašnjava opasnost i inferiornost duševnog bolesnika, a opravdava se animozitet koji se temelji na drugim nivioma. Jednom stigmatizovana osoba svrstava se u ograničeni broj stereotipa koje postoje, a tiču se duševnih bolesnika, i to, nažalost, trajno ostaje.

Mentalna higijena i traženje pomoći od stručnjaka iz oblasti mentalnog **zdravlja** još uvek se smatraju tabuima u našoj sredini. S pravom možemo reći da ovakva vrsta nemara, pa čak i neodgovornosti prema sopstvenom zdravlju, neretko doprinosi i razvoju vrlo neprijatnih posledica, poput različitih oblika psiholoških poremećaja, intenzivne patnje, distresa, psihosomatskih oboljenja. Nabrojani su samo neki od razloga zbog kojih je od izuzetne važnosti da se na nivou celokupne društvene zajednice posveti veća pažnja prevenciji i promociji mentalnog zdravlja. Ostvarenje tog cilja zavisi od sveobuhvatne podrške zajednice, okruženja koje omogućava mentalno obolelima da uživaju sva građanska prava kao i mentalno zdravi, i od tolerancije i nediskriminatorskog ponašanja u zajednici.

**Kao preporuka je oporavak lica sa mentalnim smetnjama kao individualan, jedinstven i celokupan put zaceljenja, koji definiše i stvara značajan i ispunjen život integrisan u zajednicu. To je činjenica. Oporavak se dešava kada lica sa**

---

gradana RS, Beograd, 2017, str.16.

24 Dowdall, George. „Mental Hospitals and Deinstitutionalization“. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, edited by C. Aneshensel and J. Phelan. New York: Kluwer Academic, 1999; dostupno na adresi: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Deinstitutionalization.html#ixzz4wBB6e2PG>.

*mentalnim poremećajima otkriju ili ponovo otkriju svoju snagu i sposobnosti za ostvarivanje ciljeva, i razviju osećaj identiteta, koji im omogućava da se razvijaju van svoje mentalne bolesti. U čitavom ovom procesu neophodna je sistemski podrška celokupne naše društvene zajednice.*

## **ZAKLJUČAK**

Imajući u vidu iskustva u oblasti mentalnog zdravlja, sa stanovišta kliničke prakse u psihijatrijskim ustanovama, mogu se uobičiti kao važne sledeće preporuke:

1. U skladu sa tokovima savremene psihijatrije, neophodna je promena koncepta lečenja, potrebne su intervencije unutar celokupnog spektra životnog domena, koje uključuju rad, zaradu, stanovanje, obrazovanje, ljudska prava, zdravstvenu i pravnu zaštitu. Cilj je da mentalna bolest bude posmatrana kao svaka druga, bez diskriminacije i stigmatizacije.
2. Lečenje u rezidencijalnim ustanovama mora biti individualizovano, uz poštovanje ljudskih prava i dostojanstva svakog pacijenta i osposobljavanje za ponovni povratak u zajednicu. Proces postepene transformacije je u toku, ali, deinstitucionalizacija ne podrazumeva samo dehospitalizaciju, već i omogućavanje povratka pacijenta u zajednicu, što je moguće samo putem sistemskih rešenja.
3. Osnivanje CMZ koji imaju brojne prednosti, pre svega doprinose boljoj intergraciji pacijenata u zajednici. Lečenje u CMZ obezbeđuje humaniji vid lečenja.

# **EXPERIENCE AND RECOMMENDATIONS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH FROM THE ASPECT OF CLINICAL PRACTICE IN PSYCHIATRIC INSTITUTIONS**

## ***Summary***

*The trends of contemporary psychiatry call for a change in the concept of treatment. Interventions within a whole range of life domains that include work, earnings, housing, education, human rights, health and legal protection are needed. The aim is to see mental illness as any other, without discrimination and stigmatization. Treatment in residential institutions should be individualized with respect for the human rights and dignity of each patient and training for returning to the community. The process of gradual transformation is underway, but deinstitutionalization does not only mean dehospitalization but also enable the return of the patient to the community, which is possible only through systemic solutions. Establishing centers that have many advantages, above all, contribute to better intergroup of patients in the community. Centering provides a more human view of treatment.*

***Key words:*** *mental health, clinical practice, involuntary measures, deinstitutionalization*

# **MEĐUSEKTORSKA SARADNJA U PRUŽANJU USLUGA I ZAŠTITA PRAVA LICA SMEŠTENIH U USTANOVE ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE**

**Dr Marta Sjeničić\***

**Marina Jovanović\***

*U zbrinjavanju osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, u ustanovama ili zajednicama, postojanje međusektorske saradnje od ključnog je značaja. Na to ukazuje i Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom, jer je dokument koji na objedinjen način ukazuje na sva prava relevantna za život svakog čoveka, i iz koje se vidi međuslovljenost tih prava. Da bi se svako od tih prava realizovalo, ponaosob, i u korelaciji sa drugim, potrebna je i povezanost različitih sistema u okviru kojih se zadovoljavaju usluge opšte populacije, pa i osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama. Povezanost je, za ovu drugu grupu, tim značajnija i nužnija, što je njenim pripadnicima često potrebna podrška u realizaciji njihovih prava. Potrebno je da sistemi, odnosno, pružanje usluga, bude povezano i kroz legislativu, na formalan način, ali i da to bude primenjeno u praksi, odnosno da svako telo i svaki učesnik u sistemima koji obezbeđuju usluge, bude upućen na mogućnosti drugih sistema, i*

\* Viša naučna saradnica Instituta društvenih nauka u Beogradu, Centar za pravna istraživanja. Predsednica Udruženja pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije (SUPRAM). Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

\* Advokat u Beogradu. Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

*u potrebe korisnika usluga/pacijenata. Zbog toga je, pored dopune postojećeg legislativnog okvira, potrebna i stalna edukacija učesnika u sistemima pružanja usluga (zdravstvenog, socijalnog, obrazovnog, radnog, pravnog, i dr.) o pravima osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, kao i o različitim mogućnostima njihove realizacije, u okviru tog, i drugih sistema. Osim toga, potreban je stalan rad na unapređenju različitih servisa u zajednici, kako bi osobe sa intelektualnim i mentalnim poteškoćama mogle lakše da se uključe u socijalno okruženje. U svim ovim aktivnostima potrebno je voditi se Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom, kao osnovnim i sveobuhvatim aktom, koji je ujedno ratifikacijom postao deo obavezujuće nacionalne regulative.*

***Ključne reči:*** osobe sa mentalnim poteškoćama, usluge, zajednica, sistemi, saradnja

Građani Republike Srbije su korisnici usluga različitih sistema, u zavisnosti od trenutnih ili trajnih potreba. To važi za opštu populaciju, a svakako i više za osetljive društvene grupe, kojima su usluge zdravstvene i socijalne zaštite, ali i usluge drugih sistema, potrebne u širem obimu. Kategorizacija građana, koja ih svrstava u osetljive društvene grupe, uglavnom je zasnovana na socijalnim, zdravstvenim kriterijumima, kao i uslovima života, i detaljno je obrađena u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti<sup>1</sup> i Zakonu o zdravstvenom osiguranju<sup>2</sup>. U osetljive društvene grupe svakako potпадaju i osobe sa invaliditetom, a u okviru njih osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama. Životne potrebe osoba sa invaliditetom (u daljem tekstu: OSI) su veće nego potrebe opšte populacije, u smislu da im je potrebna pomoć društva, pojedinaca, porodice, podrška različitih servisa u društvu, da bi mogle da ostvare redovne životne aktivnosti i potrebe ili deo njih, i to je sveobuhvatno izraženo kroz Konvenciju Ujedinjenih nacija o zaštiti prava osoba sa invaliditetom<sup>3</sup>. Za OSI, kao i za opštu populaciju, nije relevantno koji sistem pruža određenu vrstu usluga ili ko je finansira, već da tu uslugu dobiju. Potrebno je, dakle, da sistemi i usluge budu koncentrisane oko korisnika i da mu budu dostupne i to kroz lako ostvarljive procedure, kako bi se prevenirala situacija u kojoj korisnik ili njegova

1 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013, 93/2014, 96/2015 i 106/2015, član 11.

2 Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014, 106/2015 i 10/2016, član 22.

3 Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom, dostupno na adresi: <http://www.noois.rs/dokumenta-publikacije/međunarodni-propisi/122-konvencija-un-o-pravima-osi/174-konvencija-un-o-pravima-osoba-sa-invaliditetom> (03.08.2017).

porodica lutaju kroz sisteme, nastojeći da nađu pomoć koja im je potrebna. Za osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, ključna je povezanost sistema zdravstvene i socijalne zaštite, ali i njihova usaglašenost sa sistemom pravosuđa, sistemom finansija. Ovo je potrebno kada se radi o zbrinjavanju OSI u ustanovama za smeštaj, a naročito u procesu uključivanja korisnika u zajednicu, odnosno u procesu deinstitucionalizacije ili preveniraju ulaska u institucije<sup>4</sup>. O potrebi za međusektorskog saradnjom će biti reči u daljem tekstu.

## **SARADNJA MEĐU SISTEMIMA**

Kada se radi o situaciji u Srbiji, prema Uredbi o mreži ustanova socijalne zaštite Republike Srbije<sup>5</sup>, ukupan broj kreveta predviđen u socijalnim ustanovama za odrasle sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, je 5.289. Pored navedenih poteškoća, značajan deo pacijenata/korisnika smeštaja ima i druge zdravstvene indikacije koje zahtevaju dobru saradnju između psihijatrijskih bolnica/ustanova za smeštaj i lokalnih zdravstvenih ustanova. Pri tome, u Srbiji postoji i 5 psihijatrijskih bolnica (ustanova na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite), sa oko 3.530 kreveta, i 46 psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama.

Sistem socijalne zaštite obuhvata 136 centara za socijalni rad. Oni obezbeđuju usluge i mere iz oblasti socijalne i porodično-pravne zaštite na lokalnom nivou, usled čega obavljaju i funkciju organa starateljstva. Zaposleni rade po metodu voditelja slučaja, te se osnovna uloga sastoji u proceni potreba korisnika, izradi individualnih planova, zastupanju, obezbeđivanju, odnosno upućivanju na dostupne usluge, kao i monitoringu i evaluaciji. Centri za socijalni rad takođe obavljaju i funkciju upravljanja sistemom, s obzirom na to da imaju ključnu ulogu u uspostavljanju koordinacije između različitih sistema i službi u zajednici, u identifikaciji potreba različitih korisničkih grupa, iniciranju razvoja novih usluga, u skladu sa holističkim pristupima. Međutim, preopterećenost poslom, često nedovoljan broj zaposlenih u centrima, izostanak odgovarajućih usluga u zajednici i programa podrške porodici, kao i nedovoljna edukovanost zaposlenih o procesima deinstitucionalizacije, doprinose da se centri najčešće odlučuju za smeštaj u ustanovu, kao rešenje za osobe sa mentalnim i intelektualnim teškoćama. Ostim toga, i funkcija koordinacije između različitih sistema ponekad izostaje u primeni. To može biti posledica nedorečene pravne regulative, koja nedostatno propisuje

4 M.Sjeničić, „Odnos nacionalnog pravnog sistema prema osetljivim grupama stanovništva“, *Stanovništvo*, br. 1/2015, Beograd, ISSN 0038-982X, str. 20

5 Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 16/2012 i 12/2013.

obaveze učesnika u sistemu, pa time remeti nesmetano koordinisano funkcionisanje različitih sistema. To, međutim, može biti i posledica neagilnosti službi, i nedovoljne edukacije o koordinisanom delovanju sistema, loše organizacije, ali i nedovoljnih ljudskih resursa u sistemu. Na primer, za uput za usmerenu procenu zdravstvenog ili drugog sektora, ne postoji pravni osnov u regulativi. Naime, vrlo često Centar za socijalni rad ima potrebu za procenom stanja klijenta, koju bi trebalo da dâ zdravstveni ili drugi stručni radnik. Klijent se tada upućuje na neformalan način u zdravstvenu ustanovu, pri čemu ona nema obavezu da primi tu osobu, da dâ usmerenu procenu, niti ima propisan rok u kome treba da odgovori. Takav nedostatak obaveze, čini težim zbrinjavanje korisnika i posao radnika u Centru za socijalni rad, jer im je usmerena procena potrebna i to u određenim rokovima, koji su propisani regulativom u socijalnoj zaštiti. Zbog toga bi bilo korisno u socijalnu i zdravstvenu podzakonsku regulativu uneti odredbe koje definišu uput za usmerenu procenu, obaveznost odgovora na uput i rokove u kojima treba obaviti usmerenu procenu.

Rad Centra za socijalni rad uređen je Pravilnikom o organizaciji, normativima i standardima rada Centra za socijalni rad.<sup>6</sup> Prilikom prijema, na osnovu obavljenog intervjeta sa podnosiocem zahteva centru, stručni radnik na prijemu u Centru za socijalni rad donosi odluku da li će podnosioca uputiti na druge nadležne službe u zajednici ili će podnesak i prijemni list proslediti rukovodiocu službe (član 46). I član 47 uređuje da će, ako oceni da centar nije nadležan za prijem podneska, službeno lice na prijemu obavestiti o tome podnosioca i uputiti ga drugoj službi ili organu nadležnom za prijem. Nigde, međutim, nije uređeno čime se podnositac/ klijent upućuje drugoj službi, odnosno, kakva je povezanost centra i socijalnih, zdravstvenih ili nekih drugih službi u zajednici. To bi trebalo rešiti na formalan način – ovim pravilnikom, ili pravilnikom u oblasti zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, kako bi se postupak upućivanja formalizovao, i kako klijenti ne bi bili u nedoumici kome da se obrate, a druge službe u nedoumici da li da prihvate klijente ili ne. Saradnja, za sada, funkcioniše telefonskim putem, kroz neformalni zahtev, ili samim slanjem korisnika na usluge zdravstvene zaštite. Nijedno od ovih rešenja nije sistemsko, niti obezbeđuje da zdravstveni sektor zaista prihvati korisnika i pruži usmerenu procenu u zadatom roku, ili da je uopšte pruži. Iskustvo pokazuje da saradnja između dva sektora, zasnovana uglavnom na ličnim kontaktima zaposlenih u oba sektora, ne ide na ruku sistematicnoj proceni i zadovoljavanju potreba korisnika.

---

6 Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada Centra za socijalni rad, *Službeni glasnik RS*, br. 59/2008, 37/2010, 39/2011 i 1/2012.

Zakon o socijalnoj zaštiti otvara mogućnost međusektorske saradnje, ali ne definiše detaljno kako bi ta saradnja trebalo da bude realizovana. U Zakonu se pominju protokoli o saradnji, kroz koje se, zavisno od potreba korisnika, usluge socijalne zaštite mogu pružati istovremeno i kombinovano sa uslugama koje pružaju obrazovne zdravstvene i druge ustanove.<sup>7</sup> Protokoli, međutim, nisu obavezujuća regulativa, i obično nisu detaljno razrađen dokument. U tom smislu, međusektorskiju saradnju potrebno je realizovati i na neki drugi način. Ugovor je, po formi, sličan protokolu, ali se od njega razlikuje po sadržini. Protokolom se regulišu pravila ponašanja, dok ugovor predstavlja saglasnost volje dve ili više strana radi postizanja nekog pravnog dejstva. Protokoli su opšтијeg i manje obavezujućeg karaktera, a ugovori precizno definišu prava i obaveze ugovornih strana, kao i posledice koje proizilaze iz njihovog neispunjerenja. U tom smislu bi trebalo međusektorskiju saradnju eventualno definisati ugovorom ili nekim obavezujućim pravnim aktom.

Zakon, takođe, članom 60 pominje mogućnost osnivanja socijalno-zdravstvene ustanove ili posebne socijalno-zdravstvene organizacione jedinice u okviru ustanove socijalne zaštite, odnosno u okviru zdravstvenih ustanova, za korisnike koji zbog svog specifičnog socijalnog i zdravstvenog statusa imaju potrebu i za socijalnim zbrinjavanjem i za stalnom zdravstvenom zaštitom ili nadzorom. Standarde za pružanje usluga u ovakvim ustanovama ili jedinicama trebalo bi da propisu zajedno ministri nadležni za socijalnu zaštitu i zdravlje. Ovi standardi još uvek nisu doneti. Svrha standarda je da zdravstveni i socijalni radnici i saradnici, kao i pružaoci usluga socijalne i zdravstvene zaštite, mogu da koriste nacionalne minimalne standarde u cilju unapređenja usluga koje nude korisnicima, ali i njihovim porodicama i drugim licima koja se staraju o korisnicima<sup>8</sup>.

Kada se radi o saradnji između zdravstvenog i socijalnog sektora, ona ni u drugom smeru nije zadovoljavajuća. Na primer, psihijatrijska ustanova dužna je da obaveštenje o zadržavanju bez pristanka lica sa mentalnim smetnjama dostavi bez odlaganja i tom licu, njegovom zakonskom zastupniku ukoliko je poznat, jednom od članova uže porodice, kao i nadležnom organu starateljstva. O zadržavanju lica sa mentalnim smetnjama u psihijatrijskoj ustanovi bez njegovog pristanka odlučuje sud na čijem se području nalazi sedište psihijatrijske ustanove. Sud je dužan da, bez odlaganja, rešenje o zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi dostavi nadležnom organu starateljstva.<sup>9</sup> S obzirom na to da ne postoji obaveza

<sup>7</sup> Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 24/2011, član 58.

<sup>8</sup> M.Sjeničić, Z.Vesić, „Politika koordinisanih standarda socijalnih i zdravstvenih usluga u zajednici za osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama“, *Socijalna politika*, br. 3/2015, god.50, UDK 304+614.2+364.4-056.34/.36]:006.05 str. 123

<sup>9</sup> Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013, član 36.

Centra za socijalni rad (kao organa starateljstva) da reaguje po ovom rešenju, pitanje je šta su zadaci centra za socijalni rad. Ono što bi se očekivalo jeste da Centar postavi privremenog staraoca, ali kako ta obaveza nije propisana, tu postoji pravna i praktična praznina. Ovakve pravne praznine, ali i praznine u praktičnoj komunikaciji u smislu međusektorske saradnje, onemogućavaju razvoj sistema zaštite mentalnog zdravlja u okviru zajednice.<sup>10</sup>

## Saradnja u procesu deinstitucionalizacije

Više od milion dece i odraslih živi u institucijama širom Evrope. Institucije su nekada smatrane najboljim načinom zbrinjavanja dece koja se nalaze u rizičnim situacijama, kao i odraslih sa različitim potrebama za podrškom. Dokazano je, međutim, da zbrinjavanje u instituciji daje lošije rezultate, u smislu kvaliteta života, nego kvalitetne usluge u zajednici, i da, stoga, često rezultira socijalnom isključenošću i segregacijom. Naučno istraživanje sprovedeno kod dece u ranom razvoju pokazalo je da, kada se radi o vrlo maloj deci, čak i relativno kratko institucionalno zbrinjavanje može negativno uticati na moždani razvoj i može imati dugoročne posledice na emocionalnu dobrobit i ponašanje osobe. Iz ovih razloga, i kao rezultat usvajanja Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom Ujedinjenih nacija, kao i drugih instrumenata koji se tiču ljudskih prava, potvrđeno je da je institucionalno zbrinjavanje loša politika, i da predstavlja kršenje ljudskih prava. Zajedničke evropske smernice o tranziciji iz institucionalnog zbrinjavanja ka pružanju usluga u zajednici, definišu instituciju kao bilo koje institucionalno zbrinjavanje gde su: korisnici izolovani od šire zajednice i/ili prisiljeni da žive zajedno; nemaju dovoljno kontrole nad sopstvenim životima i nad odlukama koje ih se tiču; zahtevi same organizacije streme ka tome da preuzmu prednost nad individualnim potrebama korisnika.<sup>11</sup> Uprkos naprecima u brizi za mentalno zdravlje u zajednici, u poslednjih 50 godina i više, institucionalno zbrinjavanje još je uvek veoma prisutno.<sup>12</sup>

Srbija je inicirala proces reformi u oblasti usluga socijalne zaštite. Uspostavljen je pravni i strateški socijalni okvir koji deinstitucionalizaciju ima kao jedan od

<sup>10</sup> D. Milenković i dr., „Briga o mentalnom zdravlju – po meri ljudskog dostojanstva“, Helsinski odbor za ljudska prava u Srbiji, Beograd, 2014, str. 48.

<sup>11</sup> Задничке европске смрнице о транзицији из институционалног збрињавања у збрињавање у заједници, European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, November 2012, Belgium, ISBN 978-86-7728-197-7, str. 11.

<sup>12</sup> G. Thorinicroft, G.Symkler, K. T. Mueser, R. E. Drake, Oxford Textbook of Community Mental Health, Oxford University Press, ISBN 978-0-19-956549-8, str. 168-169.

ciljeva, i to kroz niz pravnih akata. Više od 180 usluga u zajednici razvijeno je tokom prethodnih nekoliko godina, a većina je usmerena na osobe sa invaliditetom.<sup>13</sup> S obzirom na otvoreni sistem licenciranja javnih i privatnih pružilaca socijalnih usluga, sistem socijalne zaštite nudi veći broj usluga u zajednici, nego zdravstveni sistem. Uprkos ovim naporima i nacionalnoj i međunarodnoj donatorskoj podršci, dostupnost usluga u zajednici širom zemlje i dalje je vrlo ograničena. Kada su usluge za decu i mlade u pitanju, u ovom momentu najrasprostranjenije su: dnevni boravci za različite ciljne grupe korisnika - decu i mlade sa smetnjama u razvoju (62), za decu i mlade sa telesnim invaliditetom (14), i potom usluga stanovanje uz podršku za mlade koji se osamostaljuju, koju pruža 13 gradova/opština. Među uslugama namenjenim odraslima i starijima, najzastupljenija je usluga pomoć u kući za odrasle i starije, koja se obezbeđuje u 79 lokalnih zajednica u Srbiji. Druga po zastupljenosti je usluga kluba za starije, koja se obezbeđuje u 28 lokalnih zajednica, a na trećem mestu je usluga SOS telefon za žrtve porodičnog nasilja, koju obezbeđuje 15 gradova/opština.<sup>14</sup> Pomoć u kući je razvijena u većini opština, ali je uglavnom namenjena starijim osobama. Poslednjih godina su razvijane usluge dnevnog boravka, uglavnom namenjene osobama sa intelektualnim teškoćama. Uspostavljene su u svim većim gradovima, ali ih mnoge manje opštine nemaju, ili nisu uspele da obezbede održivost istih.<sup>15</sup> U toku 2015, Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije, uz podršku Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu i u saradnji sa Stalnom konferencijom gradova i opština, preko Centra za socijalnu politiku, preduzeo je mapiranje usluga socijalne zaštite koje su u nadležnosti jedinica lokalnih samouprava.<sup>16</sup> Iz rezultata mapiranja proizilazi da je od 2012. do 2015. godine broj, na primer, dnevnih boravaka za odrasle osobe sa smetnjama u razvoju i invaliditetom, kao i broj usluga stanovanja uz podršku za osobe sa invaliditetom, znatno porastao.<sup>17</sup> Porast se uviđa i u broju korisnika ovih usluga u 2015. godini u odnosu na 2012<sup>18</sup>, ali se zaključuje da je to posledica pomoći donatora, i kada se radi o stanovanju uz podršku – otvaranja mogućnosti za finansiranje tih usluga sa nacionalnog nivoa (namenski transferi). U zaključku mapiranja se, čak, naglašava da su usluge

13 Baza podataka o lokalnim uslugama, Republički zavod za socijalnu zaštitu; dostupno na adresi: <http://www.zavodsz.gov.rs> (20.09.2017).

14 *Ibid.*

15 *Ibid.*

16 G. Matković, M. Stranjaković, „Mapiranje usluga socijalne zaštite u nadležnosti jedinica lokalnih samouprava u Republici Srbiji“, Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije, Beograd, 2016.

17 *Ibid.*, str. 18-20.

18 *Ibid.*, str. 23.

podrške za samostalni život usmerene na osobe sa invaliditetom izrazito nerazvijene, da se rasprostranjenost pojedinih usluga koje su razvijane uz podršku donatora, značajno smanjila.<sup>19</sup>

Prema poslednjim raspoloživim podacima, Centri za socijalni rad su u 2014. godini uputili 11.191 korisnika (odraslih i starije životne dobi) na korišćenje usluga u zajednici. To se uglavnom odnosi na korišćenje usluga pomoći u kući (9.940)<sup>20</sup>, što potkrepljuje prethodno izneti podatak o razvijenosti ove usluge. Treba istaći da su oni samo upućeni, što ne znači da su ih i koristili, jer se neki zbog popunjenošću kapaciteta, nalaze na listi čekanja. Dalji razvoj usluga podrške zavisi od aktivnosti opština, od finansijske podrške, pravilne realizacije namenskih transfera i drugih preduslova.

Kada se radi o zdravstvenoj zaštiti u zajednici, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvene ustanove na primarnom nivou (odnosno, domovi zdravlja) treba da obezbeđuju kućnu negu kroz izabranog lekara. Pored toga, Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici (donet na osnovu Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama), pored centara za mentalno zdravlje u zajednici (koji bi trebalo da budu oformljeni u domovima zdravlja i psihijatrijskim bolnicama), uređuje i mogućnost da se organizuju dnevne usluge u zajednici: dnevni boravak za lica sa mentalnim smetnjama; dnevni centri za starija lica; zaštićene kuće ili stanovi; udruženja korisnika usluga i dr. Ovi oblici usluga u zajednici su navedeni kao mogućnosti, ali nisu dalje razrađeni. Centri za mentalno zdravlje razvijeni su u nekoliko lokalnih samouprava, više kroz projektne aktivnosti podržane donacijama, nego kao sistemsko i održivo rešenje (Niš-Medijana, Kikinda, Vršac). Kada se radi o sistemu zdravstvene zaštite, postoji, dakle, nedostatak kapaciteta, odnosno dovoljno usluga podrške u zajednici koje bi mogle da prihvate osobe koje napuštaju ustanove ili kojima bi se preventirala dalja institucionalizacija. Postoje, kao što je pomenuto, socijalne usluge u zajednici na koje bi lica, koja se nalaze u ustanovama, mogla biti upućena. Ali, čak i kada bi usluge socijalne zaštite u zajednici bile brojnije, saradnja između sektora, u procesu uključivanja u zajednicu, nije na nivou koji bi omogućio neometan prelaz između zdravstvene ustanove i socijalnih usluga u zajednici. To može biti posledica nedovoljnog broja ovih usluga. Razvijanje usluga je uglavnom na lokalnim samoupravama, a istraživanje sprovedeno u okviru mapiranja usluga socijalne

19 *Ibid.*, str. 84.

20 Baza podataka o lokalnim uslugama, Republički zavod za socijalnu zaštitu; dostupno na adresi: <http://www.zavodsz.gov.rs> (20.09.2017)

zajednice pokazuje da je pored drugih razloga, i nedovoljna informisanost lokalnih samouprava o nadležnostima u okviru socijalne zaštite, razlog nerazvijenosti usluga.<sup>21</sup> Tu je, svakako, važno istaći i neinformisanost zaposlenih u zdravstvenim ustanovama o mogućnostima sistema socijalne zaštite, kao i nepostojanje obaveze upućivanja na usluge drugog sistema i time održavanja odgovarajućeg nivoa zdravstvenog i duševnog blagostanja pacijenata/korisnika usluga. Prema Mišljenju Zaštitnika građana potrebno je da se zakonom propisu adekvatna rešenja za razvoj sistema socijalne podrške osobama sa mentalnim smetnjama. Nužno je predvideti način na koji će se organizovati prevencija, rehabilitacija i uključivanje osoba s mentalnim smetnjama u lokalnoj zajednici, a oslanjanje na postojeće sisteme podrške koji su obezbeđeni u sistemu socijalne zaštite je dobrodošlo, ali nedovoljno da bi se obezbedilo puno socijalno uključivanje osoba s mentalnim smetnjama i zaštita njihovih ljudskih prava.<sup>22</sup>

## **Međusektorska saradnja pri zbrinjavanju osoba u ustanovama**

Deinstitucionalizacija i uključivanje OSI u zajednicu svakako je tendencija koje se svaka zemlja i svako nacionalno zakonodavstvo mora držati i čemu treba da teži. U međuvremenu, međutim, postoji veliki broj osoba koje nisu zbrinute u zajednici, što zbog nedostatka usluga u zajednici, što zbog nedostatka kadrovske, organizacionih i finansijskih kapaciteta koji bi podržali deinstitucionalizaciju, ili zbog nedovoljne povezanosti sistema u naporima ka zbirnjavanju u zajednici. Potrebe nege i zaštite, ali i druge potrebe osoba sa invaliditetom smeštenih u ustanove za različitim uslugama – iste su kao i potrebe opšte populacije, čak i veće. Stoga, različiti sistemi treba da budu povezani, a usluge koje ti sistemi pružaju treba da prate korisnika, bez obzira gde se i u kojoj formi zbrinjavanja nalazio.

Prepreke u obezbeđivanju zdravstvenih usluga korisnicima smeštenim u ustanove, na prvom mestu, mogu biti formalne prirode: veliki broj korisnika je smešten u ustanove koje nisu na teritoriji njihovog prebivališta. U principu, osigurana lica koriste zdravstvenu zaštitu, biraju izabranog lekara i koriste usluge viših nivoa zdravstvene zaštite u okviru svoje filijale, odnosno, tamo gde imaju prebivalište.<sup>23</sup> Samo po uputu i po izuzetku mogu koristiti zdravstvene

---

21 Matković, Stranjaković, *ibid.*, str. 47.

22 Milenković i dr., *ibid.*, str. 21.

23 Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Službeni glasnik RS*, br. 107/2005, 109/2005, 57/2011, 110/2012, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014, 106/2015 i 10/2016, članovi 139-141.

usluge na teritoriji druge filijale. Mnoga lica su, međutim, godinama zbrinuta u ustanovama koje nisu na teritoriji njihovog prebivališta (većina psihijatrijskih ustanova i domova za smeštaj u sistemu socijalne zaštite se nalazi u Vojvodini), a da im prebivalište pritom nije formalno promenjeno, pa imaju problem sa korišćenjem zdravstvenih usluga, uključujući i prepisivanje i realizaciju recepata, jer na teritoriji ustanove u koju su smešteni imaju samo boravište.

Problem vezan za prebivalište ne postoji samo u korišćenju zdravstvenih usluga, već i kontaktu sa starateljem dodeljenim iz Centra za socijalni rad. To su osobe koje rade u centrima prema mestu prebivališta korisnika, dok su korisnici/pacijenti, istovremeno, smešteni u ustanove daleko od svog prebivališta. U toj situaciji staratelj korisnika obilazi jednom godišnje ili jednom u više godina, što dovodi do toga da, zapravo, nema ko da se brine o njegovim pravima, u situaciji kada je on liшен poslovne sposobnosti. O tome svedoče i zaposleni u ustanovama u razgovoru obavljenom tokom fokus grupa, održanih u okviru projekta „Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijane ustanove Srbije, u skladu sa ljudsko-pravnim standardima“: *Kada ste nekog lišili poslovne sposobnosti, uglavnom ste mu dodelili staratelja koji je radnik centra za socijalni rad (...) Taj stručni radnik centra (...) zbog preopterećenosti svojim poslom ne dolazi ni jednom godišnje, koliki bi mu bio redovni zakonski okvir, ali ni toliko ne dolaze...<sup>24</sup>*

Tamo gde ne postoji ova formalna prepreka, postoje faktičke prepreke, pre svega u korišćenju opštih usluga zdravstvene zaštite, dakle, nevezanih konkretno za psihijatrijske usluge, odnosno usluge vezane za mentalno zdravlje. Ustanove za smeštaj korisnika u principu oskudevaju u broju zaposlenih koji je potreban na postojeći broj korisnika. Korisnici, kao i opšta populacija, često imaju specifične zdravstvene potrebe koji ne mogu biti zadovoljene u samoj ustanovi, pa je potrebno koristiti resurse zajednice. U zdravstvenim ustanovama, lokalnim domovima zdravlja i opštim bolnicama, često među osobljem vlada stigma i diskriminatorno ponašanje u odnosu na osobe sa mentalnim smetnjama. Dešava se da zaposleni u ustanovama za smeštaj imaju problem da realizuju usluge zdravstvene zaštite za svoje korisnike, a kada ih realizuju, korisnici bivaju, brže nego što to njihovo zdravstveno stanje dopušta, vraćani u ustanove.<sup>25</sup> Iz

<sup>24</sup> Rezultat dobijen sa fokus grupa sa zaposlenima u ustanovama socijalne zaštite za smeštaj korisnika i u psihijatrijskim ustanovama, a u okviru projekta „Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijane ustanove Srbije, u skladu sa ljudsko-pravnim standardima“, Reference: EuropeAid/136560/DD/ACT/RS.

<sup>25</sup> *Ibid.*

analize materijala sa fokus grupa održanih u okviru projekta „Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijalne ustanove Srbije, u skladu sa ljudsko-pravnim standardima“, sa zaposlenima u ustanovama, proizilazi da zdravstvene ustanove opšteg tipa zahtevaju da, uz jednog pacijenta, budu u prati 24 časa, jedan ili dva zaposlena u psihiatrijskoj ustanovi ili domu za smeštaj. Iz svedočenja zaposlenih u ustanovama sa fokus grupa možemo čuti i sledeće: *Sada ste rekli – kontakti rezidencijalnih ustanova i drugih ustanova – a ja pre svega mislim na druge zdravstvene ustanove opšteg tipa (...) i zaista postoji ta velika stigma i veliki, da kažem, otpor prema ovim pacijentima. Lica sa mentalnim smetnjama odvode se u neku ustanovu opšteg tipa, a to po pravilu znači da jedna negovateljica mora biti zadružena da bude 24 sata sa tim licem. Prosto, ovi ostali zdravstveni radnici ili ne žele da rade sa tim licima, ili nisu edukovani, ili možda ne žele da se edukuju. Tu postoji jedan veliki jaz, kao da oni nisu pacijenti u odnosu na ove što nemaju neke smetnje, i tako da se može reći da je ova grupa, odnosno lica sa mentalnim smetnjama jako ugrožena u odnosu na opštu populaciju, što se tiče određenih somatskih problema, s obzirom na to da se onda njima nerado pružaju neke zdravstvene usluge (...) To onda usporava i rad čitave ustanove, ako jednog čoveka morate da stavite da 24 sata dežura sa licem koje je iz ustanove na nekom bolničkom lečenju... Ovom zahtevu je, dakle, teško udovoljiti, s obzirom na broj zaposlenih u ustanovama za smeštaj korisnika. Pored toga, posledica ovakvog ponašanja je i „sagorevanje“ zaposlenih u rezidencijalnim ustanovama. Ovakav stav je rezultat stigme i zablude o stanju korisnika usluga smeštaja. U situaciji u kojoj i zdravstveno osoblje ima tako negativan stav prema osobama sa invaliditetom, teško da se nešto drugo može očekivati od opšte populacije. U tom smislu je neophodna kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika, ali i promocija prava osoba sa invaliditetom, upućena opštoj populaciji, preko medija.*

Pored potrebe za povezivanjem zdravstvenog i socijalnog sektora, potrebna je i veća usaglašenost ova dva sa drugim sektorima: pravosuđa, obrazovanja, finansija. Na ovu potrebu ukazuje i Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom o kojoj će u daljem tekstu biti reči.

## **KONVENCIJA UJEDINJENIH NACIJA O PRAVIMA OSOBA SA INVALIDITETOM**

Najvažniji dokument za zbrinjavanje osoba sa psihosocijalnim i intelektualnim poteškoćama, i razvoj usluga u zajednici za zadovoljavanje njihovih potreba je, već pomenuta, Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom Ujedinjenih nacija (u daljem tekstu: Konvencija) i njen Opcioni protokol, odobreni na Generalnoj skupštini Ujedinjenih nacija 2006. godine. Stupila je na snagu 2008. godine, a za zemlje članice je pravno obavezujuća od trenutka ratifikacije. Konvencija se odnosi na fizička, mentalna, intelektualna i senzorna oštećenja, dugotrajne bolesti i stare osobe. Skupština Republike Srbije je Konvenciju i Opcioni protokol ratifikovala 2009. godine.

Konvencija je doneta s ciljem da se unapredi, zaštitи i osigura puno i jednak uživanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda svim osobama sa invaliditetom, i unapredi poštovanje njihovog urođenog dostojanstva. Konvencijom su sveobuhvatno razrađena prava osoba sa invaliditetom, u različitim oblastima života. Na taj način insistira se na pravu na život i realizaciju prava OSI u zajednici, ali ona nije isključiva u odnosu na lica koja su smeštena u ustanove, već za većinu prava postavlja standarde koji treba da budu ispunjeni bez obzira na okruženje u kome korisnik živi i u kom mu se pružaju usluge. Radi se, na primer, o pravu na odgovarajuće uslove života i socijalnu zaštitu (član 28 Konvencije), o pravu na uživanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda, bez diskriminacije zasnovane na invaliditetu (član 25 Konvencije), pravu na ravnopravnost pred zakonom, primeni svoje poslovne sposobnosti, kao i pravu na ličnu slobodu i bezbednost (članovi 12 i 14 Konvencije) i, u vezi sa tim, pravo na odsustvo eksploracije, zlostavaljanja, nehumanog i nehatnog postupanja, pravo na samostalan život i uključivanje u zajednicu (članovi 16 i 19 Konvencije).

Analiza bilo kog od prava izloženih u Konvenciji ukazuje na to da ona nisu striktno podeljena i da jedno nalazi u drugo, da realizacija jednog povlači za sobom ostvarivanje drugog. Ovo je i logično, s obzirom na to da niko nije korisnik samo zdravstvenih ili socijalnih usluga, titular prava na glasanje ili prava na samostalan život. U opštoj se populaciji ređe postavlja pitanje povezanosti i umreženosti usluga i prava iz različitih sistema, s obzirom na to da su lica bez invaliditeta i potpuno poslovno sposobna obično u mogućnosti da sama dođu do prave informacije, te da, bez posebne podrške, realizuju svoja prava. Dešava se, međutim, i u ovom, najvećoj grupaciji stanovništva, da je teško realizovati jedno

pravo bez upućivanja iz drugog sistema, a mehanizam upućivanja nije ustanovljen, ili jeste, ali ne funkcioniše, ili se ostvaruje kroz neformalne kanale.

Osobe sa invaliditetom uključuju i one koji imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja, koja, u interakciji sa raznim preprekama, mogu ometati njihovo puno i efikasno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima. Ove osobe, kao i opšta populacija, imaju i uobičajene zdravstvene probleme koje je potrebno rešavati na dnevnoj osnovi. Konvencija članom 25 uređuje obavezu država strana ugovornica da priznaju osobama sa invaliditetom pravo na ostvarivanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda, bez diskriminacije zasnovane na invaliditetu. Države strane ugovornice će preduzeti sve odgovarajuće mere kako bi osobama sa invaliditetom omogućile pristup zdravstvenim uslugama, vodeći računa o polu, uključujući rehabilitaciju u vezi sa zdravljem. Države strane ugovornice posebno će:

- a) obezbediti osobama sa invaliditetom *isti izbor, kvalitet i standard besplatne ili pristupačne zdravstvene zaštite i programe koji se nude drugim licima, uključujući i oblasti polnog ili reproduktivnog zdravlja, kao i javnih zdravstvenih programa namenjenih širokoj populaciji;*
- b) obezbediti one zdravstvene usluge koje su, konkretno, potrebne osobama sa invaliditetom *zbog njihovog invaliditeta, uključujući rano otkrivanje i intervenciju*, po potrebi, i usluge namenjene suočenju na najmanju meru i sprečavanju daljeg invaliditeta, uključujući među decom i starijim osobama;
- c) obezbediti ove zdravstvene usluge *što je moguće bliže zajednicama gde ljudi žive, uključujući seoske sredine;*
- d) zatražiti *od profesionalnih zdravstvenih radnika da obezbede isti kvalitet lečenja osobama sa invaliditetom kao i drugima, uključujući na osnovu slobodne i informisane saglasnosti*, između ostalog, širenjem saznanja o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom *putem obuke i usvajanjem etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu;*
- e) zabraniti *diskriminaciju* prema osobama sa invaliditetom prilikom obezbeđenja zdravstvenog i životnog osiguranja ukoliko je takvo osiguranje dozvoljeno nacionalnim zakonodavstvom, koje će se obezbediti na pravedan i razuman način;
- f) spriječiti *diskriminatorsko uskraćivanje zdravstvene zaštite ili zdravstvenih usluga ili hrane ili tečnosti na osnovu invaliditeta.*

U oblasti zdravstvene zaštite, Konvencijom se insistira upravo na ojačavanju onih njenih aspekata koji su se pokazali i još uvek se pokazuju kao slaba tačka u pružanju zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama. Ovo proizilazi iz rezultata razgovora sa zaposlenima ustanova i psihiatrijskih bolnica, kao i sa korisnicima njihovih usluga. Oni su, naime, svedočili sledeće: *Mislimo da je velika odgovornost zdravstvenog sistema koji diskriminiše korisnike ovih ustanova... i, uopšte, cela organizacija zdravstvenog sistema njima otežava pristup zdravstvenoj zaštiti, jer oni ne mogu dobiti svu zdravstvenu zaštitu unutar ustanove. Većina toga se, zapravo, stvara van ustanove, a to je dosta teško, i predrasude su zaista široko rasprostranjene, tako da smo, po našem iskustvu, zdravstvenu zaštitu isticali kao jedan od ključnih problema kada su u pitanju osobe koje se nalaze u institucijama. I definitivno, mi ovde govorimo o životima ljudi (...) to su stvari koje ljudi životno ugrožavaju, a koje prolaze ili neidentifikovano ili nekažnjavano. Ovo je zaista oblast koja zahteva ogromnu pažnju, a mislim da se niko ne usuđuje da to oštro osudi i ukaže na ozbiljnost tog problema, što je stvarno poražavajuće...*

Konvencija, odnosno Zakon o potvrđivanju Konvencije daje, dakle, usmerenje, koje u svakodnevnoj praksi treba imati na umu i ka kome treba ići u smislu realizacije ljudskih prava osoba sa mentalnim smetnjama.

## NACIONALNA REGULATIVA

Postoji niz nacionalnih propisa relevantnih za zbrinjavanje i zaštitu prava osoba sa invaliditetom u ustanovama ili u zajednici. To su: Strategija razvoja socijalne zaštite<sup>26</sup>, Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja<sup>27</sup>, Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji<sup>28</sup>, Zakon o socijalnoj zaštiti<sup>29</sup>, Zakon o pravima pacijenata<sup>30</sup>, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama<sup>31</sup>, Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom<sup>32</sup>, Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom<sup>33</sup>, Zakon o

26 Strategija razvoja socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 108/2005.

27 Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, *Službeni glasnik RS*, br. 8/2007.

28 Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, *Službeni glasnik RS*, br. 1/2007.

29 Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 24/2011.

30 Zakon o pravima pacijenata, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

31 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

32 Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS*, br. 33/2006.

33 Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS*,

profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom<sup>34</sup>, Zakon o socijalnom stanovanju<sup>35</sup>, Zakon o igrama na sreću<sup>36</sup>, Zakon o finansiranju lokalne samouprave<sup>37</sup>, Zakon o državnoj upravi<sup>38</sup>, Zakon o opštem upravnom postupku<sup>39</sup>, kao i prateća podzakonska akta. Većina ovih pravnih dokumenata ukazuje na potrebu deinstitucionalizacije, ali nijednom od njih to nije osnovni fokus. U tom smislu, u domaćoj regulativi nedostaje Strategija za deinstitucionalizaciju. Osim toga, važeća regulativa je, kao što je već naznačeno ranije, nedostatna i nesistematično rešava određene problem, ili se u praksi nedovoljno primenjuje. Na primer, prema Zakonu o vanparničnom postupku<sup>40</sup>, postupak za lišenje poslovne sposobnosti pokreće i vodi sud po službenoj dužnosti, kao i po predlogu organa starateljstva (centra za socijalni rad), bračnog druga, deteta ili roditelja lica, i drugih lica, ako sa tim licem žive u porodičnoj zajednici. Predlog za pokretanje postupka može da stavi i samo lice koje treba lišiti poslovne sposobnosti, ako može da shvati značenje i pravne posledice svog predloga. Sud ispituje da li je punoletno lice prema stepenu sposobnosti za normalno rasuđivanje u stanju da se samo brine o svojim pravima i interesima. Pored saslušanja samog lica koje se lišava poslovne sposobnosti sud je dužan da sasluša staraoca, odnosno privremenog zastupnika, predlagajuća i druga lica koja mogu da daju potrebna obaveštenja o životu i o ponašanju lica prema kome se postupak vodi i o drugim važnim okolnostima. Po potrebi, sud će podatke o tim činjenicama pribaviti od pravnih i drugih lica, koja tim podacima raspolažu. Pored toga, kao dokaz mora da bude izведен i pregled od strane najmanje dva lekara odgovarajuće specijalnosti, koji će dati nalaz i mišljenje o duševnom stanju i sposobnosti za rasuđivanje tog lica (članovi 37 i 38 Zakona o vanparničnom postupku). Na osnovu svih izvedenih dokaza, sud donosi odluku o lišavanju poslovne sposobnosti. Sud odlučuje i o vraćanju potpune ili delimične poslovne sposobnosti kada prestanu razlozi za lišavanje, odnosno, ograničenje poslovne sposobnosti (član 31 i 42 Zakona o vanparničnom postupku i član 148 Porodičnog zakona).

---

br. 42/2009.

<sup>34</sup> Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS*, br. 36/2009 i 32/2013

<sup>35</sup> Zakon o socijalnom stanovanju, *Službeni glasnik RS*, br. 72/2009.

<sup>36</sup> Zakon o igrama na sreću, *Službeni glasnik RS*, br. 88/2011 i 93/2012.

<sup>37</sup> Zakon o finansiranju lokalne samouprave, *Službeni glasnik RS*, br. 62/2006, 47/2011 i 93/2012.

<sup>38</sup> Zakon o državnoj upravi, *Službeni glasnik RS*, br. 79/2005, 101/2007 i 95/2010.

<sup>39</sup> Zakon o opštem upravnom postupku, *Službeni glasnik RS*, br. 33/97 i 31/2001 i *Službeni glasnik RS*, br. 30/2010.

<sup>40</sup> Zakon o vanparničnom postupku, *Službeni glasnik SRS*, br. 25/82 i 48/88 i *Službeni glasnik RS*, br. 46/95, 18/2005, 85/2012, 45/2013, 55/2014, 6/2015 i 106/2015.

U skladu sa izmenama člana 42 Zakona o vanparničnom postupku, iz 2014. godine, u rešenju kojim je utvrdio da ne postoje uslovi za vraćanje poslovne sposobnosti, sud određuje rok u kome će se proveriti da li postoje razlozi za dalje trajanje izrečene mere, a koji ne može biti duži od tri godine. Kako je, dakle, vreme ponovne procene poslovne sposobnosti maksimalno tri godine, pretpostavka je da sud, po službenoj dužnosti, pokreće postupak za procenu. To sa sobom povlači i troškove za izvođenje obaveznog dokaza pregleda najmanje dva psihijatra, koji nisu beznačajni. S obzirom na to je ovo sistemsko rešenje i pitanje troškova treba, takođe, da bude rešeno na nivou sistema. Osim toga, potrebno je sprovoditi kontinuiranu edukaciju u pravosudnom sektoru – sudija i veštaka psihijatara po pitanju procene poslovne sposobnosti, u smislu usmerenja ka proceni onoga šta je osoba u stanju da uradi, a ne onoga što nije u stanju. Sudije u vanparničnom postupku treba stalno da imaju na umu da im je, kao dokazno sredstvo, pored obaveznog veštačenja veštaka psihijatara, dozvoljeno i pribavljanje obaveštenja i od drugih fizičkih i pravnih lica koja raspolažu podacima o životu i ponašanju lica prema kome se postupak vodi, i o drugim važim okolnostima. Pre svega, globalne tendencije idu sve više od medicinskog ka socijalnom modelu invalidnosti, pa time i zbrinjavanja OSI.<sup>41</sup> Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji razrađuje proces promene paradigme „od pacijenta prema građaninu“. Promena koncepta invalidnosti i, pre svega, princip baziran na poštovanju prava i sposobnosti osoba sa invaliditetom, podrazumevaju prelazak sa sistema prava na „kompenzaciju“ gubitaka usled nastupanja individualnih rizika, na nov pristup u izgradnji bezbednosne mreže zasnovane na razvoju mehanizma za stvaranje jednakih mogućnosti. Strategija pravi razliku između medicinskog pristupa (modela) invalidnosti i socijalnog pristupa (modela) invalidnosti.

Medicinski pristup invalidnosti – sagledava invalidnost kao individualni problem, direktno prouzrokovani bolešcu, povredom ili nekim drugim oštećenjem zdravlja, i zbog toga zahteva medicinsku pomoć i negu koju pružaju profesionalci. Osnovni način rešavanja problema invalidnosti, prema ovom modelu, jeste lečenje, rehabilitacija i adaptacija individue na postojeće stanje, sagledavajući prirodu invalidnosti gotovo isključivo kao nešto što se odnosi na pojedinca i na njegove fizičke, senzorne ili intelektualne nedostatke, odnosno, oštećenja.

Socijalni pristup invalidnosti – shvata probleme koje osobe sa invaliditetom imaju kao socijalno definisan i kreiran problem, kao proizvod socijalne organizacije, i stavlja težište na barijere sa kojima se osobe sa invaliditetom suočavaju u svakodnevnom životu, kako kao pojedinci, tako i kao grupa. Pitanje uzročnosti

---

41 „Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji“, gl. 1 i 6.

je ono po čemu se stari, medicinski, i novi, socijalni pristup, razlikuju. Drugim rečima, prva suštinska razlika je u tome gde se sagledava problem invalidnosti: tj. da li u pojedincu, ili u društvu. Razlika između ovako sagledanog problema invalidnosti vodi do daljeg razlikovanja prirode invalidnosti, a zatim do razlikovanja predloženih rešenja za prevazilaženje teškoća sa kojima se suočavaju osobe sa invaliditetom. Predstavljanje razlika osnovnih karakteristika dva modela je od posebnog značaja za razumevanje razlika koje nastaju primenom određenog modela i njegove implikacije na planu unapređenja položaja osoba sa invaliditetom.<sup>42</sup>

U skladu sa tim, treba imati u vidu da je „socijalna dijagnoza“ - način ponašanja u društvu, šta lice može, a šta ne može - vrlo bitna u proceni poslovne sposobnosti. Socijalnu dijagnozu pre mogu dati lica koja su u svakodnevnom kontaktu sa osobom: porodica, negovatelji u ustanovi, čistačice, socijalni radnici, defektolozi, koji su u svakodnevnom kontaktu sa pacijentom/korisnikom, nego psihijatri-veštaci koji pacijenta/korisnika vide samo u trenutku postavljanja dijagnoze, odnosno procene poslovne sposobnosti. Osim toga, sudije treba stalno da imaju na umu da nisu psihijatri ti koji donose odluku, već oni sami, na osnovu različitih dokaznih sredstava, a ne samo na osnovu psihijatrijskog veštačenja, i zbog toga je potrebna kontinuirana edukacija svih učesnika postupka koji se vode po pitanju poslovne sposobnosti.

Iz focus grupe obavljenih sa zaposlenima u socijalnim i zdravstvenim ustanovama, i relevantnim akterima u sektoru, proizilazi upravo stav da zastupanje OSI smeštenim u ustanove vrlo često najbolje mogu da obavljaju oni koji su sa njima u svakodnevnom kontaktu. Negovatelji, čistačice, kuvarice, medicinske sestre i tehničari najčešće imaju neposredno iskustvo i znanje o tome za šta je jedna osoba sposobna, a za šta ne, što i vidimo iz njihovih neposrednih svedočenja: *Nipodaštavamo uticaj jedne negovateljice, a recimo, ona je najviše osoba od poverenja za tog čoveka, i osoba koja to njemu najviše približi (...) mi ne damo nikome da deli lek, osim medicinske sestre, a on će možda lek da uzme samo od čistačice...*

Pored toga što zaposleni mogu, u dokaznom postupku, mnogo toga reći o sposobnostima pacijenta/korisnika, oni mogu i u svakodnevnom životu, ako su edukovani na pravi način, pomoći, ne u zastupanju, nego u suportivnom načinu odlučivanju (odlučivanje uz podršku), gde zapravo odluke donosi sam korisnik/pacijent, uz pomoć zaposlenih u ustanovi, u uslugama u zajednici, ili drugog lica koje korisnik/pacijent smatra bliskim.

Kada se radi o potrebi promene ili dopune važeće regulative, treba razmotriti i Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama. Članom 12 ovog Zakona propi-

<sup>42</sup> Ibid.

suje se da psihijatrijske ustanove i domovi zdravlja obrazuju posebne organizacione jedinice koje obavljaju poslove zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, te da će vrste i bliži uslovi za obrazovanje ovih jedinica propisati ministar podzakonskim aktom, što je i učinjeno Pravilnikom o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici. Zakon, dakle, predviđa da će se, tzv. *centri za mentalno zdravlje* osnivati u zdravstvenim ustanovama primarnog i tercijarnog nivoa. Zaštitnik građana je, međutim, učinio spornim opredeljenje da se prevencija mentalnih smetnji prvenstveno obavlja u „primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uvek kada je to moguće“, jer, ukoliko se prevencija mentalnog zdravlja shvati kao javno dobro (kako je to učinjeno u Strategiji mentalnog zdravlja), onda je nužno i otklanjanje uzroka koji dovode do mentalnih poremećaja, a koji se odnose na porodicu, školu, radno okruženje, odnosno na sveukupno socijalno okruženje.<sup>43</sup> Zbog toga je, po mišljenju zaštitnika građana, potrebno zakonom predvideti i odredbe kojima se deci obezbeđuju mere prevencije mentalnog zdravlja, prevencije samoubistava, sprečavanje uzroka bolesti zavisnosti, i sl.<sup>44</sup>

Pravilnikom o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici definišu se isključivo strukturalni standardi (kadrovi, prostor, oprema), dok standardi kvaliteta (funkcionalni standardi) izostaju. Pravilnik ne definiše stručne postupke, niti prava korisnika, pa se može reći da ima paternalistički pristup. U Pravilniku se, kao oblici dnevnih usluga u zajednici, koji se mogu pružati u okviru centara, pominju dnevni boravak za lica sa mentalnim smetnjama, dnevni centri za starija lica, zaštićene kuće ili stanove, udruženja korisnika usluga, i dr. Međutim, ne postoji obaveza osnivanja centara, niti zasnivanja navedenih usluga u okviru centara. Ove usluge se delimično poklapaju sa uslugama koje se pružaju u socijalnom sektoru, pa ostaje otvoreno pitanje u kakvoj su korelaciji te dve grupe, i kada su korisnici upućeni na jedne, a kada na druge. To nije loše, ali potrebno je raditi na sistematizaciji usluga u zajednici, kako bi se znalo kojim se resursima raspolaže i kuda treba uputiti korisnike/pacijente pri izlasku iz ustanove. Osim toga, već je do sada ukazivano da zakon lečenje osoba sa mentalnim smetnjama generalno usmerava na postojeće stacionarne ustanove i domove zdravlja, a da se nedovoljno pažnje posvećuje podršci lokalnim zajednicama, koja je neophodna da bi se, tamo gde je to moguće, lečenje deinstitucionalizovalo, i da bi se stvorili uslovi za socijalno uključivanje osoba sa mentalnim smetnjama i postepeno zatvaranje „velikih“ stacionarnih ustanova.<sup>45</sup>

43 Milenković i dr., *ibid.*, str. 21-22.

44 *Ibid.*

45 Milenković i dr., *ibid.*, str. 19.

## ZAKLJUČAK

U zbrinjavanju osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, u ustanovama ili zajednici, postojanje međusektorske saradnje od ključnog je značaja. Na to ukazuje i Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom, jer je dokument koji na objedinjen način ukazuje na sva prava relevantna za život svakog čoveka, i iz kojeg se vidi međuuslovjenost tih prava. Da bi se svako od tih prava realizovalo, ponaosob, i u korelaciji sa drugim, potrebna je i povezanost različitih sistema u okviru kojih se zadovoljavaju usluge opšte populacije, pa i osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama. Povezanost je za ovu drugu grupu tim značajnija i nužnija, što je njenim pripadnicima često potrebna podrška u realizaciji njihovih prava. Potrebno je da sistemi, odnosno, pružanje usluga, bude povezano i kroz legislativu, na formalan način, ali i da to bude primenjeno u praksi, odnosno da svako telo i svaki učesnik u sistemima koji obezbeđuju usluge, bude upućen na mogućnosti drugih sistema, i u potrebe korisnika usluga/pacijenata. Zbog toga je, pored dopune postojećeg legislativnog okvira, potrebna i stalna edukacija učesnika u sistemima pružanja usluga (zdravstvenog, socijalnog, obrazovnog, radnog, pravnog i dr.) o pravima osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, kao i o različitim mogućnostima njihove realizacije, u okviru tog i drugih sistema. Osim toga, potreban je stalni rad na unapređenju različitih servisa u zajednici, kako bi osobe sa intelektualnim i mentalnim poteškoćama mogle lakše da se uključe u socijalno okruženje. U svim ovim aktivnostima potrebno je voditi se Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom, kao osnovnim i sveobuhvatnim aktom, koji je ujedno ratifikacijom postao deo obavezujuće nacionalne regulative.

# **INTERSECTORAL COOPERATION IN DELIVERY OF SERVICES AND RIGHT PROTECTION OF RESIDENTS IN HEALTH AND SOCIAL INSTITUTIONS**

## **Summary**

*Existence and functioning of intersectoral cooperation is vital importance for caring about the people with mental and intellectual disabilities in institutions or through services in society. This could be also concluded from the UN Convention on rights of persons with disabilities. Convention points out all the rights relevant for every person's life in a comprehensive way, which shows interdependence of these rights. In order to realise them, separately and in correlation with other rights, it is necessary that the different systems are also correlated, since they meet the needs of population, general, as well as this vulnerable group. Correlation is even more important for people with mental and intellectual disabilities, since they often need support in realisation of their rights. Systems, i.e. service delivery should be interrelated through legislation, in the formal way, but also in practice. Every participant in the system providing services should be familiar with the possibilities of other systems and with the needs of service users/patients. Therefore, beside amending existing legislative frame, continuous education of the participants in the service delivery system is also necessary. The content of continuous education should be focused to the rights of persons with mental and intellectual disabilities, as well as to the possibilities of their realisation within different systems. Besides, there is a need for continuous improvement of different services in the community, in order to enable easier social inclusion of people with mental and intellectual disabilities. In all these activities, UN Convention on rights of persons with disabilities should be leading document, as basic and comprehensive act, which became the part of national legislation.*

**Key words:** persons with mental disabilities, services, community, systems, cooperation

# INSPEKCIJSKI I STRUČNI NAZDOR NAD PRUŽANJEM USLUGA U OBLASTI MENTALNOG ZDRAVLJA

Marko Milenković\*

Zdravstvena zaštita osoba sa mentalnim teškoćama već duže vreme nalazi se u fokusu stručne javnosti, uz raširene ocene o nezadovoljavajućem nivou zaštite ljudskih prava u ovoj oblasti, naročito u rezidencijalnim i psihijatrijskim ustanovama. Ostvarivanje ove zaštite i pružanje usluga predstavlja izazov i u značajno razvijenijim ekonomijama, sa stabilnom vladavinom prava i institucijama. U domaćem kontekstu, nakon višedecenijskog urušavanja sistema socijalne i zdravstvene zaštite, kao i raširene stigmatizacije osoba za mentalnim teškoćama, uočavaju se brojni izazovi u praksi. Važan garant ostvarivanja standarda u svakoj oblasti, a naročito u pružanju zaštite vulnerabilnim grupama, predstavlja razvijen i nezavisni sistem nadzora nad radom ustanova i zaposlenih. Ovaj nadzor se obavlja prvenstveno od strane nadležnih državnih organa, kao inspekcijski i stručni, ali nužno mora biti kompletiran kontrolom od strane nezavisnih tela za zaštitu ljudskih prava, međunarodnih organizacija i civilnog sektora. U poglavljiju se prevashodno analizira postojeći sistem inspekcijskog nadzora u dva važna sistema, zdravstvenom sistemu i sistemu socijalne zaštite, kome pripadaju rezidencijalne ustanove u kojima se pružaju usluge osobama sa mentalnim teškoćama, kao i mogućnosti za njegovo unapređenje.

**Ključne reči:** inspekcijski nadzor, stručni nadzor, mentalno zdravlje, standardi ljudskih prava, usluge socijalne zaštite, usluge zdravstvene zaštite

\* Dr Marko Milenković, naučni saradnik Instituta društvenih nauka u Beogradu – Centar za pravna istraživanja. Programski sekretar Udruženja pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije (SUPRAM). Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

## UVOD

Društvena i institucionalna podrška osobama sa mentalnim teškoćama već duže vreme se nalazi u fokusu kako stručne, tako i šire javnosti, uz raširene ocene o nezadovoljavajućem nivou zaštite ljudskih prava u ovoj oblasti, naročito u rezidencijalnim i psihijatrijskim ustanovama. Poseban izazov predstavlja pružanje zdravstvenih usluga ovim posebno vulnerablem kategorijama. U oblast pružanja usluga osobama sa mentalnim teškoćama uključeni su sistem zdravstvene zaštite (kroz mrežu psihijatrijskih ustanova) i sistem socijalne zaštite (kroz mrežu rezidencijalnih ustanova za smeštaj osoba sa teškoćama u razvoju, koje ujedno pružaju i uslugu medicinske nege). Samim tim, naša analiza obuhvata dva povezana, ali različita sistema. Dodatno, konkretno pitanje kontrole obuhvata kako stručni nadzor, tako i inspekcijski nadzor u ovim oblastima. Zbog ograničenosti prostora nije moguće obuhvatiti sve aspekte četiri podoblasti kontrole-nadzora, već ćemo se, prevashodno, koncentrisati na inspekcijski nadzor, uz konstataciju da u oblasti poput ove nije uvek jednostavno razdvojiti aspekte inspekcijskog i stručnog nadzora, dok naši pozitivni propisi često vrše institucionalno objedinjavanje ovih vidova kontrole. Pitanju standarda pružanja usluga u rezidencijalnim i psihijatrijskim ustanovama u Srbiji posvećena je velika pažnja akademске i stručne javnosti, uz značajan broj preporuka, i jedan broj stručnih analiza urađenih u ovoj oblasti.<sup>1</sup> Sa druge strane, problematika stručnog i inspekcijskog nadzora u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite nije u većoj meri obrađivana kod nas, s obzirom na to da se analize uglavnom zadržavaju na generalnim pitanjima inspekcijskog nadzora,<sup>2</sup> te je ovo poglavlje usmereno na popunjavanje ove praznine u pravnoj literaturi. Nakon uvoda analiziramo relevantni pravni okvir zaštite osoba sa mentalnim teškoćama, i kontrole rada ustanova, uključujući Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom, Ustav Republike Srbije, Zakon o inspekcijskom nadzoru i sektorske propise u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite. Analiza je upotpunjena nalazima kvalitativnog istraživanja sprovedenog u okviru projekta u kome je nastalo ovo poglavlje, a radi sagledavanja percepcije sistema nadzora od strane zaposlenih u ova dva

- 
- 1 Marković, Janković Jovanović (prir.), „Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama – zdravstvena i socijalna zaštita“, *Zaštitnik građana*, 2017. Janković Jovanović, u ovom zborniku
  - 2 Značajan doprinos u ovom pogledu pruža doktorska disertacija Biljane Zekavice, koja obraduje materiju unapređenja sistema kontrole rada u domenu socijalne zaštite; više videti: Biljana Zekavica, „Uspostavljanje i održivost sistema kontrole kvaliteta u socijalnoj zaštiti“ (doktorska disertacija), *Fakultet političkih nauka Univerziteta u Beogradu*, 2016.

sektora i najvažnijih zainteresovanih strana.<sup>3</sup> Konačno, u zaključku se sumiraju glavni nalazi, i daju preporuke za unapređenje kontrole u ovom važnom sektoru.

## **OSNOVNE GARANCije PRAVA OSOBA SA INVALIDITETOM**

Pravni okvir zaštite osoba sa mentalnim teškoćama čini niz akata međunarodnog i nacionalnog zakonodavstva. Imajući u vidu predmet naše analize, mi se u ovom poglavljtu koncentrišemo na Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom, Ustav Republike Srbije, Zakon o inspekcijskom nadzoru i dva sektorska propisa: Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o socijalnoj zaštiti. Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom usvojena je na 61. zasedanju Generalne skupštine Ujedinjenih nacija, na sednici od 13. decembra 2006. godine u Njujorku. Cilj ove konvencije je da se unapredi, zaštiti i osigura puno i jednak uživanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda svim osobama sa invaliditetom, i unapredi poštovanje njihovog urođenog dostojanstva. Osobe sa invaliditetom uključuju i one koji imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja, koja u interakciji sa raznim preprekama mogu ometati njihovo puno i efikasno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima.<sup>4</sup> U skladu sa članom 4 države ugovornice *prihvatile su da obezbede i unaprede puno ostvarivanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda za sve osobe sa invaliditetom, bez diskriminacije bilo koje vrste po osnovu invaliditeta*, i u tom cilju preuzele obavezu da između ostalog: *usvoje sve odgovarajuće zakonodavne, administrativne i druge mere za ostvarenje prava priznatih ovom konvencijom; da se uzdržavaju od svih postupaka ili prakse koji nisu u skladu sa ovom konvencijom, kao i da obezbede da državni organi i institucije deluju u skladu sa ovom konvencijom; da podstiču obuku stručnih kadrova i osoblja koje radi sa osobama sa invaliditetom o pravima predviđenim ovom konvencijom*, kako bi se obezbedila bolja pomoć i usluge garantovane na osnovu tih prava. U skladu sa Konvencijom, države ugovornice priznaju osobama sa invaliditetom *pravo na ostvarivanje najvišeg mogućeg*

3 Detaljnu analizu kvalitativnih rezultata sproveli su Jarić i Milenković, u ovom zborniku.

4 Član 1. Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. Zakon o potvrđivanju konvencije o pravima osoba sa invaliditetom „Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori”, br. 42./2009). U skladu sa Konvencijom „diskriminacija po osnovu invaliditeta” podrazumeva svaku razliku, isključivanje ili ograničenje na osnovu invaliditeta, što ima za cilj ili efekat narušenja, ili poništenja priznavanja, uživanja, ili vršenja, ravnopravno sa drugima, svih ljudskih prava i osnovnih sloboda u političkoj, ekonomskoj, društvenoj, kulturnoj, civilnoj ili bilo kojoj drugoj oblasti. Ona obuhvata i sve oblike diskriminacije, uključujući uskraćivanje razumnog prilagođavanja. Član 2 Konvencije.

*zdravstvenog standarda*, bez diskriminacije zasnovane na invaliditetu.<sup>5</sup> Dodatno, u skladu sa Konvencijom, članice su dužne da obezbede *odgovarajuće uslove života i socijalnu zaštitu*.<sup>6</sup>

U skladu sa članom 33 Konvencije, države ugovornice dužne su da obezbede nacionalnu primenu i njeno praćenje. Državama je ostavljena mogućnost da, u skladu sa sopstvenim ustavnim i administrativnim tradicijama, tj. kako Konvencija definiše „*u skladu sa svojim sistemom organizacije*“, odrede jedno ili više tela u okviru svoje vlade za pitanja koja se odnose na primenu Konvencije, i predviđa da će članice, sa dužnom pažnjom, razmotriti mogućnost uspostavljanja ili određivanja koordinacionog mehanizma u okviru vlade, radi lakšeg preduzimanja odgovarajuće akcije u različitim sektorima, i na različitim nivoima. Dodatno, države su dužne da u svojim pravnim i upravnim sistemima, održavaju, jačaju, odrede ili *uspostave u državi okvir, uključujući jedan ili više nezavisnih mehanizama*, po potrebi, za unapređivanje, zaštitu i praćenje primene ove Konvencije. Kako je predviđeno, pri određivanju ili uspostavljanju takvog

5 Državeugovornice će preduzeti sve odgovarajuće mere kako bi osobama sa invaliditetom omogućile pristup zdravstvenim uslugama, vodeći računa o polu, uključujući rehabilitaciju u vezi sa zdravljem. Države strane-ugovornice posebno će: (a) obezbediti osobama sa invaliditetom isti izbor, kvalitet i standard besplatne ili pristupačne zdravstvene zaštite i programe koji se nude drugim licima, uključujući i oblasti polnog ili reproduktivnog zdravlja i javnih zdravstvenih programa namenjenih širokoj populaciji; (b) obezbediti one zdravstvene usluge koje su konkretno potrebne osobama sa invaliditetom zbog njihovog invaliditeta, uključujući rano otkrivanje i intervenciju, po potrebi, i usluge namenjene svodenju na najmanju meru i sprečavanju daljeg invaliditeta, uključujući među decom i starijim osobama; (c) obezbediti ove zdravstvene usluge što je moguće bliže zajednicama gde ljudi žive, uključujući seoske sredine; (d) zatražiti od profesionalnih zdravstvenih radnika da obezbede isti kvalitet lečenja osobama sa invaliditetom kao i drugima, uključujući na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, između ostalog, širenjem saznanja o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebam osoba sa invaliditetom putem obuke i usvajanjem etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu; (e) zabraniti diskriminaciju prema osobama sa invaliditetom prilikom obezbeđenja zdravstvenog osiguranja i životnog osiguranja, ukoliko je takvo osiguranje dozvoljeno nacionalnim zakonodavstvom, koje će se obezbediti na pravedan i razuman način; (f) sprečiti diskriminatorsko uskraćivanje zdravstvene zaštite ili zdravstvenih usluga ili hrane ili tečnosti na osnovu invaliditeta. Član 25. Konvencije.

6 Na taj način države, u skladu sa članom 28, priznaju pravo osoba sa invaliditetom na odgovarajući životni standard za njih i njihovu porodicu, uključujući odgovarajuću ishranu, odeću i smeštaj, kao i pravo na stalno poboljšavanje uslova života - i preuzeće odgovarajuće korake radi očuvanja i unapređivanja ovog prava bez diskriminacije na osnovu invaliditeta. Države ugovornice priznaju pravo osoba sa invaliditetom na socijalnu zaštitu i na ostvarivanje tog prava bez diskriminacije na osnovu invaliditeta i preuzeće odgovarajuće korake radi očuvanja i unapređivanja ovog prava. Videti detaljnije član 28 Konvencije za konretizaciju mera.

mehanizma, države ugovornice će uzeti u obzir načela koja se odnose na status i funkcionisanje nacionalnih institucija za zaštitu i unapređivanje ljudskih prava. Konvencija dodatno potcrtava da civilno društvo (a posebno osobe sa invaliditetom i organizacije koje ih zastupaju) treba da bude uključeno u proces praćenja primene i potpuno u njemu učestvuju. U našem kontekstu, već više godina funkcioniše Nacionalni preventivni mehanizam, koji deluje pod okriljem zaštitnika građana.

U skladu sa Ustavom Republike Srbije opšteprihvaćena pravila međunarodnog prava i *potvrđeni međunarodni ugovori* sastavni su deo pravnog poretku Republike Srbije i neposredno se primenjuju (član 15). Na taj način, ovlašćena lica, prilikom vršenja inspekcijskog i stručnog nadzora, mogu (i moraju) primenjivati standarde sadržane u potvrđenom međunarodnom ugovoru, čak i kada oni nisu predviđeni zakonom ili podzakonskim aktom. Dodatno, u skladu sa članom 18 (*Neposredna primena zajemčenih prava*) predviđeno je da se ljudska (i manjinska) prava zajemčena Ustavom neposredno primenjuju, što se precizira odredbom stava 2: „Ustavom se jemče, i kao takva, neposredno se primenjuju, ljudska i manjinska prava zajemčena opšteprihvaćenim pravilima međunarodnog prava, potvrđenim međunarodnim ugovorima i zakonima. Zakonom se može propisati način ostvarivanja ovih prava samo ako je to Ustavom izričito predviđeno, ili ako je to neophodno za ostvarenje pojedinog prava zbog njegove prirode, pri čemu zakon ni u kom slučaju ne sme da utiče na suštinu zajemčenog prava“. Ipak, posebno u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite, a imajući u vidu specifičnosti nacionalnih sistema i konkretnih finansijskih mogućnosti budžeta da pokrije troškove ovih složenih i zahtevnih sistema, sam obim prava direktno zavisi od razvijenosti društva i njegovih mogućnosti kao i političko – ekonomskih prioriteta u datom trenutku. Konačno, odredbe o ljudskim i manjinskim pravima tumače se u korist unapređenja vrednosti demokratskog društva, saglasno važećim međunarodnim standardima ljudskih i manjinskih prava, kao i praksi međunarodnih intitucija koje nadziru njihovo sprovođenje“. Ovako ekstenzivno postavljena norma omogućava primenu praksi međunarodnih instrumenata osnovanih u ovoj oblasti i primenu preporuka i najboljih praksi definisanih pre svega od strane Ujedinjenih nacija i Saveta Evrope. To predstavlja solidnu osnovu, ali i značajan izazov u radu inspektora, s obzirom na to da moraju da poznaju širok spektar pravnih tekovina međunarodnih tela koje su dužni da primenjuju u svojoj kontroli. Ustav sadrži niz odredaba relevantnih za ovu analizu, kao što su: nepovredivost fizičkog i psihičkog integriteta, pravo na jednaku zaštitu prava

i na pravno sredstvo, zaštita podataka o ličnosti, posebna zaštita dece o kojoj se roditelji ne staraju i dece koja su ometena u psihičkom ili fizičkom razvoju, zdravstvena i socijalna zaštita i zabrana diskriminacije.<sup>7</sup>

## INSPEKCIJSKI NADZOR U NAŠEM PRAVU

Upravni nadzor (odnosno, kontrola)<sup>8</sup> jedan je od najvažnijih vidova upravne delatnosti i od velikog je značaja za ostvarivanje prava pojedinaca i pravnih lica. Inspeksijski nadzor<sup>9</sup> predstavlja posebnu vrstu upravnog nadzora koja se ostvaruje neposrednim uvidom<sup>10</sup> u odgovarajuće pravne akte i faktičke situacije. Postojanje, i adekvatno obavljanje inspeksijskog nadzora od velike je važnosti za uspešnu implementaciju legilsative u svim oblastima. Inspeksijski nadzor se poverava inspektorima kao posebnoj vrsti upravnih kadrova koji se specijalizuju za određene vrste nadzora, u skladu sa propisima koji regulišu različite pravne oblasti. Cilj inspeksijskog nadzora<sup>11</sup> je kontrola primene propisa od strane fizičkih i pravnih lica, ali i kontrola primene zakona od strane samih organa uprave (u slučaju upravne inspekcije).<sup>12</sup> Kontrolni (nadzorni) proces karakteriše korišćenje (upravno) pravnih ovlašćenja, koje zakonodavac dodeljuje kontrolnom (nadzornom) organu i koji on može vršiti prema kontrolisanom (nadziranom) subjektu, a u vezi sa objektom, odnosno, predmetom kontrole. Proces kontrole obuhvata nekoliko faza. U prvoj fazi *nadgledanja* vrši se upoređivanje predviđenog i ostvarenog, pri čemu se može utvrditi i odstupanje situacije – akta

7 Za detaljnju analizu pojedinih odredbi Ustava, a naročito u oblasti ljudskih prava, kao i njegovih nedostataka, videti više: Antonijević, Milenković wt al., „Ustav Republike Srbije – sedam godina pravne neizvesnosti i preporuke za reformu”, Komitet pravnika za ljudska prava, YUCOM, Beograd, 2013..

8 Termini *nadzor* i *kontrola* se često u literaturi koriste kao sinonimi. Ipak, ima i tendencija da se terminom *nadzor* označava jedan trajniji proces uvida u određene aktivnosti nadziranog lica, u kome bi kontrola predstavljala njegov najjači ili centralni vid. Uporediti: Z. Tomić, Upravna kontrola uprave, Beograd, 1987, str. 13. S druge strane, ima i autora koji striktno prave razliku između dva pojma, videti: I. Vavić, T. Živković, Đ. Jovanović, Zaštita životne sredine i inspeksijski nadzor (kontrola) u Republici Srbiji, *Kvalitet*, 2008. vol. 18, br. 9-10, str. 78.

9 Više o upravnom nadzoru/kontroli videti: Tomić, Opšte upravno pravo, Beograd, 2009; Lilić, Dimitrijević, Marković, Upravno pravo, Beograd 2007; Milenković, „Ekološka inspekcija i decentralizacija Srbije“, u: Predrag Dimitrijević (ur.) Ekologija i pravo, Pravni fakultet Univerziteta u Nišu, 2011, 513-528.

10 O problematičnosti formulacije „neposredni uvid“ videti Blažić, Prilog teoriji o inspeksijskom nadzoru, *Pravni život*, br. 9, 1995, str. 811-812.

11 Više o organskom i funkcionalnom pojmu inspeksijskog nadzora videti: Blažić, *op.cit.*, str. 809-810.

12 Lilić, Dimitrijević, Marković, Upravno pravo, Beograd 2007, str. 372.

ili radnje - od propisanog standarda. Drugu fazu čini *konstatacija, odnosno očena ponašanja* u koje je izvršen uvid – gde se mogu razlikovati situacije njegovog potvrđivanja ili negiranja, odnosno utvrđivanja kakav je odnos kontrolisanog ponašanja (situacije) sa propisanim. Konačno, kao treća faza, može se javiti intervencija, i to u slučaju da postoje odstupanja od propisanih standarda.<sup>13</sup>

Potrebno je praviti distinkciju i između pravnih i ostalih vidova kontrolisanja nadziranog lica, imajući u vidu da su sve vrste uvida zakonski zasnovane, i predstavljaju vršenje upravnih ovlašćenja. U oblasti koja je predmet ove analize, mislimo pre svega na stručni nadzor nad radom. Kontrola se može javiti kao prethodna i kao naknadna.<sup>14</sup> Tomić ističe da se kontrola, u principu, javlja kao naknadna aktivnost<sup>15</sup>. To jeste u skladu sa tendencijom limitiranja zadiranja države u društvene odnose, ali se u oblasti pružanja usluga iz domena socijalne i zdravstvene zaštite prethodna kontrola tj. nadzor, često postavlja i kao uslov za otpočinjanje vršenja delatnosti. U slučaju socijalne zaštite u našem kontekstu, na osnovu podataka koje iznosi Zekavica, u velikoj meri predstavlja i jedinu kontrolu usled nedostatka kapaciteta za obavljanje redovnih kontrola.<sup>16</sup>

Kako ističu Stefanović *et al.*, donošenjem Zakona o inspekcijskom nadzoru 2015. g. „uspostavljena su tri zakonodavna nivoa u inspekcijskom nadzoru: prvi, posebni – sektorski zakoni; drugi, „srednji“ – Zakon o inspekcijskom nadzoru i treći, opšti – Zakon o opštem upravnom postupku, Zakon o državnoj upravi, i drugi opšti propisi kojima se uređuje uprava, pa time i inspekcije i inspekcijski nadzor.”<sup>17</sup>

Zakon o inspekcijskom nadzoru (*Sl. glasnik RS*, br. 36/2015) reguliše osnove inspekcijskog nadzora u našem pravnom sistemu. U skladu sa članom 2, inspekcijski nadzor je posao državne uprave čija sadržina i pojam su utvrđeni zakonom kojim se uređuje rad državne uprave, koga vrše organi državne uprave, organi autonomne pokrajine i organi jedinica lokalne samouprave, s ciljem da se preventivnim delovanjem ili nalaganjem mera obezbedi zakonitost i bezbednost poslovanja i postupanja nadziranih subjekata, i spreče ili otklone štetne posledice po zakonom i drugim propisom zaštićena dobra, prava i interes. <sup>18</sup> *Inspeksijski*

13 Uporediti: Tomić, Upravna kontrola uprave, Beograd 1987, str. 12; Z. Tomić, Opšte upravno pravo, Beograd, 2009, str. 53.

14 Više o kritikama podele na prethodnu i naknadnu kontrolu videti: Tomić, Upravna kontrola uprave, Beograd, 1987, str. 23-24.

15 Uporediti: Tomić, Opšte upravno pravo, Beograd, 2009, str. 53.

16 Videti više: Zekavica, *ibid*, 2016.

17 Stefanović, Milovanović *et al.* Vodič za primenu Zakona o inspekcijskom nadzoru, *Ministarstvo za upravu i lokalnu samoupravu i USAID*, Beograd, 2015, str. 6.

18 Kako se ističe: „Ovo predstavlja napredak u odnosu na posmatranje cilja inspekcijskog

*kom nadzoru upodobljavaju se drugi oblici nadzora i kontrole čijim vršenjem se ispituje primena zakona i drugih propisa neposrednim uvidom u poslovanje i postupanje nadziranog subjekta, koje vrše organi i drugi subjekti sa javnim ovlašćenjima. Na ovaj način su, nedavnim izmenama našeg pozitivnog zakonodavstva u ovoj oblasti, još više približeni inspekcijski i stručni nadzor.*

U skladu sa zakonom inspekcija je organ u sastavu, unutrašnja organizaciona jedinica ili inspektori organa državne uprave, odnosno organa autonomne pokrajine ili jedinice lokalne samouprave ili drugog subjekta sa javnim ovlašćenjima, koja vrši inspekcijski nadzor, dok je inspektor službeno lice sa posebnim ovlašćenjima, obavezama i odgovornostima propisanim zakonom, koje ispunjava uslove za obavljanje inspekcijskog nadzora, vrši inspekcijski nadzor i uživa krivičnopravnu zaštitu propisanu zakonom. Sadržina, granice, ovlašćenja, prava i obaveze pri vršenju inspekcijskog nadzora, utvrđeni su ovim i posebnim zakonima (član 4). Poslove inspekcijskog nadzora nadležna inspekcija vrši preko inspektora. Inspekcijski nadzor može obavljati lice koje ima stečeno propisano obrazovanje, radno iskustvo u struci, položen državni stručni ispit i ispit za inspektora, i koje ispunjava druge uslove propisane za rad u organima državne uprave (član 46). Inspekcijski nadzor, prema vrsti, može biti redovan, vanredan, kontrolni i dopunski (član 6). U skladu sa koncepcijom Zakona, a *radi ostvarivanja cilja inspekcijskog nadzora - inspekcija je dužna da preventivno deluje* (član 13). Zakon, takođe, detaljno propisuje i ovlašćenja inspektora radi utvrđivanja činjenica,<sup>19</sup> što se u svakoj od oblasti upravnog nadzora konkretnije posebnim

---

nadzora koje ističe samo zakonitost, odnosno usaglašavanje postupanja uvek i u svemu samo sa propisima, posmatrajući rizik jedino kao rizik od kršenja propisa (regulatorni rizik), a ne uzimajući u obzir bezbednosne rizike po zaštićena dobra, prava i interese. Postupanje nadziranih subjekata u skladu sa zakonom i drugim propisima,oličeno kroz pojam zakonitosti, jeste cilj inspekcijskog nadzora. Ali, ravnopravno sa zakonitošću, cilj je i da se ostvari bezbednost, naravno, kada se radi o oim inspekcijama koje u svom delokrugu imaju, pored ostvarenja zakonitosti, postizanje bezbednosti, a što je najveći broj inspekcija, uključujući zdravstvenu i inspekciju socijalne zaštite" - Stefanović, Milovanović et al. Vodič za primenu Zakona o inspekcijskom nadzoru, *Ministarstvo za upravu i lokalnu samoupravu i USAID*, Beograd, 2015, str. 2-3.

19) Zakon omogućava inspektoru da: 1) izvrši uvid u javne isprave i podatke iz registara i evidencije koje vode nadležni državni organi, organi autonomne pokrajine i organi jedinice lokalne samouprave i drugi imaoči javnih ovlašćenja ako su neophodni za inspekcijski nadzor, a nije mogao da ih pribavi po službenoj dužnosti, i da ih kopira, u skladu sa zakonom; 2) izvrši uvid u ličnu ili drugu javnu ispravu sa fotografijom koja je podobna da se identifikuju ovlašćena lica u nadziranom subjektu, druga zaposlena ili radno angažovana lica, fizička lica koja su nadzirani subjekti, svedoci, službena lica i zainteresovana lica, kao i fizička lica zatečena na mestu nadzora; 3) uzima pisane i usmene izjave nadziranih subjekata - fizičkih lica i zastupnika, odnosno ovlašćenih lica u nadziranom subjektu - pravnom licu i drugim zaposlenim ili radno angažovanim licima, svedocima, službenim licima i zainteresovanim licima - i da ih poziva da daju

propisima, kao što je slučaj sa zdravstvenom i socijalnom zaštitom.

Inspektor rešenjem odlučuje o merama upravljenim prema nadziranom subjektu. Ako inspektor, u vršenju inspekcijskog nadzora, *ne utvrdi nezakonitosti, nepravilnosti ili nedostatke, on ne donosi rešenje ili zaključak* i tada okončava postupak inspekcijskog nadzora dostavljanjem nadziranom subjektu zapisnika u kome se navodi da nisu utvrđene nezakonitosti, nepravilnosti ili nedostaci u njegovom poslovanju ili postupanju. Ako u vršenju vanrednog utvrđujućeg, odnosno potvrđujućeg inspekcijskog nadzora, inspektor ne utvrdi nezakonitosti, nepravilnosti ili nedostatke, on donosi rešenje o ispunjenosti propisanih uslova ili potvrđivanju zakonitosti i bezbednosti postupanja ili poslovanja. *Izuzetno, inspektor može mere naložiti izricanjem usmenog rešenja, kada oceni da se na taj način otklanja neposredna opasnost po život i zdravlje ljudi, imovinu veće vrednosti, životnu sredinu ili biljni ili životinski svet.* U slučaju nalaganja mera i radnji usmenim rešenjem, inspektor je dužan da, bez odlaganja, sačini službenu belešku o naloženoj meri, kao i da u roku od tri dana od dana izricanja usmenog rešenja, doneše pisano rešenje. Ako inspekcija odstupi od rešenja koja je ranije donosila u istim ili sličnim stvarima, dužna je da u tom rešenju posebno obrazloži razloge za odstupanje.

Zakon poznaje i kategoriju *službene savetodavne posete* – kao oblika preventivnog delovanja inspekcije pružanjem stručne i savetodavne podrške nadziranom subjektu na licu mesta, koju inspekcija organizuje van inspekcijskog nadzora. Posebno se određuje u članu 13, da se na službene savetodavne posete *ne primenjuju odredbe ovog zakona koje se odnose na postupak inspekcijskog nadzora.* Inspekcija o službenoj savetodavnoj poseti sačinjava službenu belešku u koju unosi bitne činjenice i okolnosti ove posete. Ako u službenoj savetodavnoj poseti uoči propust, nedostatak ili nepravilnost u poslovanju i postupanju subjekta kod koga se poseta vrši, inspekcija u roku od osam dana nakon posete

---

izjave o pitanjima od značaja za inspekcijski nadzor; 4) naloži da mu se u određenom roku stave na uvid poslovne knjige, opšti i pojedinačni akti, evidencije, ugovori i druga dokumentacija nadziranog subjekta od značaja za inspekcijski nadzor, a u obliku u kojem ih nadzirani subjekat poseduje i čuva; 5) vrši uvidaj, odnosno pregleda i proverava lokaciju, zemljiste, objekte, poslovni i drugi nestambeni prostor, postrojenja, uređaje, opremu, pribor, vozila i druga namenska prevozna sredstva, druga sredstva rada, proizvode, predmete koji se stavljuju u promet, robu u prometu i druge predmete kojima obavlja delatnost ili vrši aktivnost, kao i druge predmete od značaja za inspekcijski nadzor; 6) uzme potrebne uzorke radi njihovog ispitivanja i utvrđivanja činjeničnog stanja, u skladu sa posebnim zakonom i propisima donetim na osnovu zakona; 7) fotografiše i snimi prostor u kome se vrši inspekcijski nadzor i druge stvari koje su predmet nadzora; 8) preduzme druge radnje radi utvrđivanja činjeničnog stanja prema ovom i posebnom zakonu (član 21).

sačinjava i dostavlja ovom subjektu dopis koji sadrži preporuke ovom subjektu o tome kako da taj propust, odnosno nedostatak ili nepravilnost ispravi i obezbedi zakonito i bezbedno poslovanje i postupanje, i u kom roku to treba da učini. Dopis sa preporukama ima pravnu prirodu akta o primeni propisa.

Konačno, u skladu sa Zakonom, predviđeno je da su sadržina, granice, ovlašćenja, prava i obaveze pri vršenju inspekcijskog nadzora, utvrđeni ovim i posebnim zakonima. Međutim, neposredna primena odredaba posebnih zakona ne može isključiti ili ograničiti neposrednu primenu odredaba ovog zakona, kojima se uređuju pitanja inspekcijskog nadzora i službene kontrole, koja nisu uređena tim posebnim zakonima.<sup>20</sup> Imajući to u vidu, pristupićemo daljoj analizi relevantnog sektorskog zakonodavstva.

## **Organizacija inspekcijskog i stručnog nadzora u oblasti zdravstva**

U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti društvena briga za zdravlje, pod jednakim uslovima, na teritoriji Republike, ostvaruje se obezbeđivanjem zdravstvene zaštite grupacija stanovništva koje su izložene povećanom riziku obolevanja, zdravstvenom zaštitom lica u vezi sa sprečavanjem, suzbijanjem, ranim otkrivanjem i lečenjem bolesti od većeg socijalno-medicinskog značaja, kao i zdravstvenom zaštitom socijalno ugroženog stanovništva. U širokom krugu vulnerabilnih grupa koje uživaju posebnu zaštitu, Zakon ističe i osobe sa invaliditetom i mentalno nedovoljno razvijena lica; posebno apostrofirajući u dodatnim tačkama, između ostalog, psihoze, epilepsije, bolesti zavisnosti, kao i korisnike pomoći za smeštaj u ustanove socijalne zaštite.<sup>21</sup> U kontekstu naše analize prevashodno govorimo o psihijatrijskim ustanovama koje zahtevaju različite oblike kontrole. Kako se ističe od strane Evropskog Komiteta za sprečavanje mučenja, veoma je važno da se psihijatrijske ustanove redovno posećuju od strane nezavisnih spoljnih tela, nadležnih za kontrolu postupanja prema pacijentima. Ta tela moraju biti ovlašćena da nasamo razgovaraju sa pacijentima, da neposredno primaju njihove eventualne žalbe, te da daju potrebne preporuke.<sup>22</sup> Dodatno se ističe da je, imajući u vidu tešku prirodu njihovog posla, od ključne važnosti da

20 Videti detaljnije čl. 4 Zakona.

21 Videti detaljnije: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (član 11).

22 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 55.

Navedeno prema: Marković i Janković (prir.), „Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama – zdravstvena i socijalna zaštita“, *Zaštitnik gradana*, 2017, str. 71.

pomoćno osoblje, tokom izvršavanja svojih zadataka, bude pažljivo nadzirano i rukovođeno od strane stručnog zdravstvenog osoblja.<sup>23</sup> Ova vrsta kontrole detaljnije je obrađena u poglavlju Unijat, u ovom zborniku.

U oblasti zdravstvene zaštite, poslove inspekcijskog nadzora obavlja Sektor za inspekcijske poslove Ministarstva zdravlja, a u okviru njega Odeljenje za zdravstvenu inspekciju. U Odeljenju za zdravstvenu inspekciju obavljaju se inspekcijski i, sa njima povezani, stručni poslovi koji obuhvataju: učestvovanje u pripremi stručnih osnova za izradu nacrta zakona i drugih propisa iz delokruga odeljenja; *inspekcijski zdravstveni nadzor u vezi sa radom zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica koja obavljaju zdravstvenu delatnost*; nadzor nad zakonitošću rada i nadzor nad zakonitošću akata; *proveru kvaliteta stručnog rada zdravstvene službe*; rešavanje u upravnim stvarima u prvostepenom upravnom postupku, izricanje upravnih mera i podnošenje prijava nadležnim pravosudnim organima; *osnivanje i prestanak rada zdravstvenih ustanova i privatne prakse*; *donošenje rešenja o privremenom prestanku rada po zahtevu privatne prakse*; evidentiranje i ažuriranje centralne baze podataka iz delokruga Odeljenja; procenu organizovanja, sprovodenja spoljne provere kvaliteta stručnog rada; *kontrolu izvršenja naloženih mera, praćenje kvaliteta zdravstvene zaštite analizom izveštaja o spoljnoj i unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada*; saradnju sa drugim državnim organima i institucijama, kao i druge poslove iz delokruga Odeljenja.

Dodatno, u Odsecima za zdravstvenu inspekciju obavljaju se poslovi koji obuhvataju: *nadzor nad zakonitošću rada i nadzor nad zakonitošću akata*; rešavanje u upravnim stvarima u prvostepenom upravnom postupku, izricanje upravnih mera i podnošenje prijava nadležnim pravosudnim organima; *inspekcijski nadzor neposrednim uvidom u poslovanje, dokumentaciju i postupanje zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i fizičkih lica, u zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi i drugim pravnim licima koja obavljaju zdravstvenu delatnost, na osnovu koje se ostvaruje zdravstvena zaštita građana*; *osnivanje i prestanak rada zdravstvenih ustanova i privatne prakse*; *neposredan uvid u sprovodenje mera naloženih u postupku provere kvaliteta stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi, kao i druge poslove iz delokruga odseka*.<sup>24</sup>

Zakon o zdravstvenoj zaštiti sadrži detaljne odredbe i o zdravstvenoj in-

23 Evropski komitet za sprečavanje mučenja, 8. Opšti izveštaj [CPT/Inf (98) 12], tačka 28.

Navedeno prema: Marković i Janković (prir.), „Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama – zdravstvena i socijalna zaštita“, *Zaštitnik građana*, 2017, str. 72.

24 Navedeno prema: <http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=270> (3.10.2017).

*spekciji i ovlašćenjima inspektora* (članovi od 243 do 251). Nadzor nad radom zdravstvenih ustanova i privatne prakse, u smislu ovog zakona, vrši se kao nadzor nad zakonitošću rada zdravstvenih ustanova i privatne prakse, i inspekcijski nadzor. Ova formulacija nije u potpunosti precizna pošto inspekcijski nadzor, po svojoj definiciji, podrazumeva nadzor nad zakonitošću rada, pa se ne vidi potreba ovakve distinkcije. Republika obezbeđuje vršenje poslova zdravstvene inspekcije. Dodatno, kao što je već napred istaknuto, novo zakonodavstvo u oblasti inspekcijskog nadzora u fokus stavlja i bezbednost, te je neophodno terminološko, ali i ciljno usklađivanje ovog posebnog propisa sa opštijim. Nadzor vrši Ministarstvo preko zdravstvenih inspektora.<sup>25</sup> U skladu sa članom 249, inspektor, ima široka ovlašćenja, od kojih neka omogućavaju i privremenu zabranu obavljanja delatnosti ustanovi ili zdravstvenom radniku.<sup>26</sup>

- 
- 25 U vršenju nadzora, zdravstveni inspektor je ovlašćen da: 1) pregleda opšte i pojedinačne akte zdravstvene ustanove i privatne prakse, odnosno izvrši uvid u zdravstvenu i drugu dokumentaciju koja je bitna za donošenje odluke u sprovođenju nadzora; 2) sasluša i uzme izjave odgovornog lica, odnosno zdravstvenog radnika i zdravstvenog saradnika, kao i drugih zainteresovanih lica; 3) pregleda prostor i opremu, odnosno izvrši proveru uslova za osnivanje, početak rada i obavljanje zdravstvene delatnosti, propisanih zakonom; 4) izvrši uvid u dokumentaciju zdravstvene ustanove i privatne prakse, na osnovu koje se ostvaruje zdravstvena zaštita građana, odnosno, izvrši neposredan uvid u ostvarivanje zdravstvene zaštite i prava pacijenata u zdravstvenoj ustanovi, odnosno, privatnoj praksi; 5) izvrši neposredan uvid u sprovodenje mera izrečenih u skladu sa ovim zakonom u postupku provere kvaliteta stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi; 6) razmatra predstavke pravnih i fizičkih lica koje se odnose na rad zdravstvene ustanove i privatne prakse, odnosno na pružanje zdravstvene zaštite; 7) obavlja druge poslove nadzora, u skladu sa zakonom. Uporediti član 247.
- 26 U vršenju nadzora, zdravstveni inspektor ima ovlašćenje da: 1) utvrdi ispunjenost uslova za početak rada i obavljanje zdravstvene delatnosti zdravstvene ustanove, odnosno privatne prakse, u pogledu prostora, opreme, kadra i lekova propisanih ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona; 2) naredi otklanjanje utvrđenih nepravilnosti i nedostataka u radu zdravstvene ustanove, odnosno privatne prakse, u roku koji ne može biti kraći od 15 dana, niti duži od šest meseci od dana prijema akta kojim je ta mera naređena, a u hitnim slučajevima naredi otklanjanje utvrđenih nepravilnosti i nedostataka odmah; 3) naredi izvršenje propisane mere zdravstvenoj ustanovi, odnosno, privatnoj praksi, u roku koji ne može biti kraći od 15 dana, niti duži od tri meseca od dana prijema akta kojim je ta mera naređena, a u hitnim slučajevima naredi izvršenje propisanih mera odmah; 4) privremeno zabrani obavljanje delatnosti zdravstvenoj ustanovi, to jest, privatnoj praksi, odnosno, obavljanje određenih poslova u zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi, ako se obavljaju suprotno odredbama ovog zakona i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, u roku koji ne može biti kraći od 60 dana, niti duži od šest meseci od dana prijema akta kojim je ta mera izrečena; 5) privremeno zabrani obavljanje zdravstvene delatnosti, odnosno određenih poslova zdravstvene delatnosti, zdravstvenom radniku ili zdravstvenom saradniku koji obavlja zdravstvenu delatnost suprotno odredbama ovog zakona i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, u roku koji ne može biti kraći od 30 dana, niti duži od šest meseci od dana prijema akta kojim je ta mera izrečena; 6) privremeno zabrani samostalni rad zdravstvenom radniku kome je nadležna komora izrekla jednu od disciplinskih

Zakon o zdravstvenoj zaštiti sadrži detaljne odredbe i *o spoljnoj i unutrašnjoj proveri kvaliteta stručnog rada*. U skladu sa Zakonom, pod proverom kvaliteta stručnog rada, podrazumeva se postupak provere kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika. Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada sprovodi se u svakoj zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi, kao i nad radom zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika. Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi sprovodi se na osnovu godišnjeg programa provere kvaliteta stručnog rada, koji utvrđuje komisija za unapređenje kvaliteta stručnog rada zdravstvene ustanove.<sup>27</sup> Rezultati kvalitativnog istraživanja sprovedenog u okviru ovog projekta ukazuju na veliku neujednačenost ove vrste kontrole u našim ustanovama – od potpunog nepostojanja, do veoma razvijene. U skladu sa Zakonom, zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici za kvalitet stručnog rada odgovaraju stručnom rukovodilcu organizacione jedinice, odnosno službe. Stručni rukovodilac organizacione jedinice za kvalitet svog rada, kao i za kvalitet stručnog rada organizacione jedinice, odnosno, službe kojom rukovodi, odgovara direktoru zdravstvene ustanove, odnosno osnivaču privatne prakse.<sup>28</sup> Rezultati kvalitativnog istraživanja sprovedenog u okviru projekta pokazuju i neujednačenu upoznatost zaposle-

---

mera privremene zabrane samostalnog rada, u skladu sa zakonom kojim se uređuje rad komora zdravstvenih radnika; 7) privremeno zabrani rad zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi, ako u određenom roku utvrđenom u tački 2) i 3) ovog člana nije uskladila obavljanje zdravstvene delatnosti sa ovim zakonom i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, odnosno, ako nije otklonila utvrđene nepravilnosti i nedostatke u radu, odnosno izvršila propisane mере koje je izrekao zdravstveni inspektor; 8) privremeno zabrani rad zdravstvenoj ustanovi, odnosno, privatnoj praksi, u slučajevima propisanim u čl. 53 i 65 ovog zakona; 9) zabrani samostalni rad zdravstvenom radniku koji nije dobio, odnosno, obnovio licencu za samostalni rad, odnosno kome je oduzeta licenca za samostalni rad, pod uslovima propisanim ovim zakonom; 10) predloži nadležnoj komori oduzimanje licence zdravstvenom radniku iz razloga propisanih članom 197 ovog zakona; 11) uputi zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika, na pregled radi ocene zdravstvene sposobnosti u slučaju sumnje na gubitak zdravstvene sposobnosti za obavljanje zdravstvene delatnosti, odnosno određenih poslova zdravstvene delatnosti; 12) zabrani obavljanje zdravstvene delatnosti, odnosno, pružanje zdravstvenih usluga od strane lica iz člana 173 stav 2 ovog zakona, i preduzme druge mере u skladu sa zakonom protiv pravnih i fizičkih lica koja obavljaju zdravstvenu delatnost, odnosno pružaju zdravstvenu zaštitu bez rešenja o utvrđivanju ispunjenosti uslova za obavljanje zdravstvene delatnosti koje donosi Ministarstvo; 13) zabrani obavljanje zdravstvene delatnosti i preduzme druge mере u skladu sa zakonom, protiv fizičkih lica koja obavljaju zdravstvenu delatnost, a koja se u smislu ovog zakona ne smatraju zdravstvenim radnicima; 14) preduzme druge mере propisane zakonom.

<sup>27</sup> Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada privatne prakse sprovodi se na osnovu godišnjeg programa provere kvaliteta stručnog rada koji utvrđuje osnivač privatne prakse. Uporediti član 206.

<sup>28</sup> Član 207.

nih sa rezultatima kontrole, odnosno, ostvarivanje uvida u zaključke najčešće kroz direktni uvid rukovodioca ustanove, koji potom upoznaje rukovodioce organizacionih jedinica, koji potom upoznaju zaposlene u okviru jedinica. Zakon dalje propisuje da spoljna provera kvaliteta stručnog rada može biti redovna i vanredna. Redovnu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada organizuje i sprovodi Ministarstvo, na osnovu godišnjeg plana provere kvaliteta stručnog rada koji donosi ministar. Vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada sprovodi Ministarstvo na zahtev građana, privrednog društva, ustanove, organizacije zdravstvenog osiguranja i državnog organa. Zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa, kao i zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik, dužni su da sarađuju sa stručnim nadzornicima, kao i da im dostave sve potrebne podatke i drugu dokumentaciju potrebnu za sprovodenje redovne i vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada.<sup>29</sup> Redovnu i vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada vrše stručni nadzornici sa liste nadzornika koju utvrđuje ministar. Nadležna komora predlaže ministru listu nadzornika iz reda istaknutih stručnjaka za određene oblasti zdravstvene zaštite. Nadzornici sa liste nadzornika dužni su da savesno i stručno, a u skladu sa savremenim naučnim dostignućima i kodeksom profesionalne etike, obavljaju redovnu i vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada.<sup>30</sup> Redovnu i vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada može obavljati jedan ili više nadzornika, u zavisnosti od vrste i složenosti, odnosno, plana sprovodenja spoljne provere kvaliteta stručnog rada.

Nadzornici sačinjavaju izveštaj o proveri kvaliteta stručnog rada u koji se unose uočeni nedostaci i propusti u stručnom radu, kao i stručno mišljenje o mogućim posledicama po zdravlje građana, koje u roku od 15 dana od dana završene redovne i vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada dostavljaju ministru i zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi, kao i nadležnoj komori ako je nad zdravstvenim radnikom izvršena provera kvaliteta stručnog rada. Nadzornici su, u toku vršenja redovne i vanredne spoljne provere kvaliteta stručnog rada, dužni da daju stručne savete i predloge za otklanjanje propusta u radu zdravstvene ustanove, privatne prakse, zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog saradnika.

Nadzornici, na osnovu izveštaja, predlažu ministru mere koje je neophodno preuzeti radi otklanjanja uočenih nedostataka u stručnom radu zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenog radnika, odnosno zdravstvenog

---

<sup>29</sup> Član 208.

<sup>30</sup> Videti detaljnije član 209.

saradnika.<sup>31</sup> Ishodi ove kontrole, prema Zakonu, mogu imati veoma značajne posledice po zdravstvene ustanove i zdravstvene radnike. U skladu sa članom 211, po razmatranju izveštaja i predloženih mera nadzornika, ministar donosi rešenje kojim može: 1) privremeno zabraniti, u potpunosti ili delimično, obavljanje određenih poslova zdravstvenoj ustanovi, odnosno, privatnoj praksi; 2) privremeno zabraniti, u potpunosti ili delimično, rad organizacionom delu zdravstvene ustanove, odnosno, privatne prakse; 3) privremeno zabraniti rad zdravstvene ustanove, odnosno privatne prakse; 4) predložiti nadležnoj komori da zdravstvenom radniku, pod uslovima propisanim ovim zakonom, oduzme licencu.<sup>32</sup>

Pravila stručnog nadzora dodatno su razrađena kroz Pravilnik o proveri kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika ("Službeni glasnik RS", br. 35/2011). Konačno, iako van okvira ove analize, treba istaći da se specifična vrsta kontrole vrši i kroz dobrovoljnu akreditaciju zdravstvenih ustanova u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti,<sup>33</sup> što, u perspektivi, može voditi podizanju standarda i predstavljati dodatni nivo kontrole rada ustanova i pruženih usluga.

Analizom delokruga ovlašćenja i posledica inspekcijskog i stručnog nadzora u oblasti zdravstva zaključuje se da se oni u velikoj meri po svojoj prirodi podudaraju, ali se ipak uviđa razlika u kvalifikacijama osoba koje je vrše inspektor *vs.* nadzornik i predmetu kontrole – zakonitost akata naspram stručnosti rada. Zaključujemo ipak, da se potpuno jasna distinkcija ne može do kraja napraviti, te pitanje razgraničenja inspekcijskog i stručnog nadzora i dalje ostaje aktuelna tema za upravno- pravnu analizu.

---

31 Videti detaljnije član 210.

32 Privremena zabrana rada traje dok se ne otklene razlozi koji su doveli do izricanja zabrane. Na osnovu izveštaja i predloženih mera nadzornika, kao i na osnovu predloga ministra, ako je utvrđen propust u stručnom radu zdravstvenog radnika ili povreda načela profesionalne etike, nadležna komora može oduzeti licencu za samostalni rad zdravstvenom radniku, odnosno izreći jednu od disciplinskih mera propisanih zakonom kojim se uređuje rad komora zdravstvenih radnika.

33 Videti više članove 213-218a ZZZ.

## **Organizacija inspekcijskog i stručnog nadzora u oblasti socijalne zaštite**

U oblasti socijalne zaštite poslove inspekcijskog nadzora obavlja više organizacionih jedinica u okviru Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja. U okviru Sektora za zaštitu osoba sa invaliditetom oformljena je u skladu sa sistematizacijom organa Grupa za upravne, normativne i nadzorne poslove. Takođe, u okviru Sektora za brigu o porodici i socijalnu zaštitu, oformljeno je i Odeljenje za upravno-nadzorne poslove u oblasti porodične zaštite u okviru koga postoji Odsek za drugostepeni postupak i nadzor nad stručnim radom organa starateljstva, što je od posebnog značaja za ovu analizu, imajući u vidu da se veliki broj lica sa mentalnim teškoćama nalazi pod starateljstvom, odnosno, oduzeta im je poslovna sposobnost. U okviru ovog Sektora, takođe postoji i Odeljenje za inspekcijski nadzor.<sup>34</sup> Nadzor nad stručnim radom navedenih ustanova sa teritorije Autonomne pokrajine Vojvodine poveren je nadležnom pokrajinskom organu – Pokrajinskom sekretarijatu za zdravstvo, socijalnu politiku i demografiju.<sup>35</sup> „Za razliku od bivših socijalističkih zemalja, sistem socijalne zaštite u Srbiji ima dugogodišnju tradiciju. Vremenom je usavršavan i nadograđivan i pored vidljivog nedostatka planskog i osmišljenog pristupa razvoju“<sup>36</sup> Trenutno, u našem sistemu socijalne zaštite, funkcioniše 76 ustanova socijalne zaštite za smeštaj korisnika, 6 centara za porodični smeštaj i centar za zaštitu žrtava trgovine ljudima,<sup>37</sup> što predstavlja značajan izazov za sprovođenje kontrole u kontekstu malog broja zaposlenih.<sup>38</sup>

Zakon predviđa da se u oblasti socijalne zaštite vrši inspekcijski nadzor, nadzor nad radom, kao i nadzor nad stručnim radom ustanova socijalne zaštite (član 21), ali sadrži detaljne odredbe samo o inspekcijskom i nadzoru nad stručnim radom (članovi od 166 do 175). Ministarstvo nadležno za socijalnu zaštitu vrši nadzor nad stručnim radom centara za socijalni rad, ustanova za domski smeštaj i centara za porodični smeštaj i usvojenje, čiji je osnivač Republika Srbija, odnosno, autonomna pokrajina, ustanova za vaspitanje dece i omladine i Zavoda za socijalnu zaštitu. *U nadzoru nad stručnim radom utvrđuje se da li su ispunjene*

34 Više o strukturi Ministarstva videti: <http://www.minrzs.gov.rs/images/1/struktura.jpg>.

35 Zakon o socijalnoj zaštiti, član 167 stav 2, *Službeni glasnik RS*, broj 24/11.

36 Žegarac, Brkić, Razvoj lokalnih usluga socijalne zaštite – ka standardima kvaliteta, *Fond za socijalne inovacije i Program Ujedinjenih nacija za razvoj (UNDP)*, Beograd, 2007., str.

13. Nevedeno prema: Zekavica, *ibid.* str. 21.

37 Uredba o mreži ustanova, *Službeni glasnik RS*, broj 16/2012. i 12/2013.

38 Videti detaljnije: Zekavica, *ibid.*

*ni zahtevi u odnosu na poštovanje propisanih stručnih procedura i na korišćenje stručnih znanja i veština koje se primenjuju tokom prijema, procene, planiranja, pregleda efekata realizovanih aktivnosti i završetka rada sa korisnikom, na osnovu uvida u stručnu dokumentaciju i proces pružanja i efekata usluga* (član 167). „Supervizijom se obezbeđuje profesionalna podrška stručnim radnicima, kako bi im se unapredilo znanje, kompetencije i veštine, i na taj način uticalo na kvalitet stručnog rada pojedinca, ali, samim tim, i na kvalitet usluga. Ovaj proces podrazumeva obavezno postojanje standarda stručnog rada. Njihovom se primenom, uz stručnu podršku, realizuju stručni postupci i zadaci, i utiče na podizanje kvaliteta.“<sup>39</sup> Po završenom nadzoru nad stručnim radom, sačinjava se izveštaj.<sup>40</sup> Kako ističe Zekavica: „nadzor nad stručnim radom nije u potpunosti ni normativno, ni praktično definisan. Aktuelno se realizuje samo u centrima za socijalni rad, i to isključivo u delu porodičnopravne zaštite.“<sup>41</sup> Iznenadejuju nalazi Zekavice da nadzora nad stručnim radom u ustanovama socijalne zaštite za smeštaj korisnika čiji je osnivač Republika Srbija ili AP Vojvodine nije ni bilo, što potvrđuju izveštaji o radu Odeljenja.<sup>42</sup> Autorka ovo potkrepljuje analizom podataka o obavljenim kontrolama/nadzoru u posmatranom periodu do 2015. god.<sup>43</sup>

Ministarstvo nadležno za socijalnu zaštitu, preko inspektora socijalne zaštite, takođe vrši i inspekcijski nadzor nad radom ustanova socijalne zaštite i pružalaca usluga socijalne zaštite.<sup>44</sup> Na vršenje inspekcijskog nadzora primenjuju se odredbe ovog zakona, zakona kojim se uređuje opšti upravni postupak, i posebnog zakona (formulacija koja je, najverovatnije, upotrebljena u isčekivanju Zakona o inspekcijskom nadzoru). Inspektor socijalne zaštite samostalan je u radu u granicama ovlašćenja utvrđenih zakonom i propisima donetim za sprovođenje zakona, i lično je odgovoran za svoj rad. Inspektor socijalne zaštite dužan je da postupa savesno i nepristrasno u vršenju poslova inspekcijskog nadzora, da čuva kao službenu tajnu podatke do kojih dođe u toku vršenja nadzora, a posebno podatke iz dokumentacije korisnika.<sup>45</sup> U vršenju nadzora, inspektor socijalne zaštite ovlašćen je da utvrđuje zakonitost rada i ispunjenost standarda u skladu sa zakonom.<sup>46</sup> U okviru svojih nadležnosti inspektor može, nakon obavljenog

39 Zekavica, *ibid.*, str. 58.

40 Videti detaljnije član 167.

41 Zekavica, *ibid.*, str. 69.

42 Uaporediti: Zekavica, *ibid.*, str. 73.

43 Zekavica, *ibid.*, str. 80.

44 Kao povereni, ovi poslovi vrše se na teritoriji Autonomne pokrajine Vojvodine, ali i na teritoriji Beograda, od strane gradskih organa.

45 Videti član 169.

46 U ovlašćenja inspektora, u skladu sa članom 170, spada: 1) da pregleda opšte i pojedinačne

nadzora: 1) da privremeno zabrani obavljanje delatnosti, odnosno obavljanje određenih poslova u ustanovi socijalne zaštite i kod pružaoca usluga socijalne zaštite, ako se obavljaju suprotno odredbama ovog zakona, najmanje na 30 dana, a najduže na šest meseci od dana kada je primljen akt kojim je ta mera izrečena; 2) da odredi minimum rada za vreme trajanja zabrane rada; 3) da privremeno zabrani obavljanje delatnosti socijalne zaštite ili određenih poslova iz delatnosti socijalne zaštite zaposlenom koji obavlja delatnost socijalne zaštite suprotno odredbama ovog zakona i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, najmanje na 30 dana, a najduže na šest meseci od dana kada je primljen akt kojim je ta mera izrečena; 4) da privremeno zabrani samostalni rad stručnom radniku kome je nadležni organ Komore izrekao meru privremene zabrane samostalnog rada; 5) da zabrani samostalni rad stručnom radniku koji nije dobio, odnosno obnovio licencu za samostalni rad, odnosno kome je oduzeta licenca za samostalni rad; 6) da predloži Komori da se oduzme licenca stručnom radniku iz razloga propisanih ovim zakonom; 7) da podnese krivičnu prijavu, prijavu za privredni prestup i zahtev za pokretanje prekršajnog postupka ako posumnja da je postupanjem, odnosno nepostupanjem ustanove socijalne zaštite, odnosno, pružaoca usluga socijalne zaštite učinjeno krivično delo, privredni prestup ili prekršaj; 8) da uputi zaposlenog na pregled, radi ocene zdravstvene sposobnosti u slučaju sumnje na gubitak zdravstvene sposobnosti za bezbedno i uspešno obavljanje poslova u socijalnoj zaštiti.

Konačno, deo pravnog okvira čini i Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite.<sup>47</sup> Ovaj akt deli standarde na *strukturne* - koji se odnose na formu ustanove i *funkcionalne* - koji se odnose na sam rad sa korisnicima. U tom smislu će i inspekciji, kada dođe do toga da vrši stručni nadzor (tj. kada personalni kapaciteti budu adekvatni), biti lakše da postupa u kontroli.

---

akte ustanove socijalne zaštite i pružaoca usluga socijalne zaštite; 2) da izvrši uvid u dokumentaciju ustanove socijalne zaštite i pružaoca usluga socijalne zaštite na osnovu koje se ostvaruju usluge socijalne zaštite; 3) da izvrši neposredan uvid u ostvarivanje usluga, upozori na uočene nepravilnosti, i odredi mere i rok za njihovo otklanjanje, koji ne može biti kraći od 15 dana, niti duži od šest meseci, a, u hitnim slučajevima, naredi otklanjanje utvrđenih nepravilnosti i nedostataka odmah; 4) da zahteva izveštaje i podatke o radu ustanove socijalne zaštite i pružaoca usluga socijalne zaštite; 5) da izvrši proveru ispunjenosti uslova za obavljanje delatnosti socijalne zaštite propisanih ovim zakonom; 6) da sasluša i uzme izjave odgovornog lica, odnosno stručnog radnika i stručnog saradnika, kao i drugih zaposlenih i drugih lica; 7) da inicira postupak za utvrđivanje odgovornosti; 8) da izvrši neposredan uvid u sprovođenje naloga izrečenih u postupku inspekcijskog nadzora u skladu sa ovim zakonom; 9) da razmatra predstavke pravnih i fizičkih lica, koje se odnose na rad i pružanje usluga socijalne zaštite; 10) da obavlja druge poslove, u skladu sa zakonom.

<sup>47</sup> Službeni glasnik RS, br. 43/2013.

Uvidi iz kvalitativnog istraživanja ukazuju da su kontrole u ustanovama socijalne zaštite veoma retke. Ovo je posledica malog broja kadrova, naspram velikog broja kontrolisanih subjekata koji su geografski disperzovani širom zemlje (prevashodno, centri za socijalni rad). Zbog prirode posla koji obavljaju, ove institucije se nalaze i pod konstantnim nadzorom javnosti, a naročito u domenu porodičnih odnosa za koje su nadležni. Iako se Ministarstvo suočava sa nedostatkom kadrova, uočava se potreba za davanjem prioriteta kontroli, i pre svega stručnoj podršci rezidencijalnim ustanovama, imajući u vidu da je potencijalni stepen ugroženosti korisnika viši u slučaju boravka u ustanovi.

Dva sistema – zdravstvene i socijalne zaštite se susreću i prepliću<sup>48</sup> u rezidencijalnim ustanovama/domovima za smeštaj lica, koja se u skladu sa Zakonom smatraju korisnicima njihove zaštite najčešće usled njihovog invaliditeta. Zakon određuje u članu 59 da, kada se zdravstvene usluge pružaju u domovima za smeštaj, budu realizovane pod uslovima i uz primenu standarda utvrđenih u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Ispunjenošć uslova za obavljanje određenih poslova iz zdravstvene delatnosti u domovima za smeštaj utvrđuje ministarstvo nadležno za zdravlje, a u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Inspeksijski nadzor nad obavljanjem zdravstvene delatnosti u domovima za smeštaj vrši zdravstvena inspekcija, iz čega proizlazi da su ove ustanove, praktično, u obavljanju svoje osnovne funkcije po prirodi stvari predmet kontrole dve različite inspekcije dva različita ministarstva. Zakon predviđa da se za korisnike koji, zbog svog specifičnog socijalnog i zdravstvenog statusa, imaju potrebu i za socijalnim zbrinjavanjem i za stalnom zdravstvenom zaštitom ili nadzorom, mogu se osnovati socijalno-zdravstvene ustanove, dok ministri nadležni za socijalnu zaštitu i zdravlje propisuju standarde za pružanje usluga u ovim ustanovama.<sup>49</sup> Ipak, u praksi, ovakve institucije još uvek nisu zaživele. Iako je zvanično političko opredeljenje Republike Srbije da se izvrši što širi proces deinstitucionalizacije korisnika, imajući u vidu da postoji jedan krug kome je zbog prirode zdravstvenog stanja ovakva vrsta nege neophodna, potrebno je dalje razraditi pravni intersektorski okvir u ovoj oblasti.

U oblasti socijalne zaštite već niz decenija funkcioniše i Zavod za socijalnu zaštitu. Zavod, između ostalog: 1) *prati kvalitet stručnog rada i usluga u ustanovama socijalne zaštite*, u skladu sa ovim zakonom; 2) *pruža stručnu podršku* (u daljem tekstu: supervizijska podrška) radi unapređenja stručnog rada i usluga socijalne zaštite; ... 4) *razvija sistem kvaliteta u socijalnoj zaštiti*, koordinira raz-

48 Više o ovome videti u prilogu Sjeničić i Jovanović, u ovom zborniku.

49 Videti detaljnije član 60.

voj standarda usluga i predlaže nadležnom ministarstvu unapređenje postojećih i uvođenje novih standarda; 5) razvija i realizuje modele supervizijske podrške u ustanovama socijalne zaštite i kod pružalaca usluga socijalne zaštite; ...<sup>50</sup> Kako konstatuje Zekavica: „Do donošenja Zakona o socijalnoj zaštiti, zavodi su realizovali i nadzor nad stručnim radom nad pružaocima usluga socijalne zaštite. Zakon je ovu funkciju vratio ministarstvu nadležnom za socijalna pitanja. Jedan od značajnijih zadataka zavoda u domenu uticaja na kvalitet usluga socijalne zaštite jeste pružanje supervizijske podrške pružaocima usluga socijalne zaštite. Na ovaj način zavodi imaju direktnu mogućnost da utiču na uspostavljanje i održivost kvaliteta usluga“.<sup>51</sup>

Iako Zakon o socijalnoj zaštiti ne poznaje institute pritužbe, odnosno žalbe korisnika usluga, ovaj važan mehanizam uveden je putem Pravilnika o licenciranju organizacija socijalne zaštite, kojim je propisana procedura postupanja po primedbama, pritužbama i žalbama korisnika, kao dokaz da će pružalač usluga poštovati ovaj standard poštovanja prava korisnika na pritužbu i žalbu.<sup>52</sup> U cilju pravne sigurnosti, preporučljivo je da institut pritužbe bude predviđen samim zakonom.

Prethodna analiza imala je za cilj da prikaže i analizira najvažnije pravne akte u oblasti socijalne i zdravstvene zaštite koji su relevantni za oblast pružanja usluga osobama sa mentalnim poteškoćama, a naročito problematiku inspekcijskog i stručnog nadzora. Može se zaključiti da institucionalni i proceduralni okvir kontrole postoji i da, u najvećoj meri, adekvatno pruža mogućnosti za blagovremenu reakciju i sprečavanje kršenja ljudskih prava u kontekstu zaštite osoba sa mentalnim poteškoćama. Ipak, raspoloživi uvidi o kapacitetima i obrascima kontrole ukazuju na značajne izazove implementacije pa čak i potencijalni implementacioni jaz, što je neophodno ukrstiti sa podacima o (ne) sprovedenim kontrolama. U okviru realizacije projekta „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, sprovedeno je kvalitativno istraživanje, u okviru kojeg je realizovano šest fokus-grupnih intervjeta, sa različitim kategorijama zaposlenih u psihijatrijskim i ustanovama socijalne zaštite, iz različitih delova Srbije. Ispitanici su obuhvatili, kako rukovodeće kadrove institucija (direktore i sekretare), tako i lekare, socijalne radnike, medicinske sestre i tehničare i negovateljice. U skladu sa sastavom svake od fokus-grupa, vršeno je i prilagođavanje instrumenta za fokus-grupne in-

50 Videti detaljno čl. 164.

51 Zekavica, *ibid*, 2016, str. 57-58.

52 Videti više: Zekavica, *ibid.*, str. 91.

tervjue, uključujući deo koji se osnosio na sistem kontrole rada. Metodološka objašnjenja, kao i sveobuhvatna analiza ovih kvalitativnih podataka, detaljnije su data u prilogu Jarić i Milenkovića, u ovom zborniku. Većina ispitanika iznela je zamerke u vezi sa postojećom praksom nadzora u našem sistemu koje se odnose na: dinamiku inspekcijskih nadzora; postojeće procedure i pouzdanost prikupljenih podataka od strane inspektora; smisao celokupnog nadzornog procesa; fokus nadzornog postupka koji često diktiraju aktuelni trendovi, a ne ideja o sistemskoj podršci u poboljšanju kvaliteta usluga; nepostojanje preciznih standarda za merenje određenih aspekata rada zaposlenih u ovoj specifičnoj vrsti ustanova (konkretno, defektološki i psihološki rad).

## **ZAKLJUČNA RAZMATRANJA SA PREPORUKAMA ZA UNAPREĐENJE PROCESA NADZORA**

U Republici Srbiji su, u prethodnih više od petnaest godina, učinjeni značajni napori za unapređenje usluga za osobe sa mentalnim teškoćama. U tom pogledu izvršena su značajna ulaganja u objekte za smeštaj lica, započet sveobuhvatan proces deinstitucionalizacije, aktuelizovana su pitanja zaštite ljudskih prava i uspostavljeni mehanizmi kontrole, koji ne obuhvataju, kao ranije, samo državne organe, već i nezavisne institucije u oblasti ljudskih prava i civilno društvo. I pored značajnog napretka, uviđaju se i dalje brojni nedostaci i prepreke u pristupu uslugama zdravstvene zaštite, naročito za osobe u rezidencijalnim ustanovama. Određeni broj ovih prepreka rezultat je ekonomске nerazvijenosti i ograničenja društva da finansira usluge u skladu sa najvišim komparativnim standardima. Ipak, uviđa se da postoji veliki implementacioni jaz u pogledu projektovanih i stvarnih mogućnosti pružalaca usluga. To je posledica nedovoljno dobre organizacije sistema, ali i ograničenosti osnovnih mehanizama kontrole zakonitosti i kvaliteta rada – inspekcijskog (i stručnog) nadzora koji vrše nadležni državni organi, u ovom slučaju, ministarstva u okviru svog redovnog delokruga. Novo zakonodavstvo u oblasti inspekcijskog nadzora u fokus stavlja i bezbednost, te je neophodno terminološko, ali i ciljno usklađivanje ovog posebnog propisa sa opštim.

Prvenstveno se, kao problem, uviđa nedostatak upravnih kadrova, što konsekventno vodi maloj učestalosti kontrole, odnosno, nemogućnosti redovne kontrole u većem obimu. I pored ovih ograničenja, ne može se konstatovati da

kontrola u potpunosti izostaje. Ipak, postavlja se pitanje njene delotvornosti i suštinske promene koju ona treba da izazove kod kontrolisanih subjekata. Postojanje nezavisnih mehanizama u značajnoj meri popravlja ovu situaciju, ali nikako ne može da zameni rad državnih organa.

Zaključujemo, takođe, da se širina ovlašćenja i posledice inspekcijskog i stručnog nadzora u oblasti zdravstva, u velikoj meri, po svojoj prirodi, podudaraju, ali da se ipak uviđa razlika u kvalifikacijama osoba koje je vrše: inspektor *vs.* nadzornik - i predmetu kontrole – zakonitost akata naspram stručnosti rada. Zaključujemo, ipak, da se potpuno jasna distinkcija ne može do kraja napraviti, te pitanje razgraničenja inspekcijskog i stručnog nadzora i dalje ostaje aktuelna tema za dalju upravno-pravnu naučnu analizu.

Rezultati kvalitativnog istraživanja sprovedenog u okviru projekta pokazuju i neujednačenu upoznatost zaposlenih sa rezultatima kontrole, odnosno, ostvarivanje uvida u zaključke ovlašćenih lica, koje vrše nadzor nad radom institucija i zaposlenih. On se najčešće obavlja kroz direktni uvid rukovodioca ustanove, koji potom upoznaje rukovodioce organizacionih jedinica, koji potom upoznaju zaposlene u okviru organizacionih jedinica ustanove. Uočava se potreba za kodifikacijom procedura upoznavanja sa sadržajem rešenja, zaključaka i preporuka vršilaca nadzora, kako bi se izgradila nova kultura pristupa korektivnoj i edukativnoj funkciji kontrole.

Kao zaključak ove analize nameće se i pitanje: kako – sa manjkom kapaciteta u okviru nadzornih organa, kontrolisati ustanove sa manjkom kadrovskog kapaciteta za pružanje usluga? Na ovo pitanje ne postoji jednostavan odgovor u kontekstu ekonomске krize, višedecenijskog propadanja države blagostanja i relativno niskom prioritetu koji donosioci političkih odluka daju pitanju tretmana osoba sa mentalnim teškoćama. Uočava se velika potreba za podizanjem kapaciteta kroz edukaciju i novo zapošljavanje, kako u institucijama, tako i naročito u decentralizovanom sistemu deinstitucionalizovane podrške osobama sa mentalnim smetnjama. Socijalno zdravstvene ustanove, iako predviđene pozitivnim zakonodavstvom, još uvek nisu zaživele u praksi. Ne umanjujući značaj deinstitucionalizacije i života u zajednici, koji su promovisani kao osnovni vid zaštite osoba sa mentalnim teškoćama, neophodno je razmisliti da, za onaj uži broj osoba kojima je neophodna ovakva zaštita (zbog specifičnosti njihovog zdravstvenog stanja), nega i usluge budu pruženi u unapređenim institucijama, koje bi potom bile podvrgnute rigoroznom i redovom stručnom i inspekcijskom nadzoru.

## **INSPECTIONS AND SERVICES RELATED TO MENTAL HEALTH IN SERBIA**

### ***Summary***

*Psychiatric and residential institutions in Serbia have been in the focus of professional public with numerous accounts on unsatisfactory level of protection of human rights. Availability and access to these services is challenging in much developed societies with stable institutions and rule of law. In Serbian context, after decades of neglect and degradation of social care and healthcare sectors, widespread stigmatisation of persons with mental disabilities, there are numerous challenges in practise. Important guarantee for meeting the standards in any area, and especially in cases such as protection of vulnerable groups, is existance of developed and independent system of control and oversight of the work of institutions and employees. It is done primarily by the public authorities as control by appointed inspectors but is neceserally accompanied by oversight of independent bodies for protection of human rights, international organisations and civil society. The chapter provides analysis the current system of control in two sectors – healthcare and social care and possibilities for its improvement.*

***Key words:*** *inspections, control, mental health, human rights standards, provision of services in Healthcare and Social care.*



# ULOGA NEZAVISNIH NADZORNIH MEHANIZAMA U PREVENCICI TORTURE U ZATVORENIM USTANOVAMA, SA POSEBNIM NAGLASKOM NA ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Mr Jelena Unijat\*

*U radu je na opšti način predstavljen značaj nezavisnih nadzornih mehanizama u prevenciji torture u zatvorenim ustanovama. Opisano je šta se zapravo podrazumeva pod prevencijom i šta je tortura, a navedene su i vrste kontrole, sa posebnim osvrtom na spoljnu kontrolu. Sa posebnom pažnjom obrađeno je pitanje nadzora nad obavljanjem zdravstvene zaštite u zatvorenim ustanovama, te je između ostalog prikazano i koje aspekte pružanja zdravstvene zaštite je neophodno proveriti prilikom poseta zatvorenim ustanovama, kao i kojom metodologijom prikupiti i obraditi relevantne podatke. Kroz rad su prikazana i osnovna ovlašćenja nacionalnih mehanizama za prevenciju torture i šta oni treba da ispitaju tokom kontrole pružanja zdravstvene zaštite u zatvorenim ustanovama. Zatim je prikazana i praksa Nacionalnog mehanizma za prevenciju torture Republike Srbije i njegova saradnja sa relevantnim međunarodnim telima koja se takođe bave prevencijom torture, kao i reperkusije te saradnje na poboljšanje stanja u zatvorenim ustanovama i usklađivanje njihovog rada u skladu sa standardima.*

**Ključne reči:** mehanizmi kontrole, Nacionalni preventivni mehanizam, prevencija, tortura, zdravstvena zaštita

\* Sekretarka Nacionalnog preventivnog mehanizma za prevenciju torture. Zaštitnik građana.

Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencialne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

## PREVENCIJA TORTURE

Kako rizik od torture i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja postoji u svim zatvorenim ustanovama, prevencija torture je veoma značajna, a svrha mehanizma za prevenciju torture je da smanje rizike za njen nastanak. Sveobuhvatna definicija torture data je u Konvenciji UN protiv torture<sup>1</sup> u čl. 1.

Iz ove veoma složene definicije možemo izvući tri osnovna elementa torture, i to su: 1. namerno nanošenje bola ili teške fizičke ili mentalne patnje; 2. tortura od strane službenog lica ili uz njegov podsticaj ili pristanak; i 3. vršenje u određene svrhe (dobijanje obaveštenja ili priznanja, kažnjavanje, zastrašivanje i dr. razlozi zasnovani na diskriminaciji). U slučaju izvršenja akta torture, odnosno, svaki put kada neka osoba iznese „dokazivu tvrdnju“<sup>2</sup> o tome da je ona ili neka druga osoba bila zlostavljana, država je dužna da sproveđe istragu, koja mora biti hitna, temeljna i delotvorna.<sup>3</sup> Međutim, kako bi se činjenje akata torture svelo na najmanju moguću meru, veoma je značajno preduzeti aktivnosti prevencije.

Po takozvanom modelu „Kuća prevencije“<sup>4</sup>, kojim je na veoma slikovit način prikazano šta je prevencija torture, temelj predstavlja zakonodavni okvir koji propisuje zabranu i prevenciju torture i nehumanog postupanja, kao i pravne garancije, dok zidove čini primena zakonodavnog okvira u praksi, i to kroz treninge osoblja, razvoj procedura zaštite, i primenu sankcija u slučaju nepoštovanja zakona. Prema ovom modelu, na vrhu kuće je krov koji se sastoji

- 
- 1 Zakon o ratifikaciji Konvencije protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni i postupaka (*Službeni list SFRJ* - Međunarodni ugovori, br. 9/91): „U smislu ove konvencije, izraz *tortura* označava svaki akt kojim se jednom licu namerno nanose bol ili teške fizičke ili mentalne patnje u cilju dobijanja od njega ili nekog trećeg lica, obaveštenja ili priznanja ili njegovog kažnjavanja za delo koje je to ili neko treće lice izvršilo, ili za čije izvršenje je osumnjičeno, zastrašivanja tog lica ili vršenja pritiska na njega, ili zastrašivanja ili vršenja pritiska na neko treće lice, ili iz bilo kojeg drugog razloga zasnovanog na bilo kom obliku diskriminacije, ako taj bol ili te patnje nanosi službeno lice, ili bilo koje drugo lice koje deluje u službenom svojstvu, ili na njegovim podsticaj, ili sa njegovim izričitim ili prečutnim pristankom. Taj izraz se ne odnosi na bol ili patnje koje su rezultat isključivo zakonitih sankcija, neodvojivih od tih sankcija ili koje te sankcije prouzrokuju.“
  - 2 Dokaziva je ona tvrdnja koja je potkrepljena bar nekim dokazima, npr. lekarskim nalazom koji potvrđuje da je osoba doživela povredu u periodu u kom je bila lišena slobode.
  - 3 Marković Ž. (ur.): „Zabrana mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja – Izabrane presude evropskog suda za ljudska prava“, Akcija za ljudska prava, Podgorica, 2013, str. 13.
  - 4 Model je dostupan na sajtu Asocijacije za prevenciju torture (APT), na adresi: <http://www.apt.ch/en/what-is-torture-prevention/> (21. 8. 2017).

od nezavisnih kontrolnih mehanizama, pre svega, nacionalnih mehanizama za prevenciju torture<sup>5</sup>. Zadatak nezavisnih kontrolnih mehanizama jeste da redovno posećuju mesta detencije i proveravaju da li postoji odgovarajući zakonodavni okvir i da li se primenjuje. Takođe, pored nezavisnih kontrolnih mehanizama, bitnu ulogu u prevenciji torture imaju i mediji, kao i preporuke međunarodnih tela za zaštitu ljudskih prava.

## **BITNI ELEMENTI I VRSTE KONTROLE**

Suštinski bitan element svake kontrole jeste da ona bude nezavisna i nepristrasna, što proizilazi i iz principa Ujedinjenih nacija<sup>6</sup>, u kojima se navodi da, kako bi se kontrolisalo striktno poštovanje relevantnih zakona i propisa, mesta za zadržavanje moraju biti redovno posećivana od strane kvalifikovanih i iskusnih lica koja su imenovana od strane i koja odgovaraju nadležnom organu drugaćijem od organa koji je zadužen za upravu mesta za pritvaranje ili zatvaranje. Ovaj element se, ipak, ne može u potpunosti ispuniti kada govorimo o unutrašnjoj kontroli, imajući u vidu da je ona po pravilu u nekakvoj vezi sa ustanovom koju kontroliše. Ova vrsta kontrole više se svodi na administrativnu inspekciju, koja se ograničava na kontrolu rada osoblja i usklađenost procedura sa nacionalnim propisima, ne uključujući i aspekte zaštite ljudskih prava lica lišenih slobode i usklađenost sa međunarodnim standardima.<sup>7</sup> Stoga je ovu vrstu kontrole nužno dopuniti spoljnom nezavisnom kontrolom. Ipak, prednost unutrašnje kontrole može se ogledati u tome što vršioc i ove kontrole dobro poznaju kako sistem funkcioniše iznutra, jer su i sami deo tog sistema. Međutim, ova vrsta prednosti, u kombinaciji sa nedovoljnim stepenom nezavisnosti, može se potencijalno iskoristiti i na negativan način, tako što će organ unutrašnje kontrole izbeći da utvrdi i dokumentuje nedostatke, odnosno pronaći način kako da ih opravlja i podvede pod zakonito postupanje.

Pored unutrašnje, postoje i razne vrste spoljne kontrole, a jedna od njih je i sudska, koja se može realizovati kroz sudsку kontrolu donetih akata, donošenje konačne odluke o zadržavanju lica u ustanovama za lišenje slobode, posete sudija mestima gde su lica lišena slobode i sl. Spoljni mehanizmi uključuju i kan-

5 Nacionalni mehanizmi za prevenciju torture ustanovljeni su „Opcionim protokolom uz UN Konvenciju protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni ili postupaka“, Njujork, 18. decembar 2002.

6 UN: Principi zaštite svih lica pod bilo kojom vrstom pritvora ili zatvora, princip 29, paragraf 1.

7 *Ibid.*, str. 38.

celarije ombudsmana i nacionalne institucije za ljudska prava. Njihov, obično širok mandat da nadgledaju i promovišu poštovanje ljudskih prava, u kombinaciji sa njihovim ovlašćenjem da ispituju pojedinačne pritužbe, često uključuje mogućnost posećivanja i nadgledanja mesta za zadržavanje. Međutim, posete mestima za zadržavanje često se preduzimaju da bi se proverili određeni navodi i ispitala neka individualna pritužba, pre nego da bi se preventivno ispitali i procenili uslovi za zadržavanje u cilju predupređivanja budućih problema.<sup>8</sup>

Ipak, glavna okosnica spoljne kontrole su nezavisni spoljni mehanizmi za nadgledanje, koji mogu biti na nacionalnom (nacionalni mehanizmi za prevenciju torture, nevladine organizacije i sl.) ili na međunarodnom nivou (Komitet UN za sprečavanje torture<sup>9</sup>, Potkomitet UN za prevenciju torture<sup>10</sup>, Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovečnih ili ponižavajućih kazni ili postupaka<sup>11</sup>, Specijalni izvestilac UN za torturu<sup>12</sup>).

## **SISTEM NEZAVISNOG MONITORINGA ZATVORENIH USTANOVA – POJAM I ZNAČAJ**

Suštinski element sistema za nadgledanje su redovne, nenajavljenе posete mestima za zadržavanje od stane nezavisnih tela, koje su praćene izveštajima i preporukama vlastima i sistematično praćenje implementacije ovih preporuka.<sup>13</sup> Kao što se iz navedenog može zaključiti, sistem nadgledanja (monitoringa) može se posmatrati u užem i širem smislu. U užem smislu to je sama poseta zatvorenoj ustanovi u kojoj se nalaze lica lišena slobode, dok u širem smislu ovaj sistem podrazumeva i pripremne radnje pre posete, sastavljanje izveštaja i preporuka nakon posete, kao i praćenje implementacije preporuka i dijalog sa vlastima povodom toga.

Nezavisni monitoring zatvorenih ustanova važan je iz najmanje nekoliko razloga i to: zato što je lišavanje slobode ozbiljna prinudna radnja države, koja je praćena velikim rizikom od zloupotrebe ljudskih prava; lice lišeno slobode

8 Ibid. str. 39.

9 Više o Komitetu na sajtu Komesara UN za ljudska prava, na adresi: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CAT/Pages/CATIntro.aspx> (03.10.2017).

10 Više o Potkomitetu na sajtu Komesara UN za ljudska prava, na adresi: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx> (03.10.2017).

11 Više o Evropskom komitetu na sajtu Saveta Evrope: <http://www.coe.int/en/web/cpt/home> (03.10.2017).

12 Više o Specijalnom izvestiocu na sajtu Komesara UN za ljudska prava, na adresi: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Torture/SRT Torture/Pages/SRT TortureIndex.aspx> (03.10.2017).

13 Schaufelberger E. i Bernath B. (urs.): Nadgledanje mesta za zadržavanje – praktičan vodič, Asocijacija za prevenciju torture, Ženeva, 2004; Dostupno na adresi: [http://www.apt.ch/content/files\\_res/monitoring-guide-montenegrin.pdf](http://www.apt.ch/content/files_res/monitoring-guide-montenegrin.pdf) (04.10.2017), str. 24.

dolazi u potpuno zavisnu poziciju od službenika ustanove u kojoj je smešteno; mogućnosti lica lišenih slobode da utiču na svoju sudbinu su ograničene, ili ih uopšte nemaju.<sup>14</sup> Zbog toga što su lica u zatvorenim ustanovama posebno osetljiva, i u riziku od torture njima mora biti posvećena posebna pažnja putem monitoringa mesta u kojima se ona nalaze.

Posete zatvorenim ustanovama su dvostruko preventivnog karaktera. Pre svega, sama svest rukovodstva i osoblja ustanove da nezavisni kontrolni mehanizmi mogu u svako doba nenajavljeni posetiti ustanovu, deluju preventivno, a takođe i nadgledanje rada i postupanja prema licima lišenih slobode u ustanovi tokom posete je, prvenstveno, preventivno, odnosno, ispituju se aktuelne i potencijalne nepravilnosti u radu, kako bi se njihovim ispravljanjem, predupredilo činjenje sličnih propusta ubuduće.

S druge strane, monitoring ustanova zatvorenog tipa od strane nezavisnih kontrolnih mehanizama značajno doprinosi i radu same ustanove, jer se na ovaj način rad zatvorenih ustanova čini transparentnim. Legitimitet rada i sveopštete poverenje javnosti u rad institucija povećava se kada se javno objavljuju izveštaji o posetama i upućenim preporukama za otklanjanje uočenih nedostataka, kao i rezultati koje su ustanove postigle postupajući po preporukama nezavisnih kontrolnih mehanizama, odnosno, kad se prikazuju stepeni ispunjenosti preporuka i poboljšanja stanja u ustanovama, kao i unapređenje uslova života lica koja su u njima smeštena.

## **MONITORING ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U ZATVORENIM USTANOVAMA**

Uloga nezavisnih kontrolnih mehanizama tokom poseta zatvorenim ustanovama je svakako i ispitivanje kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite, i postupanja shodno međunarodnim standardima.<sup>15</sup> Koliko je značajan indikator kvalitet zdravstvene zaštite za ocenu da li se u ustanovi postupa humano i sa uvažavanjem dostojanstva ličnosti korisnika - govori i konstatacija iz izveštaja Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja, u kojoj se navodi da neadekvatan nivo zdravstvene zaštite može ubrzano voditi stanju koje se može kvalifikovati kao nehumano i ponižavajuće postupanje.<sup>16</sup>

14 *Op. cit.*, str. 26.

15 Međunarodni standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama dostupni su publikaciji Marković M., Janković-Jovanović A. (ur.): „Standardi ljudskih prava i postupanje prema osobama sa mentalnim teškoćama – zdravstvena i socijalna zaštita“, Zaštitnik grada, Beograd, 2017.

16 3rd General Report on the CPT's activities, CPT/Inf (93)12, parag. 30.

Uopšteno gledano, uloga lekara i drugog medicinskog osoblja u zatvorenim ustanovama je višestruka. To je, pre svega, pružanje adekvatne zdravstvene zaštite licima koja su smeštena u ovim ustanovama, kao i prevencija torture. Ukoliko do torture dođe, lekari su dužni da na odgovarajući način dokumentuju nastale povrede i, sa što većom pouzdanošću, konstatuju usled čega su te povrede mogle nastati. Dakle, zdravstveni pregledi lica u ustanovama mogu, pored medicinskog značaja, imati i administrativno-sudski značaj, ukoliko se obavljaju radi utvrđivanja eventualnih slučajeva torture, ili drugih oblika nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja. Zdravstvene službe u zatvorenim ustanovama dužne su i da redovno proveravaju sveopšte životne uslove za boravak ljudi u ovim ustanovama (materijalni uslovi smeštaja, ishrana, fizičke aktivnosti, boravak na svežem vazduhu itd.) i da redovno izveštavaju upravu ustanove o svojim zapažanjima, kao i da preporučuju mere za njihovo unapređenje.

Tokom monitoringa potrebno je ispitati u kojoj meri medicinsko osoblje ostvaruje svoje uloge i zadatke, a kompetentnost medicinskog osoblja, njihova nezavisnost i profesionalna etika, i kvalitet nege koju pružaju, mogu biti ocjenjeni samo od strane lekara specijaliste. Zato se telima za posete preporučuje da uključe i kvalifikovane lekare u svoje timove.<sup>17</sup> Uloga i zadatak lekara u timu za monitoring su višestruki, on pre svega treba da utvrdi najosetljivija pitanja koja se tiču torture ili nečovečnog postupanja, ali i pristupačnost i kvalitet zdravstvene zaštite koja se pruža licima smeštenim u ustanove. Takođe, uloga lekara je i da razmotri na koji način uslovi smeštaja u ustanovi utiču na sveopšte zdravlje lica u ustanovi (npr. higijena, ishrana, prenaseljenost itd.).<sup>18</sup>

Kako bi lekari monitoring tima mogli do kraja i na sveobuhvatan način da ispune svoju ulogu u okviru nezavisnog kontrolnog mehanizma, neophodno je da imaju pristup medicinskoj dokumentaciji lica smeštenih u zatvorene ustanove, što naravno mora biti u saglasnosti za propisima koji garantuju zaštitu podataka o ličnosti. Lekarima koji su članovi nacionalnog mehanizma za prevenciju torture pristup medicinskoj dokumentaciji omogućen je shodno odredbama čl. 20. Opcionog protokola uz UN Konvenciju protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni ili postupaka<sup>19</sup>. Istim članom Protokola, nacionalnim mehanizmima za prevenciju torture je omogućeno da vode privatne

<sup>17</sup> *Ibid.* str. 197.

<sup>18</sup> Videti više o ulozi lekara u: *Visiting places of detention – What role for physicians and other health professionals*, APT, Geneve, 2009; Dostupno na adresi: [http://www.apt.ch/content/files\\_res/RoleForPhysicians.pdf](http://www.apt.ch/content/files_res/RoleForPhysicians.pdf) (03.10.2017).

<sup>19</sup> Opcioni protokol uz UN Konvenciju protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni ili postupaka, *Službeni list SCG* – Međunarodni ugovori, br. 16/2005. i 2/2006. i *Službeni glasnik RS* – Međunarodni ugovori, br. 7/2011. – OPCAT.

razgovore sa licima lišenim slobode, bez prisustva svedoka, kao i sa bilo kojom drugom osobom za koju smatraju da im može pružiti značajne informacije, kao što su, na primer, zaposleni u ustanovama, što je veoma značajno u postupku prikupljanja podataka, ali i otvara polje zaštite izvora informacija. U vezi sa ovim, predviđeno je da lični podaci ne smeju biti objavljeni bez izričite saglasnosti lica o kome se radi, kao i da lica koja su dala informacije ne mogu kasnije biti žrtve odmazde, odnosno ne mogu trpeti bilo kakvu sankciju zbog toga.<sup>20</sup>

Aspekti koje je bitno ispitati u oblasti zdravstvene zaštite zavise od tipa ustanove koja se posećuje. Međutim, ipak se mogu izdvojiti pojedine zajedničke teme koje su karakteristične za sve zatvorene ustanove, a to su: sastav i organizacija zdravstvene službe u ustanovi; pristanak na medicinski tretman; pristup zdravstvenoj zaštiti unutar i izvan ustanove; lekarski pregledi prilikom prijema u ustanovu; sistematski lekarski pregledi u ustanovi; kvalitet i opremljenost zdravstvenom opremom i lekovima; stomatološka zaštita; lečenje duševno obolelih lica; zarazne bolesti, bolesti zavisnosti; povređivanja; štrajk glađu; smrtni slučajevi i zdravstveni nadzor nad radom ustanove. Tokom kontrolnih poseta, naročito psihijatrijskim bolnicama, neophodno je ispitati i da li postoje znaci preterane medikacije pacijenata, kao i ispitati efekte inter-reakcije različitih lekova koji se istovremeno daju pacijentima. Uloga nezavisnih kontrolnih mehanizama jeste da ispita da li se lekovi koriste u nedozvoljene svrhe, odnosno za disciplinovanje, sedaciju i kažnjavanje.<sup>21</sup> Kontrolni mehanizam takođe mora da ispita da li je tretman pacijenta individualizovan.<sup>22</sup>

## **PRAKSA NACIONALNOG MEHANIZMA ZA PREVENCIJU TORTURE REPUBLIKE SRBIJE U MONITORINGU PRUŽANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U ZATVORENIM USTANOVAMA**

Nacionalni mehanizam za prevenciju torture Republike Srbije (u daljem tekstu: NPM) redovno posećuje zatvorene ustanove. Pružanje zdravstvene zaštite se, pre svega, ispituje u zavodima za izvršenje krivičnih sankcija, psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne zaštite domskog tipa. O obavljenim posetama sačinjavaju se izveštaji, koji sadrže utvrđeno stanje i preporuke za ispravljanje uočenih nedostataka. Posećene ustanove i nadležna ministarstva

20 Ibid. OPCAT, čl. 21.

21 Association for the Prevention of Torture (APT): *Monitoring psychiatric institutions – Jean-Jacques Gautier NPM Symposium*, Geneve, 2016, p.p. 29; Dostupno na adresi: [http://www.apt.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf](http://www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf) (03.10.2017).

22 Op. cit. p.p. 40.

dužni su da odgovore na preporuke, a izveštaji i odgovori organa objavljaju se na sajtu Zaštitnika građana<sup>23</sup> i NPM<sup>24</sup>, što doprinosi transparentnijem radu ustanova, ali i samog NPM.

Zdravstvene teme koje su u fokusu kontrole NPM u ustanovama za izvršenje krivičnih sankcija<sup>25</sup> su organizacija zdravstvene službe, izgled prostorija za pružanje zdravstvene zaštite, snabdevenost zdravstvenom opremom i lekovima, lekarski pregledi po prijemu u zavod, po zahtevu i pregledi u posebnim slučajevima (nakon primene sredstava prinude), zatim lečenje u zavodu i van zavoda, stomatološka zaštita, lečenje duševno obolelih lica, lica koja boluju od zaraznih bolesti i bolesti zavisnosti, povređivanja, štrajk glađu, izloženost duvanskom dimu, smrtni slučajevi i nadzor nad radom zdravstvene službe.

U specijalnim psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne zaštite domskog tipa NPM je kontrolisao nešto drugačije aspekte zdravstvene zaštite, koji su uslovjeni prirodnom ovih ustanova, i to: pregled pri prijemu u ustanovu, izbor i dostupnost lekara, individualni plan lečenja, psiho-farmako lečenje, psihoterapija, učešće pacijenata u donošenju odluka, lečenje somatskih oboljenja, vođenje medicinskih ličnih dosjeva pacijenata, odnos hospitalnog i posthospitalnog lečenja, elektrokonvulzivna terapija, psiho-hirurgija.<sup>26</sup> NPM je posetio svih pet velikih psihijatrijskih bolница u Srbiji, i to: Specijalnu psihijatrijsku bolnicu „Sveti Vračevi“ u Novom Kneževcu<sup>27</sup>, Specijalnu bolnicu za psihijatrijske bolesti „Kovin“<sup>28</sup>, Specijalnu psihijatrijsku bolnicu „Gornja Toponica“<sup>29</sup>, Kliniku za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“<sup>30</sup> i Specijalnu bolnicu za psihija-

23 Dostupno na adresi: <http://www.ombudsman.rs> (03.10.2017).

24 Dostupno na adresi: <http://npm.rs/> (03.10.2017).

25 Kao primer strukture izveštaja videti: Izveštaj NPM o poseti KPZ Sremska Mitrovica, br. 71-161/12 od 05. 11. 2012. godine, dostupno na adresi: <http://npm.rs/attachments/article/591/KPZ%20Sremska%20Mitrovica-13-09-2013.pdf> (03.10.2017).

26 Kao primer strukture izveštaja videti Izveštaj NPM o poseti Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Kovin“, br. 71-73/13 od 06.03.2014. godine, dostupno na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/2011-12-25-10-17-15/2011-12-26-10-05-05/3371-2014-06-24-12-31-42> (03.10.2017).

27 Izveštaj o poseti br. 71-30/12 od 18.10.2012. i br. 71-15/14 od 30.04.2014, dostupno na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/3293-2014-05-05-11-29-54>.

28 Izveštaj o poseti br. 71-73/13 od 06.03.2014. i br. 281-109/16 od 27.01.2017, dostupno na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/2011-12-25-10-17-15/2011-12-26-10-05-05/3371-2014-06-24-12-31-42> (03.10.2017).

29 Izveštaj o poseti br. 71-19/15 od 30.04.2015, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/3821-2015-04-30-14-54-42> (03.10.2017).

30 Izveštaj o poseti br. 71-40/15 od 19.05.2015, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/4112-2015-05-20-09-28-43> (03.10.2017).

trijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“ u Vršcu<sup>31</sup>. Pored psihijatrijskih bolnica posećeno je i jedno odeljenje psihijatrije u opštoj bolnici (Služba za psihijatriju Opšte bolnice Subotica).<sup>32</sup> Od socijalnih ustanova posećeni su Dom „Veternik“,<sup>33</sup> Gerontološki centar Beograd – Radna jedinica Voždovac,<sup>34</sup> Gerontološki centar u Šapcu,<sup>35</sup> Gerontološki centar „Srem“ u Rumi,<sup>36</sup> Gerontološki centar „Jelenac“ u Aleksincu, Radna jedinica za smeštaj odraslih i starijih sa intelektualnim i mentalnim teškoćama u Tešici,<sup>37</sup> Centar za smeštaj i dnevni boravak dece i omladine ometene u razvoju – Stacionar za autizam,<sup>38</sup> Dom za smeštaja odraslih lica „Kulina“,<sup>39</sup> Dom za lica ometena u mentalnom razvoju „Otthon“ – Stara Moravica,<sup>40</sup> Ustanova za odrasle i starije „Gvozden Jovančićević“ Veliki Popovac,<sup>41</sup> Dom za lica sa oštećenim vidom „Zbrinjavanje“,<sup>42</sup> Gerontološki

31 Izveštaj br. 281-102/16 od 01.03.2017, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/5278-izv-sh-p-s-i-sp-ci-ln-b-linci-z-psih-i-ri-s-b-l-s-i-dr-sl-v-ljub-b-l-vic-u-vrshcu-s-dg-v-ri-rg-n> (03.10.2017).

32 Izveštaj o poseti br. 281-42/16 od 25.05.2016. g. – dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/4860-izv-sh-p-s-i-sluzb-z-psih-i-ri-u-psh-b-lnic-sub-ic> (03.10.2017).

33 Izveštaji o posetama br. 71-26/13 od 12. 3. 2014. g. i 71-16/15 od 07. 4. 2015. i preporuka br. 75-54/14 od 30. 07. 2014, na adresi: [http://npm.rs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=389:2014-06-20-05-11-26&catid=89&Itemid=82](http://npm.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=389:2014-06-20-05-11-26&catid=89&Itemid=82) i [http://npm.rs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=412:2014-08-04-08-07-31&catid=108&Itemid=71](http://npm.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=412:2014-08-04-08-07-31&catid=108&Itemid=71) (03.10.2017).

34 Izveštaj o poseti br. 71-53/14 od 25.09.2014, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/3572-2014-11-25-09-17-29> (03.10.2017).

35 Izveštaj o poseti br. 71-81/14 od 07.04.2015, dostupan na sajtu NPM, na adresi: [http://npm.rs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=489:2015-07-02-06-26-27&catid=89&Itemid=82](http://npm.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=489:2015-07-02-06-26-27&catid=89&Itemid=82) (03.10.2017).

36 Izveštaj o poseti br. 71-70/14 od 29.12.2014, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/3792-2015-04-14-14-18-00> (03.10.2017).

37 Izveštaj o poseti br. 71-48/15 od 12.08.2015, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/4368-2015-10-14-09-13-19> (03.10.2017).

38 Izveštaj o poseti br. 71-81/15 od 23.10.2015, dostupan na sajtu NPM, na adresi: [http://npm.rs/attachments/591\\_Izvestaj%20Stacionar.pdf](http://npm.rs/attachments/591_Izvestaj%20Stacionar.pdf) (03.10.2017).

39 Izveštaj o poseti br. 281-36/16 od 14.07.2016, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/5129-izv-sh-p-s-i-d-z-s-sh-dr-slih-lic-ulin-s-dg-v-ri-rg-n> (03.10.2017).

40 Izveštaj br. 281-87/16 od 18.04.2017, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/5382-tthon> (03.10.2017).

41 Izveštaj br. 281-70/16 od 21.09.2016, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/5131-izv-sh-p-s-i-us-n-vi-z-dr-sl-i-s-ri-gv-zd-n-v-ncic-vic-v-li-i-p-p-v-c> (03.10.2017).

42 Izveštaj br. 281-80/16 od 02.11.2016, dostupan na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji/5133-izv-sh-p-s-i-d-u-zlic-s-sh-c-ni-vid-zbrinj-v-nj> (03.10.2017).

centar Novi Sad - Radna jedinica Dom za penzionere i starija lica, na Novom naselju<sup>43</sup> i Gerontološki centar u Vršcu<sup>44</sup>.

U izveštajima o posetama opisani su propusti ustanova i upućivane preporuke, ali su, takođe, navedeni i odgovarajući propisi i standardi kojima se argumentuju i dodatno potkrepljuju izrečene preporuke. Pored osnovne svrhe upućivanja preporuka da se isprave uočeni propusti, ovakav način izveštavanja može biti i edukativan za zaposlene u ustanovama, jer objašnjava u čemu se sastoje propust, kao i sa kojim standardima i propisima je potrebno uskladiti buduće postupanje ustanove, kako bi se propust otklonio. Navedeni način izveštavanja ima tendenciju ne samo da notira propuste i preporuči organima šta je potrebno ubuduće da urade, već i da zaposlenima u ustanovi objasni zbog čega određena postupanja nisu prihvatljiva i koji je *racio njihovog ispravljanja za ubuduće*.

Preporuke koje se najneposrednije tiču unapređenja pružanja zdravstvene zaštite u psihiatrijskim bolnicama, odnose se na procenu sposobnosti pacijenta da dâ saglasnost na lečenje, saglasnost staratelja na lečenje, informisanost pacijenta o medicinskoj meri, sačinjavanje individualnog plana lečenja, sprovođenje psihoterapije i dr. Preporuke iz oblasti pružanja zdravstvene zaštite u socijalnim ustanovama domskog tipa uglavnom se odnose na dostupnost lekara, psihiatrijske pregledi i lečenje, fizikalnu terapiju, pružanje stomatološke zdravstvene zaštite u ustanovi, saglasnost na primenu medicinske mere, beleženje povreda, nabavku medicinskih sredstava i opreme, kao i uspostavljanje raznih protokola i evidencija i dr.

Kao što je u uvodu već navedeno, bitnu ulogu u prevenciji torture mogu imati i preporuke međunarodnih tela, te je tokom monitoringa ustanova korisno ispitati i koliko su one ispunjene. Tim povodom NPM Srbije kontinuirano prati da li se postupa po preporukama Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja koje su upućene Republici Srbiji, i daje preporuke za dalje unapređenje.<sup>45</sup> Sa dru-

43 Izveštaj br. 281-58/16 od 12.08.2016, dostupan na sajtu NPM, na adresi: [http://npm.rs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=678:u-gerontološkom-centru-u-novom-sadu-biće-obezbeden-dovoljan-broj-pomagala-za-starija-lica&catid=89&Itemid=82](http://npm.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=678:u-gerontološkom-centru-u-novom-sadu-biće-obezbeden-dovoljan-broj-pomagala-za-starija-lica&catid=89&Itemid=82) (03.10.2017).

44 Izveštaj br. 281-108/16 od 20.01.2017, dostupan na sajtu NPM, na adresi: [http://npm.rs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=713:gerontološki-centar-u-vršcu-postupio-po-preporukama-nacionalnog-mehanizma-za-prevenciju-torture-npm&catid=89&Itemid=82](http://npm.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=713:gerontološki-centar-u-vršcu-postupio-po-preporukama-nacionalnog-mehanizma-za-prevenciju-torture-npm&catid=89&Itemid=82) (03.10.2017).

45 Izveštaj NPM o poseti KPZ Požarevac – Zabela, br. 71-4/15; Izveštaj NPM o poseti Specijalnoj zatvorskoj bolnici br. 71-3/15; Izveštaj NPM o poseti Specijalnoj bolnici za psihiatrijske bolesti „Gornja Toponica“, br. 71-19/15; Izveštaj NPM o poseti Klinici za psihiatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“, br. 71-40/15; Izveštaj NPM o poseti Specijalnoj psihiatrijskoj bolnici „Dr Slavoljub Bakalović“ u Vršcu, br. 281-102/16; Izveštaj NPM o

ge strane, Evropski komitet za sprečavanje torture se u svom Izveštaju o poseti Republici Srbiji iz 2015. godine<sup>46</sup> pozivao na ranije nalaze i preporuke NPM.

Takođe, nalazi i zapažanja NPM Srbije uneti su i u Zaključna zapažanja na izveštaj Srbije<sup>47</sup> Komiteta UN za zaštitu osoba sa invaliditetom, koji prati postupanje države shodno Konvenciji za zaštitu osoba sa invaliditetom<sup>48</sup>. Komitet se pozvao na preporuke NPM i preporučio Republici Srbiji da nadležne institucije prekinu sa svim oblicima prinudnog tretmana dece i odraslih sa smetnjama u razvoju, uključujući fizička i hemijska sputavanja i izolaciju, koji se smatraju okrutnim, nehumanim ili ponižavajućem postupanjem. Komitet je, takođe, aprivovao da država preduzme mere i usvoji sveobuhvatnu strategiju za efikasnu deinstitucionalizaciju, kako bi se svim osobama sa invaliditetom omogućilo da žive samostalno i da imaju podršku u zajednici, na osnovu sopstvenih izbora i želja.

## ZAKLJUČAK

Na kraju, možemo zaključiti da su nepristrasnost i nezavisnost u radu, kao i stručni monitoring iz ugla zaštite i ostvarivanja ljudskih prava korisnika zatvorenih ustanova – osnovni bitni elementi funkcionisanja spoljnih nadzornih mehanizama, koji svojim preporukama, upućenim u cilju poboljšanja položaja korisnika, mogu da doprinesu sistemskim promenama u zatvorenim ustanovama. Prednost nacionalnih kontrolnih mehanizama je ta što im je dostupnost ustanova veća, jer je njihov mandat ograničen samo na državnu teritoriju, te oni stoga mogu učestalije posećivati ustanove, dok se međunarodni kontrolni mehanizmi samo periodično bave zatvorenim ustanovama na teritoriji jedne države, uglavnom na četiri godine, ali sa druge strane uživaju veći autoritet. Stoga su saradnja i prožimanje nadležnosti nacionalnih i međunarodnih spoljnih

---

poseti OZ Pančevo br. 281-9/17; Izveštaj o poseti KPZ „Sremska Mitrovica“ br. 281-34/17. Izveštaji su dostupni na sajtu Zaštitnika građana, na adresi: <http://www.ombudsman.rs/index.php/izvestaji/posebnii-izvestaji> (03.10.2017).

46 CPT (2015) 60: Izveštaj za Vladu Republike Srbije o poseti Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja od 26. maja do 5. juna 2015. godine, Strazbur, 26. novembar 2015. godine.

47 CRPD/C/SRB/CO/1, 23. maj 2016. godine, Zaključna zapažanja Komiteta Ujedinjenih nacija za prava osoba sa invaliditetom na Izveštaj Republike Srbije o primeni Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom, usvojena na 15 sednici Komiteta, paragraf. 28. i 40. str. 5. i 6; Dostupno na adresi: [https://digitallibrary.un.org/record/831042/files/CRPD\\_C\\_SRBI\\_CO\\_1-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/831042/files/CRPD_C_SRBI_CO_1-EN.pdf) (03.10.2017).

48 Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS* – Međunarodni ugovori, br. 42, 2009.

mehanizama kontrole veoma značajni za poboljšanje položaja lica smeštenih u zatvorene ustanove, a njihovi nalazi i preporuke se mogu dopunjavati u cilju što većeg podsticaja zatvorenih ustanova da dostignu uslove koji su u potpunosti usklađeni sa standardima.

# THE ROLE OF INDEPENDENT SUPERVISORY MECHANISMS IN PREVENTION OF TORTURE IN CLOSED INSTITUTIONS, WITH A SPECIAL EMPHASIZE FOR HEALTH CARE

## ***Summary***

*The paper presents in general terms the importance of independent monitoring mechanisms in the prevention of torture in closed institutions. It is described what is actually meant by prevention and what is torture, also, the types of control are mentioned, with particular reference to external control. Particular attention was processed to the issue of supervision over the provision of health care in closed institutions, and among other things, it is also shown which aspects of health care provision should be checked when visiting closed institutions, as well as by which methodology to collect and process relevant data. Also, the work presents the basic powers of national mechanisms for the prevention of torture and what they need to examine the controls during the provision of health care in closed institutions. It also presents the practice of the National Preventive Mechanism of the Republic of Serbia and its cooperation with relevant international bodies that also deal with the prevention of torture, as well as repercussions and cooperation on improving the situation in closed institutions and harmonizing their work in accordance with the standards.*

***Key words:*** monitoring mechanisms, National Preventive Mechanism, prevention, torture, health care



# PERCEPCIJE ISPITANIKA O STANDARDIMA PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA I POŠTOVANJA STANDARDA LJUDSKIH PRAVA OSOBA U REZIDENCIJALNIM USTANOVAMA

Dr Isidora Jarić\*  
Dr Miloš Milenković\*

Tekst rekonstruiše percepcije različitih društvenih aktera uključenih u proces medicinske i socijalne brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama smeštenim u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama na teritoriji Republike Srbije o standardima pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga, iz perspective poštovanja standarda ljudskih prava. Analiza je bila fokusirana na tri referentna okvira: (a) institucionalni, (b) profesionalni i (c) normativni okvir poštovanja ljudskih prava u pružanju medicinskih i socijalnih usluga. Empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervjuva sa različitim društvenim akterima (lekarima, medicinskim sestrama i tehničarima, negovateljima/-cama, socijalnim radnicima, psiholozima, specijalnim pedagozima i pravnicima koji su zaposleni u ovim ustanovama, kao i predstavnicima različitih stejkholdera.<sup>1</sup>

**Ključne reči:** zdravstveni sistem, sistem socijalne zaštite, mentalno zdravlje, ludska prava

\* Docent Filozofskog fakulteta u Beogradu. Rad je rezultat angažovanja na projektu: "Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove" koji je finansijski podržala Evropska unija.

\* Redovni profesor Filozofskog fakulteta u Beogradu. Rad je rezultat angažovanja na projektu: "Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove" koji je finansijski podržala Evropska unija.

1 Stejkholder (eng. stakeholder) = učesnik; zainteresovana strana; akter kome je stalo da neki zajednički projekat uspe.

## UVOD

U fokusu ovog dela istraživanja bili su različiti društveni akteri uključeni u proces medicinske i socijalne brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama u rezidencijalnim institucijama na teritoriji Republike Srbije bez Kosova. Razlog za to je jedna od osnovih premeta ovog istraživanja, a to je da je nemoguće formulisati adekvatnu zdravstvenu i socijalnu politiku pomoći pacijentima sa mentalnim teškoćama koji borave u rezidencijalnim ustanovama, bez dubinskog razumevanja specifične društvene pozicije u kojoj se nalaze ove ustanove i različiti društveni akteri koji su unutar njih odgovorni za raznolike oblike nege pacijenata sa mentalnim teškoćama koji privremeno borave ili žive u ovim ustanovama. U tom smislu, kao jedan od istraživačkih prioriteta našeg projektnog tima, nametnula se i potreba da se glasovi različitih aktera uključenih u ovaj proces brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama čuju, artikulišu i učine vidljivim, a realni zdravstveni, socijalni i razni drugi problemi pacijenata sa mentalnim teškoćama koji borave u rezidencijalnim ustanovama, prepoznaaju, mapiraju, sistematizuju i artikulišu, i ponude eventualne preporuke koje će voditi njihovom ublažavanju i/ili razrešavanju u budućnosti.

Empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza koja sledi, prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervjuja sa različitim društvenim akterima koji su uključeni u precese brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama koji borave u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama, poput lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja/ica, socijalnih radnika, psihologa, specijalnih pedagoga i pravnika koji su zaposleni u ovim ustanovama.

## METOD I UZORAK

### *Uzorak istraživanja*

Kako bismo obezbedili reprezentativnost uzorka, uzorak smo stratifikovali u odnosu na dva kriterijuma:

(1) *Tip rezidencijalne ustanove.* Imajući na umu da u Srbiji postoje dva tipa rezidencijalnih ustanova u koje se smeštaju pacijenti sa mentalnim teškoćama, koje potпадaju pod nadležnost dva različita ministarstva (Ministarstvo zdravlja → psihijatrijske ustanove i Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja → socijalne ustanove), uzorak ustanova unutar kojih smo tražili ispitnike je stratifikovan u odnosu na njihovu pripadnost jednoj od ove dve

kategorije rezidencijalnih ustanova. U ovom trenutku na teritoriji Srbije bez Kosova postoji ukupno pet psihijatrijskih ustanova rezidencijalnog tipa i trinaest ustanova socijalnog staranja koje zbrinjavaju rezidencijalne pacijente.

Mreže ustanova socijalne<sup>2</sup> i zdravstvene zaštite<sup>3</sup> utvrđene su Uredbom o mreži ustanova socijalne zaštite<sup>4</sup> i Uredbom o mreži zdravstvenih ustanova<sup>5</sup>. Mreža ustanova socijalne zaštite broji ukupno 89 ustanova koje deli u tri podgrupe prema tipu korisnika: (a) ustanove za decu i mlade, kojih na teritoriji Srbije ima ukupno 21, (b) ustanove za odrasle i starije, kojih na teritoriji Srbije ima ukupno 60, i (c) centre za porodični smeštaj i usvojenje, kojih na teritoriji Srbije ima ukupno 8. U fokusu našeg istraživačkog interosovanja, kao što je već pomenuто bile su ustanove za smeštaj odraslih sa mentalnim teškoćama koje pripadaju drugom tipu ustanova. Od 60 ustanova tog tipa, samo njih 14<sup>6</sup> smešta i zbrinjava korisnike sa ovim tipom teškoća. Ovih 14 ustanova raspolaže smeštajnim kapacitetima za 4.089 korisnika.

Ako od ovog broja oduzmemmo smeštajne kapacitete od 200 ležaja, Ustanove za odrasle i starije, Štimlje (u Uroševcu, koji se nalazi na teritoriji Kosova), možemo reći da su ustanove koje zbrinjavaju ovaj tip korisnika sa mentalnim teškoćama na teritoriji Republike Srbije bez Kosova, kojih ima ukupno 13, u stanju da to učine u slučaju 3.889 korisnika.

S druge strane, mreža zdravstvenih ustanova koja je organizovana kroz tri nivoa zdravstvene zaštite (primarni, sekundani i tercijarni nivo zaštite), organizovana je tako da se, pod 1) na primarnom nivou zdravstvena delatnost obavlja u okviru domova zdravlja, apoteka i zavoda (Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika, Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Zavod za gerontologiju i palijativno zbrinjavanje, Zavod za stomatolo-

2 One koje pružaju usluge domskog smeštaja i centara za porodični smeštaj i usvojenje, koje osniva Republika Srbija, odnosno, autonomna pokrajina.

3 Isključivo onih u državnoj svojini (prim. aut.).

4 Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 16/2012 i 12/2013.

5 Uredba o mreži zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik RS*, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 i 92/2015.

6 To su sledeće ustanove: (1) Ustanova za odrasle i starije, Aleksinac (Radna jedinica, Tešica, Aleksinac), (2) Ustanova za odrasle i starije, Kragujevac, (3) Ustanova za odrasle i starije (pri Centru za socijalni rad Ljubovija), Ljubovija, (4) Ustanova za odrasle i starije (pri Centru za socijalni rad Paraćin), Paraćin, (5) Ustanova za odrasle i starije, Novi Bečeј, (6) Ustanova za odrasle i starije, Stari Lec, Plandište, (7) Ustanova za odrasle i starije, Čurug, Žabalj, (8) Ustanova za odrasle i starije, Blace, (9) Ustanova za odrasle i starije, Veliki Popovac, Petrovac na Mlavi, (10) Ustanova za odrasle i starije, Jabuka, Pančevo, (11) Ustanova za odrasle i starije, Stara Moravica, Bačka Topola, (12) Ustanova za odrasle i starije, Tutin, (13) Ustanova za odrasle i starije, Štimlje, Uroševac, (14) Ustanova za odrasle i starije, Kulina, Aleksinac.

giju, Zavod za plućne bolesti i tuberkulozu i Zavod za kožno-venerične bolesti); pod 2) na sekundarnom nivou, kroz stacionarnu i specijalističko-konsultativnu delatnost u okviru opštih i specijalnih bolnica (*ibid.* 5); i pod 3) na tercijarnom kroz visokospecijalizovanu specijalističko-konsultativnu i stacionarnu zdravstvenu delatnost iz jedne ili više grana medicine u okviru kliničko-bolničkih centara, klinika i instituta (*ibid.*: 5-6).

Od trideset upravnih okruga, na koliko je podeljena teritorija Republike Srbije, u samo četiri od njih se nalaze zdravstvene ustanove koje zbrinjavaju i hospitalizuju pacijente sa mentalnim teškoćama, i to u: (a) severnobanatskom upravnom okrugu - Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Novi Kneževac, (b) južnobanatskom upravnom okrugu - Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Vršac“ i Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Kovin“, (c) nišavskom upravnom okrugu - Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“, Niš, i (d) gradu Beogradu - Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“. Ovih pet specijalizovanih ustanova raspolaže sa 3.250 bolničkih postelja za lečenje obolelih od psihijatrijskih bolesti, od kojih je do 1.500 postelja namenjeno za zbrinjavanje i lečenje psihotičnih poremećaja u akutnoj fazi, bolesti zavisnosti, za forenzičku psihijatriju, psihogerijatriju i psihosocijalnu rehabilitaciju, a do 1.750 postelja za hospitalizaciju pacijenata obolelih od hroničnih psihijatrijskih bolesti (*ibid.*:8-9).

Imajući sve ovo u vidu, u uzorak našeg istraživanja ušli su akteri iz ukupno pet ustanova koje zbrinjavaju korisnike sa mentalnim teškoćama – tri ustanove socijalne zaštite i dve psihijatrijske ustanove. To su: Ustanova za odrasle i starije iz Novog Bečeja, Ustanova za odrasle i starije – Stari Lec, Plandište, Ustanova za odrasle i starije – Veliki Popovac, Petrovac na Mlavi, Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti u Vršcu, i Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ – Beograd.

(2) *Profesionalna uloga aktera.* Unutar različitih rezidencijalnih ustanova zaposleni su profesionalci različitih profila. Oni su zaduženi za različite aspekte brige o rezidencijalnim pacijentima sa mentalnim teškoćama. U tom smislu, mi smo kao ispitanike u ovo istraživanje uključili: lekare, medicinske sestre i tehničare, negovatelje i negovateljice, socijalne radnike, specijalne pedagoge, psihologe i pravnike zaposlene u ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite koje zbrinjavaju rezidencijalne pacijente, kao i jedan broj socijalnih radnika zaposlenih u centrima za socijalni rad, koji su referentni centri za rezidencijalne ustanove koje su bile u fokusu našeg istraživanja.

Naša je pretpostavka bila da će mo ovakvim pristupom problemu uspeti da pokrijemo široku lepezu problema sa kojima se u Srbiji danas suočavaju i pacijenti sa mentalnim teškoćama, koji su smešteni u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama.

U odabiru konkretnih ispitanika oslonili smo se na profesionalnu ekspertizu, iskustvo i insajdersku poziciju direktora rezidencijalnih ustanova koje zbrinjavaju osobe sa mentalnim teškoćama, koji su nam nesobično pomogli da uopšte uspemo da izvedemo ovo istraživanje. Direktorima ovih ustanova dali smo precizne instrukcije koje su se ticale odabira konkretnih ispitanika, s molbom da pokušaju da u što većoj meri izađu u susret ovim zahtevima, kako bismo obezbedili što veću reprezentativnost uzorka. Naše molbe bile su vezane za: (a) broj ispitanika koje treba pozvati na svaki pojedinačni fokusgrupni intervju; s obzirom na to da je uobičajeno da se neki od ispitanika predomisle u poslednjem trenutku i odustanu od učešća u intervjuu, molili smo da u okviru svake fokus grupe bude pozovano ne manje od 10 do 12 ispitanika, (b) pol ispitanika; prilikom pozivanja ispitanika, zamolili smo ih da vode računa da unutar svake grupe budu jednakо zastupljeni i muškarci i žene u meri u kojoj je to moguće ostvariti u odnosu na postojeću strukturu zaposlenih, (c) geografski položaj ustanove; prilikom pozivanja ispitanika, zamolili smo ih da pokušaju, ukoliko je to moguće<sup>7</sup>, da naprave grupe tako da u njima budu prisutni ispitanici/zaposleni iz različitih rezidencijalnih ustanova, i (d) identitet ispitanika u odnosu na profesionalnu funkciju koju obavljaju unutar rezidencijalnih ustanova (lekari, medicinske sestre i tehničari, negovatelji i negovateljice, socijalni radnici, specijalni pedagozi, psiholozi, pravnici, direktori ustanova, predstavnici stejkholdera).

Ukrštanjem ovih kriterijuma, sačinili smo plan istraživanja koji je podrazumevao izvođenje šest odvojenih fokusgrupnih intervjua sa: (a) lekarima, (b) medicinskim sestrama i negovateljima u ustanovama socijalne zaštite, (c) medicinskim sestrama i tehničarima u psihijatrijskim institucijama, (d) stručnim saradnicima u ustanovama socijalne zaštite (socijalnim radnicima, psiholozima, specijalnim pedagozima), (e) direktorima zdravstvenih i socijalnih ustanova rezidencijalnog tipa, u kojima borave korisnici sa mentalnim teškoćama i (f) predstavnicima stejkholdera (članovima nevladinih organizacija koje se bave zaštitom prava pacijenata sa mentalnim teškoćama, predstavnicima nadležnih ministarstava, Institutom za zaštitu javnog zdravlja Srbije „Batut“, Kancelarijom poverenika za zaštitu ljudskih i manjinskih prava).

---

7 Tj. ukoliko se ustanove nalaze relativno blizu.

Prilikom planiranja i izvođenja konkretnih fokusgrupnih intervjuja, vodili smo računa o nekoliko različitih vrsta problema za koje smo prepostavljali da bi potencijalno mogli da ugroze dinamiku razgovora ukoliko ih ne kanališemo u pripremnim fazama istraživanja, ili neposredno pre izvođenja intervjuja.<sup>8</sup> Ove probleme, u analitičke svrhe, podelili smo u tri grupe:

1. *Personalne*, koji se tiču ličnosti pojedinačnih ispitanika, njihovih socio-demografskih obeležja (pola, starosti, obrazovanja, socioekonomskog statusa i tome slično), ali i položaja koji zauzimaju unutar institucionalne strukture.
2. *Interpersonalne*, koji se tiču različitih odnosa u kojima se nalaze ispitanici, a koji nisu ekskluzivno vezani za temu našeg istraživanja. U tom smislu zamolili smo direktore koji su bili naši informeri, da vode računa da u odabiru ispitanika izbegnemo da u istu grupu stavimo ispitanike koji su u konfliktu, ili iz bilo kog drugog razloga osećaju nelagodnost u prisustvu onog drugog, kako njihove međusobne interakcije ne bi potencijalno odvlačile pažnju grupe, i/ili samih ispitanika, sa fokusgrupnog intervjuja.
3. *Environmentalne*, koji se tiču spoljašnjih okolnosti u kojima se odvija fokusgrupni intervju. U tom smislu nastojali smo da u:
  - a) pripremnim fazama istraživanja obezbedimo prostor u kome je moguće izvesti fokusgrupni intervju (koji bi bio intimnijeg karaktera, dovoljno velik, gde komotno mogu da sede svi ispitanici, koji je miran, kako bi razgovor sa ispitanicima mogao da se snima i na osnovu tog snimka da se napravi transkript intervjuja), a koji bi bio pristupačan i ispitanicima koji dolaze iz drugih ustanova;
  - b) datim okolnostima, neposredno pre izvođenja fokusgrupnog intervjuja, obezbedimo što prijatnije uslove za izvođenje samog intervjuja. To je moguće, pre svega, uz poštovanje dogovora koje se mora postići sa svakom pojedinačnom grupom ispitanika, neposredno pre započinjanja samog intervjuja.

Razmišljanje o ovim problemima i njihovo blagovremeno kanalisanje omogućilo nam je da u konkretnoj istraživačkoj situaciji ni u jednom trenutku ne narušimo *zonu komfora* (Đurić, 2005: 11) ispitanika i da sve fokusgrupne

---

8 Dizajn ovog istraživanja poučen je problemima, posebno u vezi sa dostupnošću ispitanika, strukturom uzorka i pristrasnošću kakvu benevolentna asimetrija podrazumeva, uočenim i analiziranim u prethodnim sličnim istraživanjima. V. Milenković, Jarić i Radonjić, 2014; Milenković, Jarić i Sokolovska, 2014.

intervjuje izvedemo na zadovoljavajući način, vodeći računa o posebnim potrebama i ličnom dostojanstvu svakog pojedinačnog ispitanika.

Istraživački instrument<sup>9</sup> podelili smo u četiri segmenta, kako bismo rekonstruisali percepcije ispitanika o različitim standardima pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga, i standarda ljudskih prava osobama sa mentalnim teškoćama smeštenim u rezidencijalnim ustanovama unutar:

- a) institucionalnog okvira,
- b) okvira profesionalne zajednice i
- c) unutar normativnog okvira poštovanja ljudskih prava.

Planirani cilj prvog dela razgovora bio je da se ispitanici upoznaju sa načinom komunikacije tokom fokusgrupnog intervjeta. U drugom delu razgovora, cilj je bio prikupljanje informacija od ispitanika (zaposlenih u ustanovama zdravstvenog i socijalnog staranja u kojima borave rezidencijalni pacijenti/štićenici, i referentnim centrima za socijalni rad) o tome na koji način se obezbeđuje poštovanje određenih institucionalnih standarda. Ispitanike smo u ovom delu razgovora molili da nam daju informacije vezane za sprovođenje:

- a) inspekcijskog,
- b) stručnog, i
- c) internog nadzora zaposlenih u zdravstvenim i socijalnim ustanovama rezidencijalnog tipa, kao i njihovo mišljenje o smislu i učinkovitosti ovih institucionalnih praksi.

Treći deo razgovora posvetili smo prikupljanju informacija od ispitanika o praksama koje se prepoznaju kao uobičajene i poželjne unutar profesionalne zajednice zaposlenih (lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja i zaposlenih u upravama institucija koje su u fokusu našeg istraživačkog interesovanja) u radu sa pacijentima sa mentalnim teškoćama.

Četvrti deo razgovora bio je posvećen prikupljanju informacija od ispitanika (zaposlenih u rezidencijalnim ustanovama) o njihovim znanjima vezanim za prava pacijenata, zaštitu prava pacijenata, kao i njihovim razmišljanjima o mogućim pravcima unapređivanja zdravstvene i socijalne zaštite osoba sa mentalnim teškoćama.

## **Metod**

---

9 Videti Prilog tematskog zbornika.

Prikupljeni empirijski podaci analizirani su pomoću diskurzivne analize. Kao i svaka diskurzivna analiza, i naša je bila fokusirana na jezik i značenja koja se putem jezika proizvode kroz govor (svedočanstva/narative ispitanika). Jer, jezik nije neutralni medijum putem koga se „samo“ komunicira i razmenjuju se informacije. Jezik je socijalno polje unutar koga se naše znanje o svetu koji nas okružuje aktivno oblikuje. U tom smislu, i diskurzivna analiza koja je korišćena u ovom istraživanju nastojala je da jezik koji koriste ispitanici/ispitanice tretira, ne kao puku refleksiju realnosti, već kao medijum koji tu realnost konstruiše i organizuje je za nas. (Tonkiss, 1996: 246), narativ svakog pojedinačnog ispitanika, kao mesto unutar koga se socijalna značenja artikulišu i reprodukuju, a određeni (lični i socijalni) identiteti formiraju. Diskurzivna analiza empirijske građe bila je fokusirana na dve centralne teme.

S jedne strane na:

- a) *interpretativni kontekst* (Tonkiss, 1996: 249) (u našem konkretnom slučaju on se konstituiše unutar socijalnu realnosti rezidencijalnih ustanova zdravstvene i socijalne zaštite u kojima borave korisnici sa mentalnim teškoćama u kojima su zaposleni naši ispitanici) unutar koga narativ(i) nastaje,

a sa druge strane na:

- b) *retoričku organizaciju narativa* (Tonkiss, 1996: 250).

Interpretativni kontekst se odnosi na socijalne okolnosti unutar kojih određeni narativ nastaje, jer je svaki narativ konstruisan u nekom specifičnom socijalnom kontekstu, kome se njegovi autori (svesno ili nesvesno) uvek na određen način prilagođavaju. U tom smislu, istraživanje interpretativnog konteksta podrazumeva neku vrstu traganja za značenjima koja se mogu naći i razumeti samo ukoliko se u analizi ode „iza samog narativa“ (Tonkiss, 1996: 249) i traga za interpretacijom koja proističe iz konkretног socijalnog i kulturnog konteksta, unutar koga je, u našem slučaju, narativ ispitanika, nastao. Sa druge strane, analiza retoričke organizacije narativa podrazumeva traganje za specifičnom matricom argumenata, koja proishodi, s jedne strane, iz određene odabrane interpretativne strategije, a sa druge, iz određenog vrednosnog, teorijskog i/ili ideološkog diskursa (koji može biti i spolja indukovani kao deo šire strategije prilagođavanja institucionalnom kontekstu zdravstvenih i socijalnih ustanova unutar kojih naši ispitanici rade) unutar koga ispitanik živi, dela i misli. Razumevanje ovog interpretativnog konteksta i strukture argumentacije

unutar narativa od posebne je važnosti za osvetljavanje specifičnih identitetskih pozicija ispitanika koje se konstituišu unutar ovih specifičnih lokalnih i institucionalnih sredina, koje je opet neophodno razumeti kako bi mogla da se prepozna i artikulišu realna značenja postojećih i nepostojećih standarda pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga i poštovanja ljudskih prava korisnika sa mentalnim teškoćama.

### ***Realizovani uzorak***

U ovom delu našeg istraživanja, kao što je napomenuto u poglavlju o metodu, empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervjeta sa različitim akterima koji su zaposleni ili svoje profesionalne zadatke obavljaju unutar zdravstvenih i socijalnih rezidencijalnih ustanova za korisnike sa mentalnim teškoćama. Prema planu uzorka obrazloženom u poglavlju o uzorku istraživanja, uz pomoć unutarinstitucionalnih informacija, poziv za učešće u istraživanju uputili smo na adrese ukupno 68 ispitanika. Od tog broja, našem pozivu se odazvalo ukupno 55 ispitanika, s tim da su se u slučaju druge fokus grupe, koja je izvedena u ustanovi socijalne zaštite u Novom Bečeju sa medicinskim sestrama i negovateljicama, razgovoru priključile i dve lekarke koje u toj instituciji rade. Pošto su lekarke izrazile želju da učestvuju u ovom razgovoru, a uklapale su se u projektom predviđeni profil ispitanika, mi smo ih uključili u uzorak. Dakle, konačni broj ispitanika koji su uzeli učešće u našem istraživanju je 55 (videti tabelu 1).

**Tabela 1.** - Distribucija broja planiranih ispitanika i onih koji su uzeli učešće u istraživanju

Fokus grupa	Broj planiranih ispitanika	Broj ispitanika
I grupa	12	12
II grupa	12	14
III grupa	12	8
IV grupa	12	9
V grupa	10	4
VI grupa	12	8
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>55</b>

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

U pogledu polne distribucije ispitanika, možemo konstatovati da je dobijeni uzorak na izvestan način zakriviljen (videti tabelu 2), što je pre svega posledica natprosečne zastupljenosti žena među zaposlenima u ovom tipu institucija, i to je vidljivo među zaposlenima svih profila (videti tabelu 3).

**Tabela 2.** - Distribucija ispitanika u odnosu na pol

Pol/Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
Muški	3	0	3	3	1	2	12
Ženski	9	14	5	6	3	6	43
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>55</b>

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

**Tabela 3.** - Distribucija ispitanika u odnosu na pol i identitet ispitanika

Identitet/Pol	Žene	Muškarci	Total
Lekari/Lekarke	11	4	15
Medicinske sestre i tehničari	11	3	14
Negovatelji	7	0	7
Socijalni radnici	4	1	5
Psiholozi	2	0	2
Specijalni pedagozi	4	2	6
Direktori	3	1	4
Ostalo	1	1	2
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>55</b>

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Kriterijumi selekcije ispitanika, i specifična socijalna optika koja proističe iz unutarstruktурне pozicije svakog od socijalnih aktera koji su bili u fokusu našeg istraživanja, u svakoj pojedinačnoj fokus grupi rezultirali su specifičnom raspodelom ispitanika koji su uzeli učešće u različitim fokusgrupnim intervjuima. Kao što se iz tabele 4 može videti, nastojali smo da u svakoj pojedinačnoj grupi osvetlimo specifičnu poziciju određenog društvenog aktera (lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja, stručnih saradnika – psihologa, speci-

jalnih pedagoga, socijalnih radnika, direktora zdravstvenih i socijalnih ustanova rezidencijalnog tipa, predstavnika različitih državnih institucija, nezavisnih tela, nevladinih organizacija i udruženja koja se bave zaštitom prava osoba sa mentalnim teškoćama → videti tabelu 4).

**Tabela 4.** - Distribucija ispitanika u odnosu na njihov identitet

Identitet/Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
Lekari/Lekarke	12	2	0	0	0	1	15
Medicinske sestre i tehničari	0	5	0	9	0	0	14
Negovatelji	0	7	0	0	0	0	7
Socijalni radnici	0	0	3	0	0	2	5
Psiholozi	0	0	1	0	0	1	2
Specijalni pedagozi	0	0	4	0	0	2	6
Direktori	0	0	0	0	4	0	4
Ostalo	0	0	0	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>55</b>

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

U odnosu na stepen obrazovanja ispitanika, naš ukupni uzorak značajno odstupa od strukture opšte populacije Srbije<sup>10</sup>, jer su u njemu značajno nadzastupljeni ispitanici sa visokom školskom spremom, a blago podzastupljeni oni sa srednjom, i značajno podzastupljeni oni sa osnovnom školom (videti tabele 5 i 6).

**Tabela 5.** - Distribucija ispitanika u odnosu na stepen obrazovanja

Stepen obrazovanja/ Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
Fakultet	12	2	8	1	4	7	34
Viša škola	0	0	0	2	0	0	2
SSS	0	11	0	6	0	1	18
OŠ	0	1	0	0	0	0	1

10 Podaci sa poslednjeg popisa stanovništva iz 2011. godine pokazuju da je obrazovna struktura populacije Srbije (podaci se odnose samo na građane starosti od 15 i više godina) takva da, unutar nje, 34,36% građana nema nikakvu školu, ima nepotpunu osnovnu školu ili završenu osnovnu školu, 48,93 % ima završenu srednju školu, a 16,04 % ima završenu višu školu ili fakultet (Republički zavod za statistiku, 2013: 34).

Total	12	14	8	9	4	8	55
-------	----	----	---	---	---	---	----

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

**Tabela 6.** - Distribucija ispitanika u odnosu na stepen obrazovanja u procentima (%)

Stepen obrazovanja	Total %
Fakultet	61,81
Viša škola	3,63
SSS	32,72
OŠ	1,81
<b>Total %</b>	<b>100</b>

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

**Tabela 7.** - Distribucija ispitanika u odnosu na bračni status

Bračni status/Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
neudata/neoženjen	5	2	2	2	0	2	13
udata/oženjen	6	10	5	7	3	4	35
kohabitacija/vanbračna zajednica	0	0	1	0	1	2	4
razvedena/razveden	1	2	0	0	0	0	3
udovica/udovac	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>55</b>

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Najveći broj ispitanika iz našeg uzorka je u braku (63,63%). Značajno manje ih je neudato i neoženjeno (23,63%). U kohabitaciji sa partnerom živi 7,27% ispitanika, dok je svega 5,45% ispitanika razvedeno (videti tabelu 7).

Svi intervjuisani ispitanici su zaposleni. U 80% slučajeva zaposleni su na neodređeno vreme, a u 18,18% na određeno vreme. U uzorku ispitanika imali smo i jednog penzionera koji je član jedne nevladine organizacije koja se bavi zaštitom prava pacijenata sa mentalnim teškoćama.

Već i iz ovog letimičnog uvida u uzorak našeg istraživanja, jasno je da nam on postavlja i izvesna interpretativna ograničenja. Najvažnije od njih odnosi se na odsustvo, odnosno, nedovoljno prisustvo ispitanika sa završenom srednjom i

osnovnom školom, koji čine značajan deo zaposlenih u različitim institucijama sa kojima rezidencijalni korisnici sa mentalnim teškoćama svakodnevno dolaze u kontakt. U tom smislu važno je naglasiti da i rezultate ovog istraživanja treba čitati u tom ključu.

## **REZULTATI ISTRAŽIVANJA**

Društvena pozicija osoba sa mentalnim teškoćama, koje borave u psihijatrijskim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama u Srbiji, višestruko je komplikovana. Pored zdravstvenih izazova koji proizlaze iz specifične kliničke slike svakog pojedinačnog korisnika, korisnici sa mentalnim teškoćama suočavaju se i sa čitavim nizom socijalnih, društvenih i institucionalnih izazova unutar različitih ustanova u kojima borave ili sa kojima dolaze u kontakt kako bi zadovoljili različite zdravstvene i socijalne potrebe koje imaju. Osnovni cilj ovog dela istraživanja bio je da pokuša da razume specifične pozicije različitih društvenih aktera uključenih u proces brige o korisnicima sa mentalnim teškoćama, koji su smešteni u psihijatrijskim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama, u pogledu poštovanja određenih standarda unutar: (a) *svojih institucionalnih okvira*, ali i drugih ustanova sa kojima profesionalno dolaze u dodir, (b) *profesionalnih zajednica* lekara, medicinskih sestara, medicinskih tehničara, negovatelja i stručnih saradnika, i (c) *normativnog okvira* poštovanja ljudskih prava u pružanju zdravstvenih i socijalnih usluga.

## **INSTITUCIONALNI STANDARDI**

Obezbeđivanje poštovanja određenih institucionalnih standarda koji su definisani različitim zakonskim i podzakonskim aktima unutar zdravstvenog i socijalnog sistema zaštite korisnika sa mentalnim teškoćama sprovodi se uz pomoć različitih vrsta inspekcijskog nadzora. Postojeći Zakon o inspekcijskom nadzoru (u daljem tekstu ZoIN), usvojen 2015. godine, poseban akcenat stavlja na „preventivne mere, ali i na povećanje odgovornosti svih subjekata u tom procesu. Uspostavljanjem sistema procene rizika (kroz koji se, prim. aut.) umanjuju neujednačenost, koruptivnost i druge moguće negativne pojave“ (Stefanović i dr., 2015: 2).

Inspekcijski nadzor je posao državne uprave čija sadržina i pojам su utvrđeni zakonom. Cilj ove vrste nadzora je da se „preventivnim delovanjem ili nalagan-

jem mera obezbedi zakonitost i bezbednost poslovanja i postupanja nadziranih subjekata i spreće ili otklone štetne posledice po zakonom i drugim propisom zaštićena dobra, prava i interesu“ (Stefanović i dr., 2015: 2). Inspeksijski i drugi srođan nadzor, koji sprovode različiti državni organi i organizacije često se naziva i drugim imenima. Tako se u postojećim pravnim aktima „nekada zove upravo ‘inspeksijski nadzor’ (a ovlašćena lica koja vrše nadzor – ‘inspektor’)<sup>11</sup>, a nekada drugim nazivom, poput: ‘kontrola poslovanja’, ‘nadzor nad radom’, ‘stručni nadzor’, ‘upravni nadzor’, ‘kontrola rada’, samo ‘nadzor’ i sl., ali suštinski, kada se analiziraju prava i obaveze učesnika u tom nadzoru, metod nadzora, radnje koje se preduzimaju i mere koje se izriču, njihovo dejstvo itd., predstavlja inspeksijski nadzor, premda se terminološki tako ne zove, ili oblik nadzora koji je bitno sličan i srođan inspeksijskom nadzoru.“ (Stefanović i dr, 2015: 6-7)

Po izvršenom inspeksijskom nadzoru, prema članu 35 ZoIN-a, inspektor sačinjava Zapisnik o inspeksijskom nadzoru na koji se nadzirani subject može žaliti u roku od pet radnih dana od prijema zapisnika (član 36 ZoIN-a). Već u ovom trenutku bilo bi očekivano da zaposleni unutar nadzirane zdravstvene ili socijalne ustanove koja je bila predmet nadzora budu informisani o sadržaju zapisnika kako bi unutar institucije bilo moguće formulisati što preciznije primedbe na primljeni zapisnik. Nakon razmatranja dostavljenih primedbi, inspektor, prema članu 37, donosi Rešenje koje uključuje mere upravljenje prema nadziranom subjektu. Protiv rešenja, ustanova, tj. nadzirani subjekt, može se žaliti u roku od 15 dana od dana dostavljanja pisanog rešenja (član 39 ZoIN-a).

„Nadzirani subjekat dužan je da, u roku od osam dana od dana isteka roka za preduzimanje mera izrečenih rešenjem inspektora, obavesti inspekciju o izvršenju izrečenih mera, osim kada je rešenjem kojim su naložene hitne mere radi sprečavanja ili otklanjanja opasnosti po život ili zdravlje ljudi, životnu sredinu ili biljni ili životinjski svet određen kraći rok“ (član 41 ZoIN-a).

Na osnovu svega pomenutog, jasno je da je zakonodavac određenim zakonskim rešenjima nastojao da postupak inspeksijskog nadzora učini što transparentnijim i javnim, kao i da u njega uključi što veći broj zainteresovanih aktera.

---

11 Primer: član 267 stav 3 Zakona o tržištu kapitala (*Službeni glasnik RS*, broj 31/11) – [stav 2. „Komisija (za *hartije od vrednosti*) vrši nadzor neposrednim uvidom u opšta akta, poslovne knjige, izvode sa računa, prepisku i druge dokumente, uključujući i elektronske medije i ostale podatke koje su subjekti nadzora obavezni da vode i dostavljaju Komisiji, vrši analizu tih podataka, uzima izjave od odgovornih lica i ostalih zaposlenih u subjektu nadzora, kao i od drugih lica koja imaju saznanja od interesa za nadzor.“; stav 3: „Nadzor iz stava 2 ovog člana vrši ovlašćeno lice Komisije - inspektor u prostorijama subjekta nadzora ili lica sa kojim subjekat nadzora ima bliske veze.“]

Nažalost, rezultati našeg istraživanja pokazuju veoma *slabu informisanost* zaposlenih o različitim vrstama inspekcijskog nadzora koji se sprovode ili bi trebalo da se sprovode unutar institucija u kojima rade, kao i o rezultatima izvršenih inspekcijskih nadzora:

„Zaposleni, bar većina nas, nisu obavešteni o rezultatima nadzora.“ (*lekarka*)

„Većina zaposlenih je isključena. Tehničari jesu sigurno, za lekare ne znam pouzdano, ali većina nije obaveštena.“ (*medicinski tehničar*)

U strukturi odgovora ispitanika primetno je da *stepen obaveštenosti* u najvećoj meri zavisi od njihovog polažaja unutar sistematizacije/unutar institucionalne hijerarhije radnih mesta. Stepen upućenosti raste paralelno sa stepenom odgovornosti koju podrazumevaju određena radna mesta. Najmanje upoznati sa zaključcima iznetim u zapisniku i rešenju koje donosi inspektor jesu negovatelji, koji su na ovu grupu pitanja uglavnom odgovarali, s jedne strane, čutanjem, ili su se pak trudili da rekonstruišu odgovor na osnovu njima poznatih činjenica, a s druge strane, imamo i ovakve odgovore:

„Ja ču reći da sam upućena u trpezariju, mi imamo obroke, sanitarna je bila. To znam. Za ovo drugo ne znam ...“ (*negovateljica*)

„Upućeni smo kada dođe na odeljenje, npr. sanitarna inspekcija, imali smo za kuhinju, tako da to znamo.“ (*negovateljica*)

„Ja mislim da mi koji radimo na odeljenju kao sestre, negovateljice, spremaćice - mi taj papir nismo videli. Možda su doktorke obaveštene na 'timu' kad imaju, ali mi lično to nismo videli, o tome nismo obavešteni, samo to što čujemo.“ (*medicinska sestra*)

Na osnovu odgovora drugih aktera moguće je rekonstruisati mehanizme uz pomoć kojih se unutar zdravstvenih i socijalnih ustanova koje su bile u fokusu ovog istraživanja, prenose informacije o inspekcijskom nadzoru:

„Jedina obaveštenja o inspekcijskom nadzoru zaposleni dobijaju na jutarnjim sastancima, u vidu kratkog rezimea. U zapisnik nismo imali uvid, ali smo ovako, kratkim usmenim saopštenjem od strane rukovodioca, obavešteni o rezultatima nadzora.“ (*lekarka*)

„Obavešteni smo uvek kako je prošla inspekcija, odnosno nadzor, ili kako se zove komisija koja dolazi u nekoj kraćoj formi, a ponuđeno nam je da putem mejla dobijamo ceo tekst izveštaja, ali se to do sada nije desilo.“ (*lekarka*)

„Imamo glavnu sestruru, imamo doktora, mi komuniciramo između sebe.“ (*medicinska sestra*)

„To je uglavnom, da kažem, neka žvaka, između smena – e, ovaj je ovako uradio, ovaj je onako uradio.“ (*medicinska sestra*)

„Kolega i ja, čini mi se da nismo videli izveštaj inspekcijskog nadzora, ali smo svakako dobili njihov odgovor sa smernicama šta treba promeniti...“ (*stručni saradnik, defektolog*)

„Preko stručnog kolegijuma. Znači, na stručnom kolegijumu smo zajedno sa direktorom pročitali i izanalizirali ovaj njihov izveštaj i podelili zadatke.“ (*stručni saradnik, socijalni radnik*)

U najvećem broju slučajeva, ispitanici svedoče o tome da su posredstvom neposrednih rukovodilaca, a u saglasju sa institucionalnom hijararhijom, obaveštavani u skraćenoj formi o izvršenom inspekcijskom nadzoru. Nešto više informacija o sadržaju primedbi, sasvim sigurno dobijaju lekari i stručni saradnici, a značajno manje svi ostali akteri uključeni u proces prige o korisnicima sa mentalnim teškoćama. Na osnovu prikupljenog empirijskog materijala možemo reći da su direktori jedini akteri koji imaju potpunu informaciju o toku i dinamici ovog procesa:

„Konkretno, za našu bolnicu, nadzor stručnog rada vrši Ministarstvo zdravlja, odnosno inspekcija ministarstva zdravlja. Oni najčešće dolaze po prijavi, i redovne nadzore imaju, a dolaze i po različitim vidovima prijava. Radi se o pacijentima. S druge strane, mi imamo komisiju za naš unutrašnji stručni nadzor, koja je formirana na nivou institucije i ona redovno funkcioniše i izveštava komisiju za kvalitet rada koja postoji, takođe, u okviru institucije, i definisana je zakonom o zdravstvenoj zaštiti (...) Komisija za unutrašnje nadzore internog karaktera, formira se na predlog stručnog saveta, koji je, takođe, definisan zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a po kome stoji komisija za vanredni unutrašnji nadzor, kada se dese neki vanredni događaji na nivou institucije, i tada je direktor ovlašćen da formira komisiju po nekom hitnom postupku. Znači, postoje tri vrste, da kažem, stručnog nadzora. Takođe, imamo i nadzore od različitih institucija kojima je akreditive dala država kao što je Komitet pravnika EU, koji svakih 4-5 godina obilazi naše institucije u dogovoru sa Ministarstvom zdravlja, ali oni imaju akreditive da razgovaraju sa svim našim pacijentima i bez naše saglasnosti. Oni razgovaraju. Poslednja njihova vizita je bila pre jedno 3 godine, kada je predsednik bio pravnik iz Ukrajine, bio je prisutan Irac, isto psihijatar, jedna pravnica iz Makedonije i dva naša prevodioca. Oni su uzeli samo *city map* naše institucije, imali su pravo da ulaze u sva odeljenja i, bez naše saglasnosti, da razgovaraju sa svakim od pacijenata. Nakon toga su napisali izveštaj koji je otišao u Brisel, to je Evropska komisija... Ne znam tačno naziv. I, mi smo dobili taj izveštaj... Treba da se dostavi ministarstvu zdravlja i zaštitniku građana, i mi na njihove primedbe dajemo svoje mišljenje, svoj izveštaj, isto i na njihove pred-

loge, i ono što smo uradili po njihovim predlozima u prethodnom predmetu... Ja, kao direktor, kao ovlašćeno lice, upoznajem sve svoje zaposlene na stručnim kolegijumima gde su svi šefovi odeljenja, koji na svojim stručnim sastancima upoznaju svoje osoblje i prenose sve primedbe i sve sugestije.“ (*direktorka*)

No, iako se može steći utisak da zaposleni o inspekcijskom nadzoru i njegovim uvidima saznaju samo fragmentarno, u domenu vlastitih odgovornosti i kompetencija, mnogi od njih imaju zamerke vezane za postojeće prakse, koje se odnose na:

- (a) dinamiku inspekcijskih nadzora:

„Što se inspekcijskog nadzora tiče, nismo ga dugo videli.“ (*medicinski tehničar*)

„Bio je. Ja u ustanovi radim 5 godina. Spominjali su da je, čini mi se, bio 2007. ili 2008. godine , a od kada sam ja ovde, bili su u januaru-februaru 2014... Poslednji razmak je bio pre mnogo više od 3 godine. I sada... koliko je prošlo od poslednjeg, odnosno od preposlednjeg i poslednjeg, to je, znači, više od 3 godine.“ (*stručni saradnik, socijalni radnik*)

„Ja radim 14 godina u instituciji iz koje dolazim. Imala sam jedan stručni nadzor za tih 14 godina, prošle godine je bio. A iz razgovora sa kolegama koji su duže u instituciji, znam da je prethodni nadzor bio 90-ih.“ (*stručna saradnica, defektološkinja*)

- (b) postojeće procedure i pouzdanost prikupljenih podataka od strane inspektora:

„Nije taj nadzor koji je sproveden baš tačan... Često dolazi do nesuglasica, i netačno shvaćenih stvari od strane nadzora, razumete?“ (*lekarka*)

„Ja ne znam sad kako ide ta procedura, očigledno možda i postoji. Ta procedura prosto meni nije poznata, ali kad je sačinjen zapisnik, to je to, taj utisak koji je stekla inspekcija, prosto, tog trenutka kad je bila tog dana... Ne mislim da je to najbolji način nadzora. To sam htela da kažem. Zato što ne može za to kratko vreme da se stekne pravi utisak. To je moje mišljenje.“ (*lekarka*)

- (c) fokus nadzornog postupka koji često diktiraju aktuelni trendovi, a ne ideja o sistemskoj podršci ustanovama, da trajno poboljšaju kvalitet usluga koje pružaju korisnicima:

„Sve zavisi od toga zbog čega su došli. Na primer, ako postoji promena zakona, to je vrlo često razlog, i onda se najčešće sve to svodi na dokumentaciju,

ne toliko medicinsku, koliko onu vezanu za pristanak lečenja, vezano za prisilne hospitalizacije. Znači, uglavnom je sve vezano za stručni nadzor, vezano za medicinsku dokumentaciju, odnosno pravnu stranu boravka i lečenja pacijenata, korisnika...“ (*stručna saradnica, psihološkinja*)

„Mnoge nevladine organizacije koje su dolazile u nadzor bile su strahovito protivne oko toga da li nekog korisnika fiksirati ili ne, i gotovo da su se samo time bavili... mi se, koliko možemo, trudimo da poštujemo ljudska prava, znači, svakog, pa i mentalno retardiranog i duševnog bolesnika, ali, postoje stanja kada pacijent mora da se fiksira. Najviše je bilo razgovora oko te fiksacije sa njima... ima takvih stanja, akutnih, gde smo stvarno prinuđeni da to uradimo... kada su neke epilepsije u pitanju, kad je on agresivan, kad udara glavom, kad prevrne krevet, kad slomi krevet, kad udara nas, radnike, pa ne možeš dopustiti da nekoga bije, tuče ili nekog... imamo i tu... evidenciju. Ako korisnik udari radnika, i šutira, imate one koji znaju karate, pa vas složi dok ste... to je deo svakodnevice.“ (*lekarka*)

(d) smisao celokupnog nadzornog procesa:

„Pa, svaki nadzor po sebi ima za cilj da nešto konstatiše i, samim tim, poboljša. Ono što sigurno uradi jeste da se potrudi da ono što je slovo zakona bude sprovedeno. Ono što mislim da bi trebalo da bude drugačije, jeste da to slovo zakona ima više podataka u zavinosti od vrste ustanove u koju se dolazi, da bude uže specifikovano unutar određene podgrane medicine, pa još podgrane u okviru svake grane medicine i subspecijalnosti... ako pričamo o psihiatriji, ne može konstantno sve isto da se sproveđe unutar klinike, instituta i specijalne bolnice, prosti bekgraund svake ustanove i svakog korisnika nije isti, a nije ni krajnji ishod isti, tako da, u odnosu na to, treba da postoje neke podgrupe, kako bi se to regulisalo, a što se tiče ispravnosti rada, i ostalog, treba da bude univerzalno, po principima dobre kliničke prakse, i da to nije sporno, jer to tako jeste.“ (*lekarka*)

„U zaključcima su bile i neke nerealne stvari. Pre svega su se odnosile na broj radnika koji je potreban za rad u tim objektima, što mi nismo mogli da ostvarimo zbog finansija i, naravno, vi znate, same države, budžeta i ostalih stvari koje ne zavise od same institucije.“ (*stručna saradnica, defektološkinja*)

„Pa, postoje neki nalozi ministarstva koji, po mom mišljenju, nisu u skladu sa nekim realnim funkcionisanjem ustanova. Na primer, ugradnja lifta... za šta su označena sredstva potrošena, a nije neophodan za funkcionisanje ustanove... koliko adaptacija ili angažovanje novih radnika, ili šta god, izmeštanje korisnika - ono čime se mi bavimo - izmeštanje korisnika u društvenu zajednicu. Za taj

novac, mislim, da smo mogli i jednu kućicu da izgradimo i izmestimo nekoliko korisnika.“ (*stručna saradnica, socijalna radnica*)

„Po standardima za pružanje domskog smeštaja, čini mi se da objekat sa više spratova i sa više od... ne znam koliko korisnika, mora da ima lift. Dok se ne obraća pažnja na neke druge stvari.“ (*stručni saradnik, defektolog*)

„Meni se čini da su oni u stvarima koje su proveravali, ili šta su već analizirali ovde, više gledali neki spoljašnji deo. Na primer, u poslu kojim se ja bavim, a to je socijalni rad, samo jedan deo posla je dokumentacija. Inspekcija se toliko bavila papirima... da li je nešto upisano cirilicom ili latinicom, ili ovako i onako... a da neke suštinske probleme koji bi, ako bi se rešili, zaista doprineli poboljšanju kvaliteta života korisnika ovde, kao i njihovom osamostaljivanju, u svakom smislu kvaliteta njihovog života, da sada ne nabrajam, čini mi se da se to nije ni gledalo. Ako se ja dobro sećam, oni su meni tada rekli da dokumentaciju ređam, da svaki noviji dokument stavljam ispod onog prethodnog, što znači da mi je vrh na dosjeu onaj papir koji je od pre 20 godina, na primer, neki dopis iz nekog Centra za socijalni rad... a da bih stigao do nečeg možda aktuelnog, a treba da se bavim time, ja moram da prekopam ceo dosije da bih to izvadio. Eto, u tom smislu.“ (*stručni saradnik, socijalni radnik*)

- (e) Ipak, najozbiljnije primedbe ticale su se nepostojanja preciznih standarda za merenje određenih aspekata rada zaposlenih u ovoj specifičnoj vrsti ustanova:

„Pa, u suštini, ako pitate za te stručne nadzore, to je u socijalnoj zaštiti nešto sasvim drugačije u odnosu na bilo šta. Što se tiče dela koji mi radimo, a to je defektološki deo, u socijalnoj zaštiti ne postoje određena merila koja bi mogla da se koriste, i da se dâ određenim stručnim službama da bi oni mogli da mere kvalitet našeg rada. Ne postoji nijedna, ja ne znam da li je ikada i bila postavljena struktura i papirologija što se tiče defektološkog rada. Što se tiče medicinskog rada i socijalnog rada, tu postoji jedna hijerarhija i način vođenja evidencije rada u tim službama. Znači, postoji određeni dosijei, koji se na određen način popunjavaju, i sve što rade sa tim korisnikom se na neki način izveštava. Što se tiče rada sa defektološkog dela, pa hajde da kažem i psihološkog, koji imaju svoje standarde, ali oni nisu prilagođeni uslovima socijalne zaštite, dakle, za nas ne postoje. Tako da, što se tiče stručnog dela, kada pričamo o svemu tome, dolazi do razmimoilaženja u načinu kako prikazati određeni rad sa tim korisnicima. Jer, postoji problematika u ustanovama socijalne zaštite, ako pričamo u ustanovi u kojoj ja radim trenutno, nivo ili raspon godina korisnika ide negde možda od

nekih 5-6 godina, pa dođe do... u zavisnosti koliko su stari, tako da ne postoji jedna ustaljena struktura korisnika i načina rada sa njima. Svi nam traže neke programe, papire, sve je to dovitljivost svih tih stručnih radnika koji su u ustanovama socijalne zaštite i koji se bore, na neki određeni način, da kroz te uslove ili te standarde prikažu pravu strukturu svega toga što postoji.“ (*stručni saradnik, defektolog*)

## INSTITUCIONALNI ODGOVORI NA POTREBE KORISNIKA

Specifičnost zdravstvenih i socijalnih ustanova koje su bile u fokusu našeg istraživanja je da se u njima odvija produženo lečenje i/ili dugotrajna hospitalizacija korisnika. Ovi boravci dugog trajanja uvek podrazumevaju i zadovoljavanje mnoštva sekundarnih potreba korisnika, koje ne moraju nužno biti povezane sa osnovnom delatnošću ustanova, niti sa razlogom njihovog primanja u ustanovu:

„U ustanovama socijalne zaštite imate korisnike koji žive kod vas. On (korisnik, prim. aut.) nije prošetao kroz bolnicu, pa će posle 2 nedelje ili mesec dana ići, ne znam, kući. On je došao tu dok ne umre. Znači, vi imate milion stvari u vezi sa time. Počevši od odeće, obuće, wc-papira, sad parafraziram, toliko idem do onih njegovih najnižih potreba, cigarete i tako to... što ipak nije slučaj u zdravstvenim ustanovama, ili je to slučaj, ipak, u mnogo, mnogo manjoj meri.“ (*direktorka*)

„Kao i obični ljudi, da tako kažem, i lica sa mentalnim smetnjama imaju svoje potrebe. To su normalne, od onih egzistencijalnih, najobičnijih, da mu obezbedite da jede, da spava, da mu je toplo, da se obuče – do onih koji su i neka kulturna nadogradnja, potreba za lečenjem, za rehabilitacijom, za drugim ljudima, za izlaskom iz ustanove... Ljudi su u ustanovi, oni to, recimo tako, prihvate, kao svoj dom, ali imaju potrebu i da izadu, potrebu za slobodom. Za tim osećajem da mogu da izadu, da odu, da priušte sebi nešto, da kupe, da prošetaju, da odu u neki grad... znači, to su najnormalnije potrebe, kao i kod svakog čoveka. Ono što mi radimo jeste da se zaista trudimo da zadovoljimo većinu tih potreba, počevši, pre svega, od onih osnovnih.“ (*direktor*)

Izlaženje u susret ovim potrebama i njihovo zadovoljavanje, po mišljenju naših ispitanika, često je ozbiljan izazov za ustanove u kojima rade. Iz narativa ispitanika moguće je rekonstruisati nekoliko različitih razloga zbog kojih je, promptni institucionalni odgovor na ove potrebe otežan. To su sledeći razlozi:

1. *geografski* – najveći broj ovih ustanova nalazi se van većih gradova ili na obodima naseljenih mesta, što u mnogome otežava pristup različitim institucijama na koje se ove ustanove nužno oslanjaju u obezbeđivanju pre svega zdravstvene zaštite korisnika, ali i zadovoljavanju raznih socijalnih i kulturnih potreba svojih štićenika.

„Jedan od naših najvećih problema je što smo izmešteni. Mi smo 50 kilometara od prvog većeg centra i za sve što je potrebno, u smislu specijalističkog lečenja i bolnica, moramo da idemo u veće gradove poput Vršca, Pančeva, Zrenjanina, i tu imamo problem prevoza. Kad imate problem prevoza, onda morate da pravite trijažu u odnosu na to što je prioritet.“ (*direktorka*)

2. *unutarsektorski* – koji mogu biti (a) međuinsticionalni i (b) unutarinsticionalni. Kao što je već ranije pomenuto, u fokusu istraživanja bile su zdravstvene i socijalne rezidencijalne ustanove, koje zbrinjavaju pacijente/korisnike sa mentalnim teškoćama. U tom smislu, prva grupa razloga iz ove grupe odnosi se na probleme koji se pojavljuju u kontaktima koje psihijatrijske klinike i bolnice ostvaruju sa drugim ustanovama zdravstvene zaštite, odnosno, na probleme koje zaposleni u socijalnim ustanovama prepoznaju u svojim kontaktima sa drugim ustanovama socijalne zaštite, poput, na primer, centara za socijalni rad.

U daljem tekstu navodimo izvode iz narativa ispitanika u kojima govore o:

- (a) unutarsektorskim međuinsticionalnim tenzijama

„Podrška koja bi trebalo da bude za našeg pacijenta jeste problem na svim nivoima zdravstvene zaštite van ovakvih ustanova... Tako, da vi imate primer otpuštenog pacijenta koji treba da ode da podigne svoju redovnu terapiju – sada se to zakazuje kod lekara opšte prakse, oni vrlo često to jako teško uspeju sami da obave, a najdu na zatvorena vrata i u zdravstvenoj ustanovi, da im se omogući da zakažu svoje redovno propisivanje terapije. To je jedan nivo. Drugi nivo je da, ukoliko ste jednom imali otpusnu listu iz neke psihijatrijske bolnice, i žalite se na bilo koju drugu tegobu, automatski dobijate da idete u psihijatrijsku ustanovu, zato što se to tumači kao pogoršanje vaše psihijatrijske bolesti, a ne

kao pravo da imate i šećernu bolest i visok pritisak, i bilo koju drugu bolest kao bilo ko drugi.“ (*lekar*)

„Kada odemo na šalter doma zdravlja sa pacijentom, da se prijavimo, bude i da su drski prema nama, sedite, sačekajte, nemaju obzira što je u pitanju psihijatrijski bolesnik, i što on ne može da sedi 3-4 sata u toj čekaonici, a ima i onih koji nas, stvarno, čim dođemo, odmah prozovu.“ (*medicinska sestra*)

„Definitvno se grubo krše ljudska prava u domenu dobijanja medicinske pomoći u ustanovi koja nije psihiatrijskog karaktera... jer automatski, kada se vidi da je pacijent sa dijagnozom, to je najčešće pisana dijagnoza F 20.0, mada, naravno, nisu oni svi sa tom dijagnozom - oni nailaze na zid, ne pruža im se adekvatna pomoć i opet dolaze ovde kod nas, pa onda mi, koliko smo u mogućnosti, pružamo pomoć, a to opet sa te strane nije u redu, nismo ni mi svemoćni, naravno.“ (*lekar*)

„Često se dešava da porodica i brine o pacijentu, ali kada više nema srodnika, uglavnom su to majke ili očevi koji u jednom trenutku, prosto, umru, ti pacijenti dolaze kod nas, i ukoliko su nasledili porodične penzije, a zakon to, naravno, dozvoljava - čak i tu imamo problem da oni ostvare prava da koriste svoje porodične penzije, jer to opet ide preko organa starateljstva, a to su centri za socijalni rad.“ (*lekarka*)

(b) unutarinstитucionalnim tenzijama, koje se ispoljavaju kroz:

a) nedovoljan broj zaposlenih određenih struka:

„U našoj ustanovi imamo samo jednog lekara u smeni. Imamo smenski rad, jedan lekar pre podne, jedan popodne, ja sam lekar (u socijalnoj ustanovi, prim. aut.)... S obzirom na to da je ovo ustanova gde su duševno obolela lica, smatram da bi tu trebalo da bude barem još jedan psihiyat, da bi to bilo nekako mnogo bolje. Mi smo lekari, nas obadve, lekari smo opšte prakse... što se tiče duševnih bolesti - mi nismo kompetentne, niti možemo da odgovaramo za neka pogoršanja koja su baš psihičke prirode.“ (*lekarka*)

„Na primer, noću kad radimo, radimo bez lekara, jedna medicinska sestra i jedna negovateljica, vikendom isto, doktorke su dežurne, pa kad su na godišnjem odmoru, onda smo u problemu... pa kad se nešto desi moramo da zovemo hitnu, pa nekad dobijemo odgovor, a nekad i ne dobijemo, ili bude samo telefonski.“ (*medicinska sestra*)

„U mojoj ustanovi je smešteno 340 korisnika. Jedan lekar je zaposlen, sesta-

ra 21, lekar radi od 7h do 15h. U popodnevnim satima sestre, ukoliko dođe do nekih problema, zovu lekara, i korisnik se upućuje u petrovačku bolnicu, sve zavisi od toga kakav je problem, onda se dalje transportuje za Beograd. To je nedovoljno. Smatram da treba da postoji lekar i popodne, veći broj medicinskih sestara, veći broj i stručnih radnika i saradnika. Dolaze lekari-konsultanti 1 ili 2 puta mesečno - neuropsihijatar, internista, fizijatar i ginekolog. Stanje je otprilike isto... i to je nedovoljno za potrebe korisnika.“ (*defektolog*)

„Ne, nije dovoljan jedan lekar. Doduše, postoji otvoren konkurs, ali ljudi ne žele da rade, lekari, konkretno, nemaju interesovanja da rade u ovakvim vrstama socijalne zaštite.“ (*stručni pedagog*)

- b) standarde koji nisu prilagođeni realno postojećim uslovima rada u ovim specifičnim ustanovama:

„Ne znam da li postoji standard na koliko korisnika, koliko bi trebalo da bude sestara, koliko negovateljica, koliko lekara, znači sve to... mislim da su ti naši standardi... da bi mogli da budu malo drugačiji. Na primer, imali smo jednu koleginicu psihologa koja je radila kod nas, bila je jedna na 470, 450, ili koliko je već bilo korisnika, malo se to menja. Ona je sad otišla u Kanadu, ona radi sa njih 10. Nisam mogla da verujem kad mi je rekla... Puno ljudi sad odlazi u inostranstvo i čuješ kako drugi rade... Mi moramo da radimo pod ovakvim uslovima. Mislim da je ovde sve posebno iscrpljujuće, i da to proizvodi sagorevanje na radu.“ (*lekarka*)

- a) svest o limitima ustanova da odgovore na različite potrebe korisnika/pacijenata:

„Zadovoljava možda neke osnovne biološke, zdravstvene... međutim - socijalne, baš minimalno. To jest, nije moguće u ustanovi rezidencijalnog tipa ni zadovoljiti osnovne društvene potrebe.“ (*socijalni radnik*)

3. *međusektorski* → za razliku od prethodne grupe razloga, i iz njih proisteklih tenzija koje se ispoljavaju unutar zdravstvenog sistema ili sistema socijalne zaštite kojima rukovode referentna ministarstva - ova vrsta razloga se materijalizuje kroz tenzije koje se pojavljuju u situacijama kada pacijenti/korisnici moraju da pređu iz jednog sistema u drugi.

U narativima naših ispitanika moguće je rekonstruisati dve tipične situacije:

- a) Situacija u kojoj su se stekli uslovi da pacijent izade iz psihijatrijske bolnice, i potrebno mu je, iz različitih razloga, obezbediti smeštaj u ustanovi socijalnog staranja.

„Ja mislim da se naša institucija jako trudi da zadovolji sve potrebe pacijenta, pogotovo što imamo problem sa spoljnim svetom i spoljnim ustanovama. Naši pacijenti su prepušteni bukvalno nama, vrlo često i sa tog socijalnog aspekta i medicinskog, znači, bukvalno smo mi jedino što imaju. Kada pokušavamo da ih smestimo u dom, zato što zaista više nisu za hospitalizaciju, tj. za boravak u psihijatrijskoj ustanovi, vrlo često nailazimo na zatvorena vrata, zaista naša ustanova radi tu i više nego što bi trebalo po zakonu, razumete? Nema više indikacija za lečenje, trebalo bi da se pacijent premesti u dom. Ipak, mnogi ostanu ovde, jer bi inače bili na ulici.“ (*lekarka*)

„Pa, generalno je problem sa centrima za socijalni rad na nivou zemlje, i sa, kao što je rekla koleginica, smeštajem ili izmeštanjem iz ustanove. Mi to prevazilazimo tako što pišemo dopise non-stop. Nekad ostanu, nekad budu smešteni... retko kad budu smešteni.“ (*lekarka*)

- b) Situacija u kojoj korisnik ustanove socijalne zaštite ima određenih zdravstvenih problema koji iziskuju pregled ili intervenciju u zdravstvenoj ustanovi. U ovakvim situacijama, ukoliko se radi o korisniku kome je oduzeta poslovna sposobnost, neophodno je pribaviti „saglasnost“ staratelja za određenu medicinsku meru:

„Iako staratelji nama daju izjavu saglasnosti za sve to, da se odradi, nailazimo na problem u bolnicama, na ortopediji, na hirurgiji, da traže da se tog momenta tu stvori staratelj. Oni su i u radnom odnosu, neki su baš daleko sa juga Srbije, trebalo bi da se nešto tu učini u društvu... da se prizna ta pismena izjava staratelja, to nam je veliki problem.“ (*socijalna radnica*)

„Neće lekari da intervenišu, specijalisti, znači, dok staratelj lično ne dođe da potpiše taj papir saglasnosti. Jedino kad im je ugrožen život, tada odreaguju.“ (*negovateljica*)

Ili, kada se radi o bilo kom korisniku – obezbediti pratnju zaposlenih iz ustanove u kojoj korisnik boravi:

„Kada su u pitanju korisnici koji su agresivni, koji su teško ometeni u razvo-

ju, koji zaista ne znaju i ne mogu da vode brigu o sebi, odlaženje radnika iz doma da ih pričuva u bolnici – to je opravdano. Ali, kada je u pitanju korisnik koji je svestan svog postojanja, zna gde se nalazi, ne vidim razloga zašto bi morao neki radnik da se povlači iz naše insitucije, da mi ostanemo bez radnika, da bi se tamo čuvao korisnik o kome može da brine i medicinska sestra.“ (*defektolog*)

U tom smislu, ne iznenađuje pitanje koje je otvorio jedan od naših ispitanika o obavezama staratelja kojima je povereno donošenje tako važnih odluka koje se tiču života i svakodnevice korisnika/pacijenata sa mentalnim teškoćama, koji borave u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama:

„Ono što mi ne znamo je koje su obaveze tih staratelja. Mi nemamo zakonom definisano šta su oni u obavezi da rade... kad dobije starateljstvo neko iz centra za socijalni rad, to je apsolutno strašno za pacijenta. Jer oni ih obilaze, da li jednom godišnje... ili ih uopšte ne obilaze. To je pitanje. To što ih obidu, razgovor traje od 2 do 5 minuta, nikada duže, i to je onda strašno. To je strašno za nas lekare koji provedemo toliko vremena sa njima, i onda tamo neko odlučuje o tome, o njihovoj sudbini, a da ih uopšte i ne poznaju, jedva da ih i prepoznaju, eto to je... Sa porodicom nekako i sarađujemo, kada su oni staratelji. Onda, opet, ima nekih emocija tu, pa tu nekako funkcioniše. Ovde (u slučaju starateljstva centara za socijalni rad; prim. aut.) nema emocija, jer je to čisto pravna stvar, oni su postavljeni tako kako jesu.“ (*lekar*)

- c) Do tenzija dolazi i prilikom postupka procene poslovne sposobnosti u koji su uključeni lekari/veštaci, ali ne i stručni saradnici koji neposredno rade sa korisnicima smeštenim u ustanovi, čije mišljenje komisija čak nije obavezna ni da zatraži:

„Problem je što ja mislim da lekari nisu upoznati sa tim kako to funkcioniše. Postoji delimično lišavanje, gde vi čoveka možete da lišite samo u nekim oblastima. Kod njih je to sve ili ništa. Znači, ne radi se detaljno procena sposobnosti tog nekog, kao što rade sa decom interresorne komisije... to se kod veštačenja odraslih ne dešava. Da li on možda može da raspolaže džeparcem, da li može platom, da li može samostalno da ide negde, da li može samostalno da odlučuje da se leči i na koji način, nijedan čovek nije isti. Toga nema... ta veštačenja moraju da budu individualnija... pa da niko ne bude lišen potpuno u svim mogućim oblastima, nego da se, prosto, jasno da (i to treba timski da se radi) šta može u ovom segnemtnu života, šta može u zdravstvenom, tako da...“ (*socijalni radnik*)

„Ako stručni tim, kojima ste sve to nabrojali, potpiše da je neko potpuno

vezan, znači potpuno nepokretan, potpuno, znači... sve ono što stoji... i onda on kaže: pa, dovedite mi vi tog korisnika da ga ja vidim... i onda naše drage kolege moraju da ta kolica ili krevet... moraju da iznose na 3. ili 4. sprat, samo da bi ga oni pogledali da li je on takav... Vrlo jednostavno. Eto, to je njihovo mišljenje o vama. Na takav način vas vide. Znači, nije dovoljno mišljenje niti jednog socijalnog radnika niti defektologa, niti psihologa, niti bilo koga od nas, niti lekara, nego, jednostavno: dovedite mi ga da vidim.“ (*socijalna radnica*)

„Što se tiče poštovanja našeg mišljenja, ja sam tražio od jednog lekara, pošto sam počeo da prisustvujem tome, da bih unapred video nepravilnosti tokom veštačenja, odnosno te lekarske procene, i tražio sam da mi se obrazloži jedno pitanje za koje sam smatrao da je više stvar obrazovanja, nego nekog rezonovanja, ili šta god. Uglavnom, odgovor je bio jasan: ti si socijalni radnik. Kao, nema šta tu da se objašnjava, ja znam svoj posao.“ (*socijalni radnik*)

Uznemiruje činjenica, da su i sami zaposleni u ovoj vrsti rezidencijalnih ustanova bolno svesni granica međusektorske (ne)saradnje, koja je zamućena izmišljenim i realno postojećim pravilnicima koji ustanove, i u njima zaposlene pojednice, lišavaju odgovornosti za štićenike rezidencijalnih ustanova u nevolji. Zato se mnogi od naših sagovornika radije oslanjaju na lična poznanstva koja imaju sa kolegama iz drugih ustanova u koje upućuju štićenike, nego na formalne međusektorske kanale komunikacije:

„Ja, u poslednje vreme, u kontaktu sa drugim ustanovama, uglavnom zdravstvenim, uvek pokušam prvo neformalno da završim stvar, da tako kažem, i kada najdem na kolegu, iz bilo koje institucije, koji je spreman na takvu vrstu saradnje, to funkcioniše skoro besprekorno. Kada se zahteva formalna komunikacija, to u startu oduzima i više vremena i duže traje, i može da ima loše posledice, po korisnike naravno.“ (*socijalni radnik*)

„Nekako, ta sprega zdravstva i socijale nikako da se desi. To nam jako treba.“ (*lekarka*)

4. *opštedruštveni* → rezidencijalne ustanove u kojima su zaposleni naši ispitanici deo su zdravstvenog i socijalnog sistema, ali i šireg društvenog sistema društva Srbije. Sledstveno tome, one dele sudbinu društva i probleme koji su njegov integralni deo, poput onih koji se tiču odnosa prema socijalno ranjivim grupama, koji je uvek indikator određenog hegemonog kulturnog konteksta.

## I.

## I. kulturni

„Znači, imate stigmu na svim nivoima države. Porodica duševne bolesnike diskvalificuje u startu, jer su drugačiji, a to se ne radi samo sa duševnim bolesnicima, to se radi u slučaju bilo koje nestabilnosti koju neki član familije pokaže. S druge strane, nemate nikakve druge vidove podrške, koji bi mogli da nadomeste podršku porodice, u vidu socijalne zaštite, novčane podrške... u celoj zemlji je ta vrsta podrške na jako niskom nivou, mi to vidimo, jer imamo korisnike iz cele Srbije.“ (*lekar*)

„Retko kada je porodica motivisana da pacijenta primi nazad... naravno, vi onda imate problem. Vi pacijenta otpustite, porodica ga ne primi kući, on ne uzima lekove, opet mu bude loše i opet dođe ovde. Najveći problem je podrška van ustanove, a ne podrškom u ustanovi, jer on kad bude otpušten nema socijalne podrške, nema podrške porodice, i on vrlo brzo opet bude kod nas.“ (*lekar*)

## I. ekonomski

U društvu koje prolazi već gotovo trideset godina kroz turbulentnu transformaciju i permanentnu ekonomsku krizu, ne čudi da se u narativima naših ispitanika pojavljuju i česti motivi vezani za hronični nedostatak novčanih sredstava koji onemogućava normalno funkcionisanje ustanova i odvijanje procesa unutar njih:

„Na odeljenju na kome radim postoje pacijenti kojima bi trebalo da bude procenjivana poslovna sposobnost, pa još uvek nije. To je... stvar finansija. Ima pacijenata kojima je potrebno pothitno proceniti poslovnu sposobnost, a to bi trebalo da pokrene centar za socijalni rad. To košta, ne znam... možda 30.000 dinara, a oni meni javljaju da oni, prosto, nemaju novac za to, i onda to tako stoje, i lebdi u vazduhu... kao što je koleginica rekla, pacijenti nisu lišeni poslovne sposobnosti, a trebalo bi.“ (*lekarka*)

„Problem su i ovi ostali, što kažu imaju rodbinu, i tako to... Uglavnom rodbina ni ne zna za njih, ne kontaktira ih, ne jave se, ne plaćaju, imamo dužnike koje ne možemo da naplatimo, po par miliona potraživanja ustanova ima. Država nam ne plaća. U nekim sudskim sporovima, npr., dobijete rešenje da im plenite imovinu, nemate šta da plenite, nemate odakle da naplatite rodbini, korisnik nema penziju, nema ništa. Bukvalno smo u jednom pravnom vakuumu, ne možemo da ostvarimo kao ustanova svoje pravo, a ne možete ni napolje da ih izbacite, jednostavno ne možete. Tako da idete dole, tonete sa dugovanjima, i svim tim nerešenim stvarima.“ (*direktorka*)

## ZAKLJUČAK

Preporuke naših ispitanika o načinima na koje bi briga o korisnicima zdravstvenih i socijalnih rezidencijalnih ustanova za osobe sa mentalnim teškoćama mogla biti unapređena unutar ova dva društvena potsistema, uglavnom se kreće u dva pravca, kroz:

1. jačanje institucionalnih kapaciteta ova dva sektora na sledeće načine:

- (a) permanentnom edukacijom zaposlenih, kao i podizanjem uskostručnih kompetencija zaposlenih koji dolaze u kontakt sa pacijentima sa mentalnim teškoćama, pre svega, onih iz redova negovatelja, medicinskih sestara i tehničara;

„Generalno, smatram da je osoblje slabo edukovano - ne možete vi na 100 zaposlenih sa ovakvim ljudima... Nisu to jednostavni problemi, a imate 5 stručnih radnika, 6... koliko imamo. Mislim da, generalno, treba dići nivo obrazovanja, da bi mogla da se shvati ta problematika, jer intelektualne teškoće nisu mala stvar - nije to kijavica. A zatim, smatram i da bi ta edukacija za sve zaposlene, počev od stručnih radnika i doktora, negovatelja i koga god, trebalo da bude permanentna i konstantna... I preko tih treninga da postoji kontrola. Trebalo bi da postoji kontrola toga, da kada se ja vratim sa seminara (za koji me je neko platio, i odsustvovao sam sa redovnog posla, otiašao na put i šta sve ne) treba neko da me pita šta sam saznao... Ja sam dosta treninga prošao, niko me nikad nije pitao šta sam uradio u svom radu na osnovu toga, a trebalo bi.“ (*defektolog*)

„Ljudi koji vode računa o tim korisnicima (mislim na negovatelje i negovateljice)... mislim da tu treba da se uvede red ko može da radi sa ovakvim ljudima i ovakvim korisnicima, jer mislim da tu nema reda... Jer ljudi dolaze sa određenim (ne)znanjem o tom poslu, oslanjaju se na ono što saznavaju od nekoga, oni nemaju nikakvu predstavu, nikakvo znanje, nikakvo bilo šta... Tu je veliki problem, sam način zapošljavanja tih ljudi. Ko može da radi? Koje su škole koje mogu da se završe za te stvari?.. Jer ipak su oni u neposrednom kontaktu sa korisnicima, faktički, 24 sata sa njima, non-stop ... Kada izaberete takvog čoveka, smatram da on treba minimum mesec dana da provede kod stručnog radnika - socijalnog radnika, defektologa - gde bi mu ovaj objasnio neke, za početak, teorijske stvari. Sa kim će da se bavi, da razlikuje neke stvari, da zna na koji način da radi, kako se pruža nega i podrška itd., a onda tek da ga uputite, odnosno pustite da radi.“ (*socijalni radnik*)

- (b) promenom postojećih pravilnika kojima se regulišu zarade zaposlenih; pravilnicima bi trebalo predvideti nadoknade za: rad vikendom i državnim praznicima, rad u noćnoj smeni, prekovremeni rad, kao i beneficiran radni staž za zaposlene u ovom tipu ustanova;

„Nekada je bio plaćen rad vikendom, sada nemamo plaćen vikend.“ (*negovateljica*)

„Nemamo plaćene vikende, kad radimo noć, to je plaćeno nešto minimalno, smešno je to što dobijemo kao nadoknadu za noćne smene, rad državnim praznicima isto... pa, plaća se, ali... Na primer, kada se ode u drugu ustanovu, kao pratnja korisnika u bolnicu... dešavalo se da smo noću išli u pratnji... i ti, recimo, popodne odeš... smena ti se završava u 8 sati, u 7 sati odeš u bolnicu i vratiš se u ponoć. Tako da to isto nije plaćeno. Kao ni oblačenje samrtnika, isto.“ (*negovateljica*)

„Ja mislim da u psihijatrijskim bolnicama imaju beneficirani radni staž, a socijalne ustanove nemaju... oni to nekako smatraju valjda da ne treba. A mislim da treba, ovde ima sagorevanja na radu puno.“ (*medicinska sestra*)

- (c) zaposliti veći broj osoblja različitih profila;

„Mislim, prvenstveno, na noćnu smenu, jer pacijente treba stalno opservirati, jer na 25 pacijenata samo 2 sestre je baš, baš malo. Možda bi jedna sestra trebalo da radi na naviše 7-8 pacijenata.“ (*medicinski tehničar*)

„Imam jedan primer. Znači, po pravilniku o zaštiti pacijenata. Prvo, fiksacija pacijenta podrazumeva da bi na 15 minuta trebalo da budu mereni parametri. Ako kažemo da imamo uglavnom dve sestre u toku smene, i ako imamo tri pacijenta koji su fiksirani, to je automatski neizvodljivo. Plus, imamo i ostale pacijente kojima treba da se odredi terapija, da se bude u trpezariji za vreme obroka... znači, sve je potpuno neizvodljivo.“ (*medicinski tehničar*)

- (d) doneti standarde koji se tiču rada zaposlenih u specifičnim uslovima koji postoje u ovom tipu ustanova;

„Postoje standardi za somatske pacijente, i postoje standardi za psihijatrijske... neki standard je da, na jednog teškog pacijenta koji je na intezivnoj nezi, treba da ide jedna sestra. Postoje sad i dalji standardi, zavisi, 7-8 pacijenata za intezivnu negu, ako je pacijent na veštačkim plućima... trenutno, u našoj bolnici fali 60 sestara, po sistematizaciji... Ako imate 300 pacijenata u bolnici, a, po si-

stematizaciji, imate 50 ili 60 sestara manje, to onda mnogo govori i o kvalitetu rada.“ (*medicinska sestra*)

„Ne može da bude isti standard i ista procedura u svim ustanovama socijalne zaštite, jer smo svi različiti na neki svoj način. I prikazani rezultati u određenim ustanovama ne mogu da budu verifikovani u odnosu na neke druge institucije.“ (*defektološkinja*)

„U nekim tekstovima koje sam nalazila, čitala sam iskustvo jedne socijalne radnice u Engleskoj. Ona radi u nekoj službi koja se bavi... kod njih su inače izdeljene službe, ne kao kod nas. Mi se bavimo svime, od zbrinjavanja i nasilja, do beskućnika, do socijalnih pomoći i starateljstava, i svime se bavimo. Oni to sve imaju izdeljeno. Ona kaže da je u jednom momentu najviše vodila 12 porodica... Trenutno sam zadužena za 200 i nešto predmeta. To je 200 i nešto porodica, i to je 200 i nešto nečijih života... Što od tih nekih, najbanalnijih, materijalnih problema koji postoje, do nasilja, koja zahtevaju ozbiljan kontiunirani rad. I, onda se dešava... i potpuno se slažem sa kolegama iz domova... kada smo mi neposredni staratelji, vrlo često ne znamo korisnike, a kamoli da se saglasimo sa njihovom terapijom, jer vrlo često ne znamo ni od čega su oni bolesni.“ (*socijalna radnica*)

„I jedna negovateljica zadužena u najboljem slučaju za 20 korisnika. Kada sam bila u Češkoj (ne mogu da se setim kako se zove ustanova), bilo ih je 4.“ (*lekarka*)

„Po standardu, zaista jedan defektolog ide na 150 korisnika.“ (*defektološkinja*)

- (e) povećanja broja ustanova zdravstvene i socijalne zaštite koje zbrinjavaju rezidencijalne korisnike;

„U našoj zemlji ovakvih ustanova nema dovoljno.“ (*socijalna radnica*)

Pojavljivanje ovog motiva u narativima zaposlenih, pre svega, treba tumačiti kao posledicu frustracije zbog osećanja da se sistem zapravo ne bavi ovom vrstom ustanova, a ima određena očekivanja od njih. To, po mišljenju zaposlenih, rezultira nerealnim i neprilagođenim standardima o broju pacijenata/korisnika o kojima brinu pojedini zaposleni, pravilnicima o zaradama u kojima se ne prepoznaće rad i zalaganje zaposlenih i sl. Najdramatičnija posledica ove tensije između sistema i zaposlenih u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama koje zbrinjavaju pacijente/korisnike sa mentalnim teškoćama, jeste osećanje da je u postojećim okolnostima izuzetno teško pružiti uslugu koja odgovara profesionalnim očekivanjima zaposlenih, i zbog toga se, unutar narativa

naših ispitanika, pojavljuje i ovaj motiv koji je u suprotnosti sa zvaničnom politikom države koja se zalaže za jačanje procesa deinstitucionalizacije i otvaranje mogućnosti za izmeštanje ove vrste usluga u lokalnu zajednicu. O slaganju zaposlenih u ovoj vrsti ustanova sa strateškom usmerenošću državne politike ka procesima deinstitucionalizacije brige o osobama sa mentalnim teškoćama, svedoči i poslednja njihova preporuka.

- (f) podsticanjem projekata koji pružaju podršku i osnažuju korisnike da učine iskorak ka samostalnom životu, poput projekta *Kuća na pola puta*;

„Povećala bih broj domova, naročito za pacijente, kao što postoji u Starom Lecu projekat „Kuća na pola puta“, za pacijente koji mogu uz jedan nadzor da funkcionišu. Na primer, 3-4 pacijenta u jednoj kući... postoji medicinska sestra, ali oni su sami. Da je što više takvih projekata, mi bismo onda redukovali broj naših pacijenata, ako ne za 1/3, onda bar za pola. I oni bi imali medicinsku zaštitu i socijalno, ne bi bili kod kuće, kad već nemaju nikoga, i bili bi zadovoljniji, imaju svoje životinje... to se opet svodi na socijalni problem, na tu njihovu resocijalizaciju. Eto, ja bih to menjala.“ (*psihološkinja*)

„Ja mislim da treba tu stigmatizaciju razbiti. Nekada je bilo, takve institucije su na kraju sela, jesmo i mi bili, ova naša psihiatrija je negde bila kod groblja, lokacija jedna takva, na kraj mesta je bilo, i prosto, onako, plašio si se kad ides tamo, jer tamo su ludi... Otprilike, takav odnos imaju građani. Menja se to. Mi sad imamo program izvođenja duševno obolelih lica (gde ima i mentalno retardiranih, sa psihičkim izmenama) u stanove i kuće, mi to zovemo *kucice*, zaštićeno stanovanje, imamo negde oko 20 i nešto. Do sada, prošao je taj projekat, ima više već od 2 godine, do sada nismo, na primer, imali (barem koliko sam ja upućena) problema sa komšijama. Znači da se i ljudi dosta menjaju u odnosu prema duševno obolelim licima, ali mislim da je to i zahvalnost, jer je bilo i preko radija i u medijima, informisanost i direktorka, a i oni su se sami, znači, uverili da takvi ljudi žive među njima, žive i u centru, žive i na periferiji, na više mesta, ima nekih 4-5 lokacija, uvideli su da ništa problematično nisu imali. Mislim da je to najbolji put, kad se ti sam uveriš da taj neko neće ni da te dira, ni da te ubije.“ (*socijalni radnik*)

Ovakva percepcija nekih zaposlenih u ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite za smeštaj osoba sa mentalnim teškoćama, pokazuje da oni prate zvaničnu politiku države usmerenu, makar na načelnom nivou, ka procesu deinstitucionalizacije.

(g) Jačanje veza između ovih ustanova i lokalne zajednice, s jedne strane, i porodica korisnika sa druge, kroz:

(h) obezbeđivanje podrške porodicama koje imaju članove sa mentalnim teškoćama u vidu pomoći negovatelja i otvaranja klubova

„I lokalna samouprava treba da dâ podršku. U smislu klubova, u smislu ne-govatelja.“ (*socijalna radnica*)

(i) otvaranje centara za mentalno zdravlje izvan bolnica

„Ja sam uključena, kao i mojih par kolega i koleginica, u rad Centra za men-talno zdravlje, koji je sastavni deo ove bolnice, ali je izmešten izvan zidova usta-nove, smešten je u centru grada, po uzoru na inostrane modele, kod nas to još nije zaživilo u punoj meri, koliko bi trebalo, ali ima velike koristi od tog centra, jer imamo uvid da su značajno duže remisije pacijenata, jednostavno, to je isto vid destigmatizacije, deinstitucionalizacije. Pacijenti su zadovoljni svojim bo-ravkom, osmišljeno je vreme koje provode тамо, putem raznih rekreativnih i kreativnih radionica, задовољнији су, под контролом су и тераписки, и што се тиче неки drugih edukativnih вештина, не зnam шта бих још рекла... To је пример бо-ravka pacijenata van bolnice, van ustanove, где акценат није стављен само на по-родицу, већ и на друштво, али не у класичном институционалном смислу, већ у смислу подршке, саветovanja, потпунijeg осмишљавања времена. Treba raditi на нивоу државе на разvoju. На primer, по босанском моделу, тамо скоро свака општина има такав центар.“ (*lekarka*)

(j) formulisanje zakonske regulative koja bi regulisala odgovornost porodice prema članu sa mentalnim teškoćama

„Pre svega, бих мало променила законе у смислу да је одговорност и на поро-dici, да се мало да на том значaju. Majka te је родила, створила, одгажала, не можеш tek tako da je napustiš. Ili da se odrekne... Da постоје те zakonske regulative, да не може бити само да је лекар коначано онaj који одговара за pacijente, и који ih čuva.“ (*socijalna radnica*)

(k) edukacija stanovništva

„Jako je važno raditi на edukaciji stanovništva... i bilo čega što bi bilo pra-

vi antistigma-program. Jer, ovako, ako imate antistigma-programe koji su usredsređeni samo na zdravstvo, vi onda imate antistigmu koja pravi stigmu. Imate jednosmernu ulicu, i nemate odgovor na realne životne probleme, tako da sve to mora da ide paralelno, i po nivoima, i mora da se počne mnogo rano. Već od obdaništa morate raditi edukaciju za ljudska prava i sva ostala, kako to već ide.“ (*lekarka*)

# **PERCEPTIONS OF INTERVIEWEES ON THE STANDARDS OF PROVIDING HEALTH SERVICES AND RESPECTING THE STANDARD OF HUMAN RIGHTS OF RESIDENTS IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS**

## **Summary**

*The text reconstructs the perceptions of different social actors involved in the process of medical and social care of patients with mental difficulties who are residents of health and social resident facilities in the territory of the Republic of Serbia on the standards of providing health and social services from the perspective of respecting human rights standards. The analysis is focused on three reference frameworks: (a) institutional, (b) professional and (c) normative framework relating to respecting human rights in the provision of medical and social services. The analysis was carried out based on empirical data collected by focus group interviews with various social actors (doctors, nurses and medical technicians, caregivers, social workers, psychologists, special pedagogues and lawyers who are employed in these institutions, as well as representatives of various stakeholders).*

**Key words:** healthcare system, social system, mental health, human rights

PERCEPCIJE ISPITANIKA O STANDARDIMA PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA I POŠTOVANJA STANDARDA LJUDSKIH PRAVA  
OSOBA U REZIDENCIJALNIM USTANOVAMA



## Literatura:

Ćirić-Milovanović Dragana, Šimoković Lea, Marković Milan, Petrović Mira, Milojević Nataša, Lazarević Snežana, Zavišić Valentina (2012): *Sklonjeni i zaboravljeni: Segregacija i zanemarivanje dece sa smetnjama u razvoju i odraslih osoba sa intelektualnim teškoćama u Srbiji*, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd.

Lečić-Toševski Dušica, Ćurčić Vojislav, Grbeša Grozdanko, Išpanović-Radojković Veronika, Jović Vladimir, Kokora Gordana, Mihailović Goran, Milićević-Kalašić Aleksandra, Stanković Zoran, Stanojković Milan, Vučković Nikola (2005): „*Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja*“, Psihijatrija danas, Suppl., Vol. 37, br. 1, str. 9-25.

*Mapa puta deinstitucionalizacije u Republici Srbiji: mogući način sproveđenja procesa deinstitucionalizacije* (2014), Visoki Komesarijat Ujedinjenih nacija za ljudska prava i Ambasada Kraljevine Norveške u Republici Srbiji, Beograd.

Milačić-Vidojević Ivona i Dragojević (2011): „*Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica*“, *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, Vol.10, br. 2, Beograd, str. 319-337.

Milenković, Miloš, Isidora Jarić i Ognjen Radonjić. 2014. O uticaju benevolentne asimetrije na metodološki dizaj istraživanja. *Antropologija* 14(3): 27-44.

Milenković, Miloš, Isidora Jarić i Valentina Sokolovska. 2014. O nekim teorijsko-metodološkim problemima istraživanja Romske populacije u sociologiji i etnologiji/antropologiji. *Etnoantropološki problem* 9(4): 849-970.

Pejaković Ljubomir i Zajić Gradimir (2014): *Deinstitucionalizacija rezidencijalnih ustanova socijalne zaštite u Srbiji: trenutni status i preporuke za dalje unapređenje procesa deinstitucionalizacije*, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd.

Stefanović Milan, Milovanović Dobrosav, Stefanović Jovana i Dragošan Ivan (2015): „*Vodič za primenu Zakona o inspekcijskom nadzoru*“, Ministarstvo za upravu i lokalnu samoupravu i USAID, Beograd.

Stojanović Snežana i Van der Vilen Hans (2011): *Priručnik za pružaoce socijalnih usluga za osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji: Primena iskustava iz Holandije*, Balkanski fond za lokalne inicijative (BCIF), Beograd.

Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, broj 16/2012. i 12/2013.

Uredba o mreži zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik RS*, broj 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014. i 92/2015.

Wright, E.R., Gronfein, W.P. i Owens, T.J. (2000): „Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients“, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 41/1, pg. 68–90.

# PRIKAZ PROJEKTA „STANDARDI U PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSOBAMA SMEŠTEMIM U REZIDENCIJALNE USTANOVE“

Dr Ranko Sovilj\*

Projekat 'Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove' finansirali su Evropska komisija i Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije. Nositelj projekta je Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM, iz Beograda. Partner na projektu je Udruženje za unapređenje mentalnog zdravlja 'Duševna oaza' iz Vršca. Na projektu je angažovano 7 eksperata iz različitih oblasti, koji se bave ljudskim pravima, zdravstvenom zaštitom, mentalnim zdravljem, sociologijom i antropologijom.

**Ključne reči:** zdravstvena zaštita, mentalno zdravlje, rezidenti, standardi ljudskih prava

Poslednjih godina, Vlada Republike Srbije najavila je deinstitucionalizaciju osoba sa mentalnim smetnjama iz velikih institucija socijalne i zdravstvene zaštite, kao jedan od dugoročnih ciljeva u socijalnoj i zdravstvenoj politici.<sup>1</sup> Nedavne aktivnosti i stavovi predstavnika relevantnih institucija u sistemima socijalne i zdravstvene zaštite, ukazali su da proces zatvaranja rezidencijalnih ustanova, i uključivanje osoba sa mentalnim smetnjama u zajednicu, nije siste-

\* Istraživač-saradnik Instituta društvenih nauka u Beogradu. Rad je rezultat angažovanja na projektu: „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija.

1 Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, *Službeni glasnik RS*, br. 8/2007.

matski razvijen kao prioritetni cilj, te da će biti potrebno mnogo više vremena od očekivanog.

Istovremeno, položaj osoba smeštenim u rezidencijalne ustanove bio je u fokusu interesovanja brojnih međunarodnih tela (Visoki poverenik UN za ljudska prava, Komitet Saveta Evrope), ali i nacionalnih tela (Nacionalni mehanizam za prevenciju torture, Zaštitnik građana, Državni poverenik za ravnopravnost). Svi su istakli značaj u pristupu pružanja zdravstvene zaštite u rezidencijalnim ustanovama, kao i utisak kršenja ljudskih prava usled lišavanja, mučenja i zlostavljanja osoba smeštenih u rezidencijalne ustanove.

U Republici Srbiji usvojeni su Zakon o pravima pacijenata<sup>2</sup> i Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama,<sup>3</sup> 2013. godine, kao *lex specialis*. Međutim, navedeni propisi ne oslanjaju se u potpunosti na usvojene standarde, koji se nalaze u relevantnim međunarodnim izvorima o pravima lica sa mentalnim smetnjama, a naročito Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom,<sup>4</sup> i niza drugih relevantnih dokumenata (Konvencija UN CAT, Izveštaj Specijalnih izvestilaca UN o mučenju i zdравlju, Odbora UN, nacionalnih nezavisnih nadzornih organa itd.). Istovremeno, pomenuti izveštaji i istraživanja ukazali su na brojne propuste i probleme u pristupu, kvalitetu i pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u psihiatrijske i socijalne ustanove u Srbiji. Problemi se, u jednom od skorijih izveštaja, opisuju kao sistemske nedostaci u organizaciji i postupanju prema licima lišenim slobode, poput neadekvatnih smeštajnih uslova u pojedinim kapacitetima, nepostojanja ili nesprovodenja procedura, nedostatka odgovarajućeg psihosocijalnog tretmana, neadekvatne zdravstvene zaštite i kadrovskih nedostataka, koji mogu, naročito u svom kontinuitetu, poprimiti karakter nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja.<sup>5</sup>

Pošto je, novembra 2016. godine, odobren od Evropske komisije, projekat *Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove* imao je za cilj da direktno doprinese ukupnom poštovanju ljudskih prava, kroz upoznavanje sa problematičnom pozicijom osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama, usredsređujući se na jedan od najznačajnijih činilaca njihovog marginalizovanog i viktimiziranog položaja, a to je dostupnost

2 Zakon o pravima pacijenata, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

3 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

4 Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS - Međunarodni ugovori*, br. 42/2009.

5 Izveštaj za 2016. godinu, Nacionalni mehanizam za prevenciju torture, Zaštitnik građana Republike Srbije, Beograd, 2017; dostupno na adresi: <http://npm.rs/attachments/article/711/GI%20NPM%202016%20final.pdf> (21.10.2017).

zdravstvene zaštite, te standardi u tretmanu i poštovanju ljudskih prava. Metodologija istraživanja, stručnih analiza i zaključaka koji su proistekli iz projektnih aktivnosti, išli su, takođe, za tim, da u zdravstvenim i socijalnim ustanovama afirmišu u svetu važeće međunarodne standarde u pružanju zdravstvene zaštite, odnosno da procene meru njihove ispunjenosti u Srbiji, a pre svega, vladajućih načela: poštovanje urođenog ljudskog dostojanstva, poštovanje lične autonomije, uključujući slobodu izbora i ličnu nezavisnost, nediskriminacija, puno i aktivno učestvovanje i uključivanje u društvo, poštovanje razlika i prihvatanje invaliditeta kao dela ljudske raznolikosti i čovečnosti, jednake mogućnosti, pristupačnost i jednakost između muškaraca i žena.<sup>6</sup>

Pitanje kvaliteta i prakse zdravstvene i socijalne zaštite jedan je od prioriteta,<sup>7</sup> s obzirom na to da su mnogobrojna tela prepoznala zbrinjavanje u ustanovama rezidencijalnog smeštaja kao okvir za brojna kršenja, uključujući mučenje i zlostavljanje. Isti primeri (nacionalni i međunarodni) navode da u većini rezidencijalnih ustanova postoje ozbiljne povrede usvojenih standarda kada se radi o pružanju zdravstvene zaštite, a mnoge od tih povreda rezultiraju ozbiljnim posledicama – pogoršanju zdravlja, pa čak i smrti osoba smeštenim u rezidencijalne ustanove. Istovremeno, kao prioriteti projekta, postavljeni su upoređivanje i implementacija međunarodnih standarda u pogledu zaštite i integracije osoba sa mentalnim smetnjama u domaće zakonodavstvo. Naime, premda je usvojen u 2013. godini, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama nije u značajnoj meri inkorporisao međunarodne standarde. Iako bi deinstitucionalizacija trebala da bude krajnji cilj, u prelaznom periodu bilo bi potrebno sprovesti hitne intervencije, u smislu praćenja, poboljšanja i osiguranja prava lica sa mentalnim smetnjama.

Značaj projekta *Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove* jeste to što direktno korespondira sa Pregovaračkim poglavljem 23 (Pravosuđe i osnovna prava)<sup>8</sup> – Izveštaj o izveštavanju Srbije<sup>9</sup> – naročito u vezi sa preporukama koje se odnose na: poboljšanje uslova u psihiatrijskim i socijalnim ustanovama; sprovodenje preporuka Evropskog odbora

6 Član 3 Zakona o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *ibid.*

7 R. Sovilj, „Odgovornost vezana za oblasti sistema zdravstvenog osiguranja i socijalne zaštite“, *Srbija i reformisanje instituta odgovornosti*, Institut društvenih nauka, Beograd 2017, 9.

8 Dostupno na adresi: [https://euinfo.rs/files/Publikacije-srp/35\\_koraka\\_za\\_web.pdf](https://euinfo.rs/files/Publikacije-srp/35_koraka_za_web.pdf) (21.10.2017).

9 Dostupno na adresi: <http://www.europa.rs/upload/2014/Screening-report-chapter-23-serbia.pdf> (21.10.2017).

CPT; usvajanje Zakona o zaštiti osoba sa mentalnim smetnjama u ustanovama socijalne zaštite; unapređenje zaštite i ostvarivanje prava osoba sa smetnjama. Projekat je podržan od Radne grupe za proces deinstitucionalizacije Ministarstva zdravlja. Projekat je podržan i od člana Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, s obzirom na značaj ovog projekta za poboljšanje tretmana i statusa osoba smeštenim u rezidencijalne ustanove u Srbiji.

Projekat se fokusirao na pitanja vezana za izgradnju konsenzusa o spornim ili kontroverznim oblastima politike, s obzirom na to da je položaj osoba sa mentalnim invaliditetom uopšte, a posebno onih koji žive u rezidencijalnim ustanovama, tema mnogih sporova. Nedostatak koordinacije i pažnje, kao i nedostatak u skladu sa usvojenim standardima ljudskih prava, takođe su pitanja koja su u ziži rada na projektu. Takođe, sektor koji se fokusira na jačanje vladavine prava i dobro upravljanje direktno je relevantan za ovaj projekat, uglavnom zbog činjenice da su rezidencijalne ustanove velike javne institucije, pod nadležnošću dva ministarstva – zdravlja i socijalne zaštite.

Problemi sa kojima se projekat susreo su dvostruki. Suštinski problem odnosi se na nedostatke i praznine u sistemskim propisima i izvorima<sup>10</sup> koji regulišu tretmane i pristup zdravstvenoj zaštiti u rezidencijalnim ustanovama. Ovi problemi postoje u pogledu nedostatka posebnih odredbi koje bi usmerile sve zainteresovane strane, negovatelje, pružaoce zdravstvenih usluga, pacijente i staratelje, u smislu sadržaja prava i dužnosti, na to koji su standardi u datom kontekstu. Štaviše, postojeći zakonski okvir je manjkav u standardima koji su usvojeni na međunarodnom nivou, te nije u potpunosti usklađen sa standardima ljudskih prava koji štite i čuvaju prava osoba sa mentalnim smetnjama, posebno onih u smeštenih u rezidencijalne ustanove.

S druge strane, projekat se suočio sa problemima u praksi, koji su otkriveni u pojedinačnim slučajevima, na osnovu izveštaja nezavisnih državnih organa (Nacionalni preventivni mehanizam protiv torture, Zaštitnik građana, Državni poverenik za ravnopravnost). Ovi problemi otkrivaju kršenja ne samo standarda koji su usvojeni i koji još nisu uključeni u postojeći okvir, već i onih standarda koji su u potpunosti priznati u okviru sistema zdravstvene i socijalne zaštite. Ove povrede se odnose na nedovoljan pristup potrebnim zdravstvenim uslugama osobama smeštenim u rezidencijalnim ustanovama (npr. vanredne situa-

---

<sup>10</sup> R. Sovilj, "Odgovornost vezana za oblasti sistema zdravstvenog osiguranja i socijalne zaštite", *Srbija i reformisanje instituta oodgovornosti*, Institut društvenih nauka, Beograd 2017, 10.

cije, stomatološke usluge, spasavanje života, specijalistička nega, terapija itd.). Navedene povrede i nesreće mogu se pripisati pravnim prazninama postojećeg zakonodavnog okvira u Srbiji, te zastarelih odredbi koje se odnose na oblast zdravstvene zaštite u institucijama, nedovoljnom nivou obuke i saradnje među osobljem socijalnih i zdravstvenih službi, koji su pokazali ozbiljan nedostatak svesti o usvojenim standardima i praksama koje nisu u skladu sa trenutnim nacionalnim i međunarodnim izveštajima o ljudskim pravima, ali i nedostatku kadra, stigmatizaciji osoba sa mentalnim smetnjama u društvu, čaki među zdravstvenim profesionalcima.

Projekat se odnosio na nekoliko ciljnih grupa: ♦ lica smeštena u stacionarnim psihijatrijskim i socijalnim ustanovama u Srbiji; ♦ zdravstveno osoblje, socijalni radnici i negovatelji zaposleni u rezidencijalnim ustanovama u Srbiji; ♦ relevantni učesnici u sistemu zdravstvene i socijalne zaštite – donosioci politika.

Projekat se sastojao iz nekoliko celina – potprojekata (tzv. *klastera aktivnosti*).

Glavni cilj prve faze projekta je sticanje znanja i uvida iz različitih relevantnih izvora – pravnih izvora i standarda (nacionalnih, regionalnih i međunarodnih), kao i od ciljnih grupa i krajnjih korisnika – zdravstvenog osoblja i negovatelja u rezidencijalnim ustanovama i krajnjih korisnika. U okviru ove faze projekta sprovedena je detaljna analiza, sa „setom standarda“ za praćenje zdravstvenih usluga osobama sa mentalnim smetnjama. Ovaj segment projekta realizovan je kroz aktivnosti unutar istraživačkog potprojekta, i to: 1) Analizom najsavremenijih odredbi i praksi u pogledu zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijalne ustanove, i 2) Analizom usvojenih i novih standarda koji se odnose na tretman, položaj i prava osoba sa mentalnim smetnjama, koji se nalaze u relevantnim međunarodnim i regionalnim izvorima ljudskih prava.

Istraživačka aktivnost ovog projekta postigla je dva cilja. Kao prvo, analizirani su aktuelni zakonodavni i politički trendovi i stanja u vezi sa dužnostima, sistemskim karakteristikama, sistemskim nedostacima i prazninama, kao i sveobuhvatnim okvirom koji se odnosi na tretman i položaj osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama, kao i drugi sistemski i tehnički nedostaci koji ometaju pružanje zdravstvene zaštite u institucionalnim okruženjima, a koji se tiču organizacije sistema zdravstvenog osiguranja i pružanja usluga *u i iz* rezidencijalnih ustanova. Ovaj cilj postignut je kroz detaljnu stručnu analizu i procenu trenutno važećih propisa: zakona, podzakonskih akata, politika,

strategija i internih akata koji regulišu pružanje zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove. Diskutovanju pitanja posvećena su dva okrugla stola: „Zdravstvena zaštita osoba sa mentalnim poteškoćama u rezidencijalnim ustanovama i van njih, u skladu sa standardima ljudskih prava“ (februara 2017. godine) i „Autonomija i odlučivanje osoba sa invaliditetom u kontekstu zdravstvene zaštite“ (oktobra 2017. godine). Posebna pažnja bila je usmerena na pitanja vezana za autonomiju (pravo na saglasnost), učešće (u donošenju odluka o zdravstvenoj zaštiti), izdavanje i primena preporuka za vaninstitucionalno lečenje, diskriminacija rezidencijalnih pacijenata, kodeks ponašanja u vezi sa medicinskim osobljem u rezidencijalnim ustanovama, kao i pružanje blagovremene i adekvatne zdravstvene zaštite u skladu sa poštovanjem ljudskih prava u Republici Srbiji. Sva obuhvaćena pitanja istražena su sa stanovišta relevantne teorije, zakonodavstva i uporedne prakse, a naročito eminentnih stručnjaka iz oblasti medicinskog prava i drugih oblasti vezanih za položaj osoba sa mentalnim smetnjama.<sup>11</sup> Drugi cilj je sastavljanje i pojašnjenje relevantnih standarda iz međunarodnih i regionalnih instrumenata, u vezi sa očuvanjem i zaštitom autonomije, dostojanstva, nezavisnosti i integriteta osoba sa smetnjama uopšte, kao i onih koji su smešteni u rezidencijalne ustanove, u domenu zdravstva. U ostvarivanju drugog cilja od izuzetnog značaja bili su izveštaji i preporuke nacionalnih nezavisnih tela za praćenje. Kao rezultat gore navedenog istraživanja, jeste objavljena studija sa svim relevantnim pravnim i socijalno-kulturnim analizama.

U okviru druge faze projekta izvršena je detaljna procena diskriminacije, nedostataka i prepreka u pružanju zdravstvene zaštite i lečenja osoba sa smetnjama u razvoju. Rezultati su postignuti kroz sledeće aktivnosti. **1.** Održane fokus grupe u četiri rezidencijalne ustanove, sa medicinskim osobljem, starateljima i administracijom odabranih rezidencijalnih institucija, pružaocima zdravstvenih usluga u vaninstitucionalnim okruženjima unutar opština u četiri gradova u Srbiji (5-10 učesnika po grupi); **2.** Jedna fokus grupa sa stručnjacima i donosiocima odluka u oblasti ljudskih prava i smetnji, zdravstvene zaštite u gradu Beogradu (10 učesnika); **3.** Jedna fokus grupa sa upravljačkim kadrom ustanova, takođe u Beogradu; **4.** Intervjui sa menadžmentom i korisnicima usluga u oda-

---

<sup>11</sup> Na primer, o pitanjima pristanka i prinudnog lečenja videti: J. Radišić, *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004, str. 76 i str. 87; Z. Radivojević, N. Raičević, „Međunarodna zaštita osoba sa mentalnim poremećajem“, *Temida, Septembar* 2007, str. 11-25; „Pravna pitanja zdravstvene zaštite osoba s invaliditetom“ u: *Zabrana diskriminacije osoba sa invaliditetom*, ur. J. Trkulja, B. Rakić, D. Tatić, Beograd, 2012, str. 305-324.

branim rezidencijalnim ustanovama.<sup>12</sup>

Cilj pomenuih aktivnosti bio je da izvrši detaljnu procenu prakse u kojoj se pojavljuju većina kršenja, prepreka i lišavanja, i stekne uvid u iskustva svih glavnih učesnika u datom kontekstu. Procena se, dakle, postigla neposredno, putem fokus grupa i aktivnosti intervjua sa pripadnicima obe strane odnosa – pružalaca zdravstvene zaštite i krajnjih korisnika, odnosno lica sa smetnjama smeštenih u rezidencijalnim ustanovama. Svaka od šest fokus grupe bila je oformljena tako da obezbedi metodološke zahteve u vezi sa strukturom grupe (razlikovanje profesija, pozicija, iskustva i vlasništva nad vlastima) i legitimitet njihovih rezultata. Na osnovu odraćenih fokus grupe došlo se do značajnih informacija u pogledu prakse i iskustva pružalaca zdravstvene zaštite i lica smeštenih u rezidencijalne ustanove. Upravo to je omogućilo nova saznanja u pogledu sistemskih nedostataka koji utiču na rad i život onih koji su u pitanju, koje su kritične tačke u trenutnom stanju, kako bi se problemi rešavali na putu ka konačnoj deinstitucionalizaciji osoba sa mentalnim smetnjama u Srbiji.

Na osnovu prethodno obavljenih istraživanja i fokus grupe, sprovedena je naredna faza projekta – obuka kadrova. Prevashodni cilj ove aktivnosti je bio podizanje nivoa svesti i znanja pružalaca zdravstvenih usluga u rezidencijalnim zdravstvenim i socijalnim ustanovama o usvojenim standardima ljudskih prava osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama, glavnim nedostacima, zloupotrebama i oblicima kršenja njihovih prava. Aktivnosti unutar ove komponente projekta obuhvataju pet jednodnevnih treninga organizovanih za osoblje u odabranim rezidencijalnim ustanovama. Na svim održanim predavanjima kontinuirane edukacije prisustvovao je veliki broj medicinskog osoblja (lekari specijalisti, medicinske sestre, zdravstveni tehničari, farmaceuti) i radnici socijalne zaštite. S obzirom na to da su predavanja akreditovana kod Zdravstvenog saveta Srbije i Komore socijalne zaštite, bio je garantovan visok kvalitet sadržaja obuke. Zdravstveni radnici iz vaninstitucionalnih okruženja takođe su prisustvovali predavanjima u meri u kojoj su uključeni u pružanje zdravstvenih usluga stanovnicima u svojim opštinama.

Predavanja u okviru programa kontinuirane edukacije zdravstvenih i socijalnih radnika održana su u pet rezidencijalnih ustanova na teritoriji Republike Srbije i to: Specijalna psihijatrijska bolnica „Kovin“ u Kovinu, Dom za smeštaj odraslih lica „Gvozden Jovaničević“ u Velikom Popovcu, Dom za duševno

12 Rezultati istraživanja na terenu, fokus grupe I-VI, juna 2017, projekat: *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*, SUPRAM, Beograd, 2016-2017.

obolela lica „1. oktobar“ u Starom Lecu, Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“ u Vršcu i Dom za odrasle „Sveti Vasilije Ostroški Čudotvorac“ u Novom Bečeju. Kako su predavanjima prisustvovali i zdravstveni i socijalni radnici - ostvarena je značajna međusektorska saradnja po pitanju položaja osoba sa mentalnim smetnjama.

Predavanja je održao stručni tim trenera/predavača, koji se sastojao od ekspertata za ljudska prava, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno i medicinsko pravo. Po profesiji, predavači su bili: istaknuti naučni radnici u oblasti zdravstvenog i medicinskog prava, eminentni pravnici i sudija, psihijatar, psiholog, profesor socijalne zaštite. Time je ostvarena značajna međusektorska saradnja, s obzirom da se pomenutoj temi pristupilo sa različitih aspekata. Na taj način, prisutni zdravstveni i socijalni radnici mogli su dobiti značajne informacije o pravima i tretmanu osoba sa mentalnim smetnjama.

Cilj predavanja bio je predstavljanje nalaza iz prethodnih istraživačkih faza projekta: analiza standarda i fokus grupa i intervjeta. Njima se takođe nastojalo da se proširi „skup standarda“, sa ciljem izgradnje kapaciteta i podizanja svesti zdravstvenog osoblja i administracije, da se adekvatnije bave pružanjem zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama, u skladu sa novousvojenim standardima, principima lične autonomije, integriteta, dostojanstva, ljudskih prava osoba sa mentalnim smetnjama.

Oblasti obuhvaćene predavanjima odnosile su se na pitanja od značaja za adekvatno pružanje zdravstvene zaštite koja je više u skladu sa ljudskim pravima osoba sa mentalnim smetnjama i osobama koji su lišene poslovne sposobnosti. Teme su se odnosile na obrazovanje o invalidnosti i ljudskim pravima, lečenje pacijenata pod starateljstvom, sprečavanje maltretiranja i zlostavljanja, osnaživanje osoba sa mentalnim smetnjama, značaj lične autonomije i učešće osoba sa smetnjama u donošenju odluka u vezi sa njihovim zdravlјem u procesu ličnog planiranja, koordinacije i saradnje sa zdravstvenim radnicima u vaninstitucionalnom okruženju, i saradnje sa telima nadzora i organizacijama civilnog društva.

Pojedinačne teme su bile sledeće: Prava korisnika rezidencijalnog smeštaja iz ugla zaštite mentalnog zdravlja; Međusektorska saradnja u pružanju usluga i zaštita prava lica smeštenih u ustanove zdravstvene i socijalne zaštite; Zdravstvena zaštita osoba sa mentalnim poteškoćama u rezidencijalnim ustanovama i van njih, u skladu sa standardima ljudskih prava; Međusektorska saradnja u pružanju usluga i zaštiti prava korisnika rezidencijalnog smeštaja; Nova para-

digma o poslovnoj sposobnosti i saglasnost na tretman kada su u pitanju osobe sa mentalnim teškoćama; Standardi pružanja zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove.

Prisutni zdravstveni i socijalni radnici, koji su učestvovali u ovoj vrsti profesionalne edukacije detaljnije su upoznati sa pravima korisnika rezidencijalnog smeštaja, kako u kontekstu međunarodnih i evropskih dokumenata (Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama iz 1950. godine,<sup>13</sup> Konvencija o ljudskim pravima i biomedicine iz 1997. godine,<sup>14</sup> Povelja o osnovnim pravima Evropske Unije iz 2000. godine,<sup>15</sup> Deklaracija za mentalno zdravlje za Evropu i Akcioni plan mentalnog zdravlja za Evropu iz 2005. godine,<sup>16</sup> Evropski Pakt za mentalno zdravlje iz 2008. godine,<sup>17</sup> Konvencija UN o pravima pacijenata sa mentalnim smetnjama iz 2006. godine<sup>18</sup>), tako i sa postojećom regulativom u domaćem zakonodavstvu (Zakon o pravima pacijenata iz 2013. godine, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama iz 2013. godine, Zakon o socijalnoj zaštiti iz 2011. godine,<sup>19</sup> Strategija za mentalno zdravlje, Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica s mentalnim smetnjama, koje se nalaze na lečenju u psihiatrijskim ustanovama,<sup>20</sup> Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za organizovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici<sup>21</sup>). Time je ukazano na prava lica smeštenih u rezidencijalne ustanove, ali i na njihove dužnosti, te probleme u realizovanju njihovih prava. Prisutni su upoznati i sa postupkom lišavanja i vraćanja poslovne sposobnosti osobama sa mentalnim smetnjama, i saglasnosti na tretman, procedure prijema

13 Zakon o ratifikaciji Evropske konvencije za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda, *Službeni list SCG* – Međunarodni ugovori, 9/2003; Zakon o ratifikaciji Evropske Konvencije za sprečavanje mučenja, *Službeni list SCG* – Međunarodni ugovori, br. 9/2003.

14 Zakon o ratifikaciji Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primene u biologiji i medicini; kraće: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, *Službeni glasnik RS* - Međunarodni ugovori, br. 12/2010.

15 Dostupno na adresi: [http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images\\_files\\_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf](http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images_files_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf)(21.10.2017).

16 EUR/04/5047810/6, January 14.th 2005, Helsinki, Finland.

17 WHO Mental Health Declaration for Europe, 2005; European Pact for Mental Health and Well-being, EU High-level Conference, Brussels 12-13 june 2008.

18 Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Službeni glasnik RS* - Međunarodni ugovori, br. 42/2009.

19 Zakon o socijalnoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, br. 24/2011.

20 Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihiatrijskim ustanovama, *Službeni glasnik RS*, br. 94/2013.

21 Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obavljanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, *Službeni glasnik RS*, br. 106/2013.

i pristanka na smeštaj u ustanovu, pristanka na lečenje, informisane saglasnosti, zaštite privatnosti, vođenja evidencija, uslovima za fiksaciju i izolaciju. Tokom predavanja ukazano je na osnovne principe zaštite mentalnog zdravlja (autonomija, kontinuitet, efektivnost, dostupnost, sveobuhvatnost, jednakost, odgovornost, koordinacija, efikasnost), kao i na organizaciju službe za mentalno zdravlje u Srbiji.

Gore navedena faza aktivnosti ima izuzetan značaj u adresiranju centralno posmatranog problema – rada u institucijama zdravstvene i socijalne zaštite. Poseban značaj ove faze projekta jeste u nastojanju rešavanja problema obukom zdravstvenog osoblja i negovatelja, podizanjem svesti o njihovim dužnostima, primeni predloženih standarda i značaju tretmana osoba sa mentalnim smetnjama.

Ukupno posmatrano, projekat ima za cilj poboljšanje i osnaživanje poštovanja ljudskih prava ove društveno marginalizovane grupe, na putu ka deinstitucionalizaciji osoba sa mentalnim smetnjama.

Tokom trajanja projekta, učesnici su sagledali i rezimirali svoje iskustvo tokom preuzimanja brojnih aktivnosti, nalaza iz faza istraživanja i analiza, te praktičnih obuka, kako bi završili projekat sa nizom predloženih specifičnih i adekvatnih preporuka relevantnim telima u sistemu. Takođe, u dva navrata partneri su organizovali okrugle stolove – prvi okrugli sto, koji se bavio širim konsultacijama sa glavnim učesnicima, kao i svim zainteresovanim subjktima, a drugi okrugli sto bio je organizovan za raspravu o preliminarnim nalazima iz prvih faza projekta, pre izrade preporuka. Konačne preporuke saopštene su javnosti na završnoj konferenciji koju su organizovali partneri projekta, i koja je bila otvorena za medije, političke predstavnike, predstavnike organizacije civilnog društva i druge.

Može se konstatovati da je projekat imao trostruki uticaj: na nivo istraživanja, stepen prakse i nivo kreiranja politike i zakona.

Kao prvo, aktivnosti predviđene projektom imaju za cilj da utiču na znanje koje postoji u pogledu položaja osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama, njihovim potrebama i pravima u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Takođe, doprinosi razumevanju i kombinaciji različitih standarda koji se odnose na predmetnu temu. Ovakvo znanje i rad nedostaju, i postoji potreba da se popuni taj nedostatak. Teoretski i naučni doprinos, čak i ako je pomoćna aktivnost u ovom projektu, služi informisanju kako naučne zajednice, tako i donosilaca odluka o datom problemu i mogućem rešenju.

Drugo, projekat je nastojao da postigne konkretan i direktni uticaj na tekuće

prakse u odnosu na položaj i tretman osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnom smeštaju i pružanju zdravstvene zaštite njima. Ovo se postiglo kroz niz aktivnosti koje su direktno usmerene na podizanje svesti, unapređenje znanja i povećanje senzibiliteta zdravstvenog osoblja i negovatelja u rezidencijalnim ustanovama u kontekstu standarda ljudskih prava, standarda ponašanja i poštovanja autonomije i integriteta osoba sa mentalnim smetnjama. Ovaj neposredan uticaj postignut je kroz pet jednodnevnih treninga u rezidencijalnim ustanovama sa velikim brojem prisutnih učesnika.

Treće, konačni rezultat projekta formulisan je u obliku završne studije i konkretnih i implementirajućih preporuka i politika. Prikupljeni rezultati potencijalno mogu uticati na kreatore politike u relevantnim ministarstvima i šire javnosti. U cilju borbe protiv negativnih praksi pružanja zdravstvene zaštite osobama u institucionalnim okruženjima, koje ponekad predstavljaju teške prekršaje kao što je zlostavljanje, rezultati projekta mogu uticati na donosioce odluka, informišući šиру javnost i doprinoseći sveukupnoj svesti o važnosti borbe protiv diskriminacije i kršenja prava osoba sa mentalnim smetnjama, pre, tokom i nakon procesa deinstitucionalizacije. Kao takvi, ovi instrumenti imaju za cilj unapređenje okvira koji reguliše pružanje zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama.

Opravdanost projekta ogleda se u promovisanju metoda za bolje sprovođenje zakona i politika, kao i promovisanje usvojenih standarda koji nisu implementirani u datoј oblasti. Rezultati projekta predstavljajuće dragocena sredstva u budućem procesu deinstitucionalizacije, posebno u svetu tretmana i poštovanja prava osoba sa mentalnim smetnjama, njihovoj integraciji i učešću u donošenju odluka i očuvanju njihovog zdravlja.

Na kraju, posebna vrednost projekta i dobijenih rezultata istraživanja prakse rezidencijalnih ustanova, ogleda se svakako i u intersektorskom pristupu (usluge zdravstvene i usluge socijalne zaštite) koji ukazuje na neophodnost jačanja veza i koordinacije u radu, a sve za dobrobit korisnika rezidencijalnih usluga, čime i same usluge dobijaju na kvalitetu i zakonitosti u njihovom radu.

# **OVERVIEW OF THE PROJECT 'SECURING HEALTH CARE IN LINE WITH HUMAN RIGHTS STANDARDS FOR PERSONS WITH DISABILITIES IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS IN SERBIA'**

## ***Summary***

*Project “Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia” was financed by the European Commission and the Office for Cooperation with Civil Society of the Government of the Republic of Serbia. The project holder is the Association of Lawyers for Medical and Health Law of Serbia – SUPRAM from Belgrade. The partner on the project is the Association for the improvement of mental health “Mental Oasis” from Vrsac. The project involved 7 experts from various fields dealing with human rights, health care, mental health, sociology and anthropology.*

***Key words:*** *health care, mental health, residents, human rights standards*

## \*\*\* PRILOG – INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA \*\*\*

### I Uvod

Svrha: Međusobno upoznavanje i objašnjavanje svrhe fokusgrupnog intervjuja.  
Definisanje pravila ponašanja. Od svakog učesnika se traži da kaže nešto, kako bi se olakšala komunikacija tokom intervjuja.

Dobar dan, moje ime je \_\_\_\_\_, i ja ću biti moderatorka ovog razgovora. Moj zadatak je da moderiram tok razgovora, i da vodim računa o tome da pokrijemo sve važne teme koje ćemo danas pokrenuti, kao i da svakom učesniku pružim priliku da kaže najvažnije od onog što misli i oseća. Cilj našeg današnjeg okupljanja jeste da utvrdimo sa kakvim se sve društvenim, pravnim i institucionalnim problemima susreću rezidencijalni pacijenti oboleli od mentalnih bolesti u Srbiji danas. Želim da čujem Vaša mišljenja, mišljenje svakog učesnika je podjednako važno, a vaši odgovori se ne vrednuju na nivou tačnih i pogrešnih odgovora. Vaši odgovori će pomoći u analizi i formulisanju preporuka kako da se zakoni i institucionalne procedure približe pacijentima i na adekvatniji način odgovore potrebama pacijenata, njihovih porodica i zaposlenih u rezidencijalnim institucijama. Volela bih da mi kažete sve što smatrate da je važno i u vezi sa temom našeg razgovora, čak i ako vas to nismo pitali.

Hvala Vam što ste našli vremena da učestvujete u ovom razgovoru. Kao što ćete videti, pokrenućemo više različitih tema, a ja Vas molim da o svakoj od njih slobodno raspravljamo i pritom poštujemo i ona gledišta koja se razlikuju od naših.

U tom smislu kratko ću Vam predstaviti neka od osnovnih pravila koja ćemo poštovati tokom ove grupne diskusije:

**Uvažavanje razlika.** Sigurna sam da ćete ovde možda čuti mišljenja i stavove sa kojima se Vi ne slažete. To je sasvim u redu i očekivano, i nadam se da ćete se, ako nađete za shodno, suprotstaviti takvim mišljenjima ili stavovima na uljudan i primeren način. Isto tako, može se desiti da tokom razgovora promenite svoje dosadašnje stavove o nekoj temi, zbog toga što ste čuli neki novi argument. Molim Vas da mi slobodno kažete, ukoliko se to desi.

**Važno pravilo: uvek govori samo jedna osoba.** Zbog toga što poštujemo svačije mišljenje i zbog toga što želimo da svi čuju ono što je neko rekao, osnovno pravilo ovog razgovora jeste da u svakom trenutku govori samo jedna osoba.

Želimo da ovaj razgovor protekne u dobroj atmosferi uzajamnog poštovanja. Stoga je važno da uvažavate osobu koja govori i da sačekate da ona završi sa onim što je htela da nam kaže.

**Poverljivost/anonimnost.** Ovaj razgovor je potpuno anoniman, i sve što nam kažete smatraćemo da je krajnje poverljivo. Nikada nećemo dovesti u vezu vaše stvarno ime i prezime sa onim što ste ovde kazali. Ukoliko budemo navodili neko Vaše mišljenje, uz njega ćemo navesti neko izmišljeno ime ili izmišljeni nadimak ili šifru ispitanika. Na taj način, niko neće biti u stanju da vaše stvarno ime dovede u vezu sa onim što ste ovde rekli. Vi ste sasvim slučajno izabrani da postanete član ove grupe, i mi veoma cenimo što ste našli vremena da nam se pridružite. Pored mene se nalazi ovaj mali diktafon, kakav koriste i novinari. Diktafon će mi pomoći da tačno zabeležim vaše reči. Na osnovu tog zvučnog zapisa niko, sem mene, neće biti u stanju da rekonstruiše ko od vas je šta tačno rekao. Diktafon koristimo samo zbog toga što nam je važna svaka Vaša reč i hoćemo da ih zabeležimo. Na taj način, ne moram da zapisujem ono što gorovite i mogu da se usredsredim na tok same diskusije.

Vi ovde predstavljate sebe, ali i ljude koji se ne nalaze u ovoj prostoriji, druge osobe koje rade sa obolelima od mentalnih bolesti. Na izvestan način Vi ovde reprezentujete i njih, i pored Vašeg mišljenja o pojedinim temama o kojima ćemo razgovarati, možete slobodno da iznosite i njihova mišljenja i stavove, ukoliko su vam poznati.

Možete da gorovite potpuno slobodno, nama je važno da Vas čujemo.

Želim da se svi dobro osećaju – razumem da je ovo sasvim novo iskustvo za Vas, ali se nadam da će Vam biti zanimljivo.

**Učesnici se predstavljaju.** Krenimo redom oko stola. Recite nam nešto o sebi, ako želite, kako se zovete, koliko dugo radite sa obolelima od mentalnih bolesti? Bilo šta što nam može pomoći da se bolje upoznamo da bismo što uspešnije obavili ovaj razgovor.

**(MODERATORKA BI TREBALO PRVA DA SE PREDSTAVI, DA KAŽE SVOJE IME I PAR OSNOVNIH PODATAKA O SEBI I O TOME GDE RADI; NA KRAJU BI TREBALO, NA ISTI NAČIN, DA SE PREDSTAVI I ASISTENT-MODERATORKA, ČIJI JE ZADATAK DA SNIMA RAZGOVOR)**

## **II tematska oblast - Institucionalni standardi**

**Svrha:** U ovom delu razgovora treba prikupiti informacije od ispitanika (zaposlenih u institucijama) o tome kako se sprovode prakse inspekcijskog, stručnog i internog nadzora zaposlenih u institucijama, kao i njihovo mišljenje o smislu i učinkovitosti ovih institucionalnih praksi.

### **1. Inspekcijski nadzor**

- Da li je u Vašoj instituciji sproveden inspekcijski nadzor od strane nadležnog ministarstva u protekloj godini? U prethodne tri godine?
  - Da li se nadzor vrši samo po prijavi, ili postoji redovni plan sproveđenja kontrola koji usvaja i sprovodi ministarstvo?
  - Kakva su bila Vaša iskustva sa inspekcijskim nadzorom? Da li smatrate da je na adekvatan način sačinjen zapisnik, i da li ste imali priliku da se sa njim upoznate?
2. Stručni nadzor
- Da li je u Vašoj instituciji sproveden stručni nadzor u poslednjih godinu dana? U poslednje tri godine?
  - Da li je neka vanredna okolnost dovela do sproveđenja ove vrste kontrole? Kakva?
  - Da li ste dobili preporuku za unapređenje kvaliteta svog rada tokom i/ili nakon ove vrste nadzora? Da li je ova preporuka unutar Vaše institucije prepoznata kao korisna ili ne? Da li je nešto od ovih preporuka implementirano u radu Vaše institucije?
  - Da li Vas je ikada neki državni organ kontrolisao u pogledu načina na koji se čuvaju medicinski kartoni-dosijei vaših pacijenata/štićenika? Kada i ko? Da li ste dobili posebna uputstva sa tim u vezi od vaših nadređenih, ili od nadležnog ministarstva?

### 3. Interni nadzor

- Koja vrsta internog nadzora se sprovodi nad različitim aspektima Vašeg rada u okviru ustanove u kojoj radite?
- Da li se, i na koji način, vodi evidencija o ovom nadzoru?
- Šta su, po Vašem mišljenju, prednosti, a šta mane internog nadzora u Vašoj instituciji?

## III tematska oblast - Profesionalni standardi

Svrha: *U ovom delu razgovora treba prikupiti informacije od ispitanika (zaposlenih u institucijama) o praksama koje se prepoznaju kao uobičajene i poželjne unutar profesionalne zajednice zaposlenih (lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja i zaposlenih u upravama institucija koje su u fokusu našeg istraživačkog interesovanja) u radu sa pacijentima sa mentalnim teškoćama.*

### 1. Potrebe pacijenata i odgovor zaposlenih na njih

- Da li je ustanova u kojoj radite u stanju da zadovolji sve potrebe Vaših pacijenata? Za kojom vrstom zdravstvenih i socijalnih usluga pacijenti/korisnici najviše imaju potrebe u rezidencijalnim ustanovama?
- Na koji način Vaša ustanova zadovoljava potrebe pacijenata na koje nije u stanju da odgovori unutar ustanove? Kakva je, načelno, komunikacija sa pružaocima usluga u zajednici; responsivnost zajednice na zahteve korisnika, tj. ustanove za potrebe korisnika?

Na primer: Kada je lice smešteno u ustanovi socijalne zaštite, koliko ustanova urgentno reaguje na neku od zdravstvenih potreba korisnika? Kojoj vrsti zdravstvenih službi/ustanova/institucija se Vaša institucija obraća za pomoć, i da li one odgovaraju na poziv, i kojom brzinom? Kada je lice smešteno u ustanovu socijalne zaštite, postoji li mogućnost za korišćenje usluga psihijatara u zajednici, centra za mentalno zdravlje u zajednici?

- Kojom dinamikom se korisnici/pacijenti vode na *specijalističke pregledе van ustanova*? Da li se vode pojedinačno, ili se čeka da se sakupi

određeni broj pacijenata za zajednički odlazak u jednom navratu? Da li ste imali poteškoće u saradnji sa specijalističkom službom u zajednici, van ustanove? A sa službom hitne pomoci? Da li se dešavalo da službe van ustanove odbijaju da pregledaju/leče korisnike iz ustanove? Ako da, koje su razloge navodili?

- Da li se *komunikacija* sa kolegama iz drugih institucija/ustanova odvija neformalnim ili formalnim putem?
- Šta bi u *proceduri komunikacije*, u cilju uspostavljanja bolje responsivnosti na potrebe korisnika/pacijenata, trebalo promeniti? Gde su „uska grla“, po Vašem mišljenju?

## 2. Evaluacija rada zaposlenih

- Da li se, i na koji način, u Vašoj instituciji sprovodi *interna evaluacija rada*? Postoje li mehanizmi unutrašnje provere kvaliteta/ samoevaluacije u ustanovama?
- Kakva su iskustva sa njom? Da li je u prethodnom periodu ona dovela do nekih sistemskih promena u radu?

## IV tematska oblast - Standardi poštovanja ljudska prava

Svrha: U ovom delu razgovora treba prikupiti informacije od ispitanika (zaposlenih u institucijama) o njihovim znanjima vezanim za prava pacijenata, zaštiti prava pacijenata, kao i njihova mišljenja o mogućim pravcima unapređivanja zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim teškoćama.

### 1. Prava pacijenata

- Da li ste i koliko upoznati sa *ljudskim pravima pacijenata* uopšte? Da li ste i koliko upoznati sa ljudskim pravima pacijenata sa mentalnim (intelektualnim i psihičkim) teškoćama? Da li imate saznanja o standardima zaštite prava osoba sa mentalnim teškoćama u domaćim i međunarodnim pravnim aktima?
- Da li poznajete koncept *poslovne sposobnosti*?

- Da li imate saznanja kakva je veza između poslovne sposobnosti i prava pacijenata, kao i pristanka na tretman?
- Da li osobe sa mentalnim teškoćama imaju pravo na *pristanak* na medicinsku meru? Kako se taj pristanak može pribaviti? Da li ste pribavljali pristanak od korisnika koje lečite/negujete? Ako da → u kojim slučajevima? Ako ne → zbog čega ne? Kakva su Vaša iskustva sa osobama koje žive u ustanovama koje odbijaju da prime medicinsku meru (uzmu lekove, dobiju vakcinu, budu pregledani...)? Kako rešavate slučajeve odbijanja tretmana?
- Da li se dešavalo da se u tretmanu osobe sa mentalnim teškoćama Vaše mišljenje i pristup sukobljava sa mišljenjem Vaših kolega i/ili saradnika? Šta je u takvim momentima presudilo u korist jedne odluke?
- Koje mere *prisile* se koriste radi sprovođenja medicinskih mera nad osobama u Vašoj ustanovi? Da li se mere prisile koriste radi sprovođenja medicinskih mera, ili radi smirivanja uznemirenih pacijenata/korisnika, da ne bi naškodili sebi/drugima?
- Da li osobe koje lečite i negujete često ili retko ili nikad obavestite o meri koju nameravate da preduzmete? Da li su korisnice obavestene o kontraceptivnim merama/medikamentima koje se nad njima primenjuju?
- Da li imate običaj da tražite *pristanak staratelja* za određene medicinske mere? Ako da → koliko često, i u kojim slučajevima? Ako ne → zbog čega ne? Da li se dešavalo da imate poteškoću da pribavite pristanak od staratelja?
- Da li su korisnicima na raspolaganju mehanizmi pritužbe na tretman? Koji?
- Da li ste upoznati sa radom Nacionalnog mehanizma za prevenciju torture? Da li ste imali iskustvo sa ovim mehanizmom?

## 2. Zaštita prava pacijenata

- Da li je u Vašoj ustanovi sprovedena *kontrola* od strane stručne službe Zaštitnika građana i/ili Nacionalnog mehanizma za sprečavanje torture? Kakva su Vaša iskustva sa ovom kontrolom? Koji su bili zaključci i preporuke? Da li ste imali uvid u njih? Da li ste u vezi sa njima dobili uputstva od uprave Vaše institucije? Da li je o njima bilo razgovora na sastancima zaposlenih?
- Da li u Vašoj instituciji postoje mehanizmi za podnošenje pritužbi pacijenata na tretman i pruženu uslugu? Na koji način? Da li ste imali situaciju da je neko od Vaših pacijenata/korisnika tražio da se savetniku za prava pacijenata dostavi njegova pritužba? Da li ste u vezi sa pritužbom ikada imali kontakt sa Savetnikom za prava pacijenata u lokalnoj samoupravi?
- Da li smatrate da su pacijenti dovoljno informisani o svojim pravima? Šta je po Vašem mišljenju potrebno da pacijenti steknu bolji uvid u svoja prava?
- Da li je unutar Vaše institucije bilo slučajeva da su se pacijenti žalili na povredu svojih prava iz oblasti zdravstvene zaštite?

## 3. Unapredovanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim teškoćama

- Koje su poteškoće koje prepoznajete u pružanju zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim teškoćama? Koje su poteškoće u tom procesu?
- Koje su specifičnosti u pružanju zdravstvene zaštite ili nege osoba sa mentalnim teškoćama *u i van* ustanove? Koje biste istakli?
- Na koji način biste Vi unapredili zdravstvenu zaštitu lica sa mentalnim smetnjama?
- Da li je, po Vašem mišljenju, potrebna neka dodatna edukacija lekara iz ove oblasti? Kakva?
- Šta lekari mogu da urade i promene u odnosu na stav društvene zajednice prema licima sa mentalnim smetnjama?

CIP - Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

342.726-056.34(082)  
364-787.22-056.36(082)

OBEZBEĐIVANJE zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama u skladu sa ljudsko-pravnim standardima / [urednici Marta Sjeničić, Milan Marković]. - Beograd : Institut društvenih nauka, Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije - SUPRAM, 2017 (Beograd : Finegraf).

- 219 str. ; 25 cm

“Ovaj tematski zbornik rezultat je projekta ‘Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove’, koji je finansijski podržala Evropska unija uz sufinansiranje Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije.”--> kolofon. -  
Tiraž

500. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. - Summaries.

ISBN 978-86-80456-02-7

1. Сјеничић, Марта [уредник]

a) Особе са сметњама у менталном развоју - Правна заштита - Зборници b)

Особе са сметњама у менталном развоју - Социјална заштита - Зборници

COBISS.SR-ID 251560460



Evropska unija



Republika  
Srbija



Kancelarija za saradnju  
sa civilnim društvom

Projekat "Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijane ustanove Srbije, u skladu sa ljudskopravnim standardima", finansirala je Evropska unija uz sufinansiranje Kancelarije za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije