

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

Korespodencija

Dr Marta Sjeničić
e-mail: office@supram.org.rs
Web: 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.

OBEZBEĐIVANJE 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

MEDUSEKTORSKA 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 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 koje se vidi međuuslovljenost 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 a 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 zaštiti¹ i Zakonu o zdravstvenom osiguranju². U osetljive društvene grupe svakako potpadaju 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 invaliditetom³. 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 deinstitutionalizacije ili preveniranju ulaska u institucije⁴. O potrebi za međusektorskom 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 Srbije⁵, 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 deinstitutionalizacije, 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 da 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 da 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.⁶ Prilikom prijema, na osnovu obavljelog intervjua 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 podnosilac/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 sistematičnoj 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 istovremno i kombinovano sa uslugama koje pružaju obrazovne zdravstvene i druge ustanove.⁷ Protokoli, međutim, nisu obavezujuća regulativa, i obično nisu detaljno razrađen dokument. U tom smislu, međusektorsku 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 opštijeg i manje obavezujućeg karaktera, a ugovori precizno definišu prava i obaveze ugovornih strana, kao i posledice koje proizilaze iz njihovog neispunjenja. U tom smislu bi trebalo međusektorsku 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 ustanove, 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 propišu 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 korisnicima⁸.

Kada se radi o saradnji između zdravstvenog i socijalnog sektora, ona ni u drugom smeru nije zadovoljavajuća. Na primer, psihijatrijska ustanova dužna je da obavještenje 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.⁹ S obzirom na to da ne postoji obaveza

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

8 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

9 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.¹⁰

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.¹¹ Uprkos naprecima u brizi za mentalno zdravlje u zajednici, u poslednjih 50 godina i više, institucionalno zbrinjavanje još je uvek veoma prisutno.¹²

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

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

11 *Zajedničke evropske smernice o tranziciji iz institucionalnog zbrinjavanja u zbrinjavanje u zajednici*, European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, November 2012, Belgium, ISBN 978-86-7728-197-7, str. 11.

12 G. Thorinicroft, G.Symukler, 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.¹³ S obzirom na otvoren 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.¹⁴ 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.¹⁵ 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.¹⁶ 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.¹⁷ Porast se uviđa i u broju korisnika ovih usluga u 2015. godini u odnosu na 2012¹⁸, 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.¹⁹

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)²⁰, 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 popunjenosti 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, Ki-Kinda, 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.²¹ 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 propišu 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.²²

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 kadrovskih, organizacionih i finansijskih kapaciteta koji bi podržali deinstitucionalizaciju, ili zbog nedovoljne povezanosti sistema u naporima ka zbrinjavanju 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.²³ 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 lišen 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...*²⁴

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 biva-ju, brže nego što to njihovo zdravstveno stanje dopušta, vraćani u ustanove.²⁵ Iz

24 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.

25 *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 pratnji 24 časa, jedan ili dva zaposlena u psihijatrijskoj 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 odvođe 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, zaštititi i osigura puno i jednako 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 eksploatacije, zlostavljanja, 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 zalazi 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 ovoj, 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 svođenju 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) *sprečiti diskriminatorско 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 psihijatrijskih 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 ljude 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 zaštite²⁶, Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja²⁷, Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji²⁸, Zakon o socijalnoj zaštiti²⁹, Zakon o pravima pacijenata³⁰, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama³¹, Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom³², Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom³³, 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 invaliditetom³⁴, Zakon o socijalnom stanovanju³⁵, Zakon o igrama na sreću³⁶, Zakon o finansiranju lokalne samouprave³⁷, Zakon o državnoj upravi³⁸, Zakon o opštem upravnom postupku³⁹, 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 postupku⁴⁰, 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, predlagača 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 izveden 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.

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

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

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

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

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

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

40 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 sprovesti kontinuiranu edukaciju u pravosudnom sektoru – sudija i veštaka psihijatarata 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 psihijatarata, dozvoljeno i pribavljanje obaveštenja i od drugih fizičkih i pravnih lica koja raspolazu 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.⁴¹ 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 prouzrokovan bolešću, 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.⁴²

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 grupa 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-

42 *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.⁴³ 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.⁴⁴

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 (funktionalni 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.⁴⁵

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 međuuslovljenost 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 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.

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 the UN Convention on rights of persons with disabilities. Convention points out all the rights relevant for every persons life in an comprehensive way, which shows interdependence of these rights. In order to realise them, separately and in corelation with other rights, it is necessary that the different systems are also corelated, since they meet the needs of population, general, as well as this vulnerable group. Corelation is even more important for people with mental and intelectual 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, continous education of the participants in the service delivery system is also necessary. The content of continous education should be focused to the rights of persons with mental and intellectual disabilities, as well as to the possibilities of ther realisation within different systems. Besides, there is a need for continous improvement of different services in the community, in order to enable easier social inclusion of people with mental and intelectual 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*