

Марта Сјеничић
Институт друштвених наука
Београд

УДК: 614.2:347
Сврхуни рад
Примљен: 21. 2. 2012.

ПРАВНИ И ИНСТИТУЦИОНАЛНИ АСПЕКТИ ЗАШТИТЕ ПСИХИЈАТРИЈСКИХ БОЛЕСНИКА

Принципи медицинској права који важе у тојово свим областима медицинској делања се, донекле, ојраничавају у области менталној здравља. Када се принцип аутономије воље и право самоодређења у односу на сојсјвено тело и здравље ојраничавају, треба водити рачуна о томе да ово ојраничење буде ојравдано и под својој пројисаним условима. Такође треба водити рачуна о тојшовању пацијентовој права на заштити, права на добру негу и права на развој. Да би се психијатријски болесници збринули комјлейно и на прави начин, тојребно је усјосјавити и адекватан инјшјуионални оквир, што, међушм захјева додајна улајања у здравјвени сисјем.

Кључне речи: психијатријски болесници, ментално обољење, право на самоодређење, право на заштити, инјшјуионални оквир

* * *

Адекватно лечење психијатријских болесника у Србији, али и у другим земљама, условљено је решавањем различитих правних и институционалних проблема. Правни проблеми које треба решити су делимично теоретске, али, у великој мери, практичне природе. Ради се, са једне стране, о дефинисању менталног здравља и болести, те постојању права менталног здравља. Са друге стране, врло је битно јасно утврдити начин на који се правни принципи медицинског права примењују у области менталног здравља. Условљени специфичностима менталних болести, ови су принципи модификовани и њихова је примена различита од примене у другим областима медицинског делања.

Поред правних, важно је решити и институционалне проблеме збрињавања психијатријских болесника. У свету, а и код нас настоји се да се служба за ментално здравље реорганизује. Поред измене правне регулативе, реорганизација захтева испуњење неких предуслова на терену, јер се не ради о измени детаља, него о промени читавог система функционисања служби за ментално здравље.

1. Право менталног здравља

Постојање права менталног здравља, као дела медицинског права, спорно је у литератури. Правни традиционалисти врло често не прихватају ни постојање медицинског права као посебне гране права, већ га сврставају у грађанско, кривично или административно право. Међу ауторима који признају постојање медицинског права као посебне гране права, има оних који сматрају да ментално здравље захтева постојање специјалног права, јер се руководи принципима другачијим од основних принципа заступљених у медицинском праву. Медицинско право, наиме, као један од својих основних принципа наводи принцип аутономије воље, односно нужност постојања сагласности информисаног пацијента на сваки медицински захват. Право менталног здравља, међутим, у одређеним случајевима дозвољава принудно задржавање и лечење ментално оболелих људи, чак и ако су способни да дају пристанак. Тиме се оно разликује од медицинског права уопште. Најчешћи разлог који се пружа како би се оправдало овакво кршење принципа аутономије воље је неопходност заштите опште јавности од опасних ментално оболелих људи, и/или неопходност заштите ментално оболелих од себе самих (Herring, 2010: 552).

Са друге стране, критичари концепта менталног здравља – „антипсихијатри“ – сматрају да су изрази - ментално здравље и ментално обољење, врло непоуздани појмови са становишта друштва. Постоје примери да се 1851. године у САД болешћу сматрала тзв. „драпетоманија“, која је описивала тенденцију црних робова да беже од својих господара. Неки аутори сматрају да психички поремећаји нису болести, већ понашања које вређају или нервирају друге људе. Има се представа о томе како би људи требало да се понашају, а уколико не чине тако, сматра се да болују од менталног обољења. У том смислу је, сматрају критичари концепта менталног здравља и болести, психијатрија важан начин социјалне контроле (Breeding, 2011: 4). Концепту менталног здравља се ставља и приговор да су проблеми са менталним здрављем реакција нормалних људи на ненормалне социјалне притиске или стресне породичне ситуације. За оне који прихвате да болују од менталног обољења и да треба да се лече, сматра се да су на путу ка излечењу. Они, пак који се супротстављају својој дијагнози и негирају болест третирају су као проблематични и сматра се да им је потребно лечење (Szasz, 2008: 54).

Без обзира да ли се прихвата или не прихвата постојање права менталног здравља, чињеница је да су менталне болести доста распрострањене и учестале. Чињеница је, такође, да се код ментално оболелих лица често примењују принципи који одударају од класичних принципа медицинског права.

2. Примена различитих правних принципа и права пацијената у области менталног здравља

2.1. Принципи аутономије воље и право самоодређења

Право самоодређења проистиче из принципа аутономије воље који је прокламован у већини устава. Право на самоодређење, у контексту медицине, значи да пацијент мора бити информисан и на основу адекватне информације може доносити одлуку да ли жели или не жели да се на њему предузме одређена медицинска мера. Правни поредак не допушта лечење противно изричитој вољи пацијента, те, уколико ова недостаје, лекар треба да одустане и од третмана који је витално индикован. Није, наиме, одлучујућа медицинска индикација начина лечења, него воља пацијента. Само је она у стању да оправда захват у пацијентово тело. Принудно лечење је допуштено само у изузетним случајевима (Радишић, 2003: 35). Уколико је лекар, без важеће сагласности, услед пропуштеног или недовољног информисања пацијента, обавио неки захват и ако се ризик, због кога је обавештавање било потребно, остварио, онда лекар треба да плати накнаду настале штете (Deutsch, 2003: 185). Уколико је лекар, пак, без важеће сагласности обавио захват, а ризик због кога су обавештавање и пристанак били потребни, се није остварио, пацијент такође може истаћи да му је повређено право самоодређења. У овом случају, међутим, лекар може истаћи приговор да би пацијент пристао на интвенцију да је био обавештен о њеним ризицима. Терет доказивања ове тврдње пада на лекара.

Закон о здравственој заштити РС (2005, 2009, 2010, 2011), у поглављу које говори о правима пацијената, уређује и право на самоодлучивање и пристанак. У том смислу, чланови 31-35 Закона уређују да пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Без пристанка пацијента не сме се, по правилу, над њим предузети никаква медицинска мера. Закон уређује да се медицинска мера противно вољи пацијента, односно заступника пословно неспособног пацијента, може предузети само у изузетним случајевима који су утврђени законом и који су у складу са лекарском етиком. Пацијент има право да предложено медицинску меру одбије, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот. Ако је пацијент малолетан или је лишен пословне способности, медицинска мера над њим може се предузети уз обавештење и пристанак његовог законског заступника (родитељ, усвојитељ или старатељ). Надлежни здравствени радник који сматра да законски заступник пацијента не поступа у најбољем интересу детета или лица лишеног пословне способности дужан је да о томе одмах обавести орган старатељства. Дете које је навршило 15. годину живота и које је способно за расуђивање може само дати пристанак на предложено

медицинску меру. Пословно неспособан пацијент треба и сам да буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску меру, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање.

Према члану 32, став 2 Закона о здравственој заштити, пристанак коме није претходило потребно обавештење не обвезује, а надлежни здравствени радник који предузме медицинску меру у том случају сноси ризик за штетне последице.

Чланом 256 и 259 Закона предвиђена је новчана казна за здравственог радника и здравствену установу, уколико „пацијенту не да обавештење које је потребно да би пацијент донео одлуку о пристанку или непристанку на предложену медицинску меру.....“.

2.2. Примена права самоодређења у области менталног здравља

Напред су наведена општа правила која се тичу права на пристанак и самоодређење. Закон о здравственој заштити, међутим, чланом 44, изричито установљава изузетак од општих правила. Овим чланом се уређује да доктор медицине, односно специјалиста психијатар, односно специјалиста неуропсихијатар могу упутити болесника на болничко лечење без пристанка самог болесника, *ако је природа душавне болести код болесника таква да може да угрози животи болесника или животи других лица или имовину*. У том случају надлежни доктор медицине одговарајуће стационарне здравствене установе болесника прима на болничко лечење, без његовог пристанка, с тим да наредног дана по пријему, конзилијум стационарне здравствене установе мора да одлучи да ли ће се болесник задржати на болничком лечењу. То значи да право на самоодређење није безгранично. Ово ограничење треба, међутим, примењивати онда када не постоји адекватна алтернатива, и под условом да постоји пропорционалан баланс између кршења права на самоодређење и последица тога. Такође је потребно да се испуни услов да се са кршењем права самоодређења стане оног момента када више не постоји потреба за тим (Frederiks, 2007: 152).

Европски суд за људска права је искристалисао минимум услова који се траже да би ограничење слободе ментално оболелог лица било допуштено: 1) да је неспорно доказано постојање менталне болести и то од овлашћене здравствене службе и уз коришћење објективне медицинске експертизе, 2) да је утврђено постојање стварног менталног поремећаја, и то у таквом степену или обиму да болничко лечење у свему изгледа оправдано; 3) да је потребно продужење болничке неге и лечења, јер су ментални поремећаји и даље присутни (Мујовић-Зорнић, 2011: 357). У својим одлукама Суд се изјашњава о потреби разликовања између појма принудне хоспитализације и права на адекватно лечење. Принудној хоспитализацији се подвргавају само одређени психијатријски пацијенти. Право на адекватан третман је индивидуално право и припада сваком психијатријском па-

цијенту. Лице које је принудно хоспитализовано има право да одлучи да ли жели да се подвргне предложеној медицинској мери или терапији. То његово право треба да се поштује. Правни основ за то црпи се из уставних гаранција, али и шире, из права на приватност гарантованог чланом 8 Европске конвенције о људским правима и фундаменталним слободама (1950), односно права на слободу од нечовечног мучења и тортуре гарантованог чланом 3 Конвенције. Смештање у психијатријску институцију затвореног типа традиционално се везивало за намећање лечења ментално оболелом. Ако је неко доведен у психијатријску установу, он се у исто време подвргавао третману противно његовој вољи (Мујовић-Зорнић, 2011: 358).

Данас, у медицинској и правној литератури преовлађује став да не долази увек до аутоматизма и изједначавања између принудне хоспитализације и принудног психијатријског третмана који следи после тога (Donnelly, према Мујовић-Зорнић 2011). Мадридска декларација Светске медицинске асоцијације (1996, 1999, 2005), прокламује начела заштите пацијената са менталним обољењима. Декларација инсистира на томе да треба постићи добровољан пристанак на лечење кад год је то могуће. Пре давања пристанка на лечење које се потврђује и потписом, пацијент има право да у вези са тим контактира чланове породице, свог заступника, уколико га има, или друго лице од поверења које сам изабере. Пристанак на лечење треба да буде дат слободно тј. без претње, уцене, наговарања или притисака било које врсте. Правило је и овде да се пацијент не прима на лечење без свог добровољног пристанка. При тумачењу да ли је пристанак на лечење у правном смислу добровољан, захтева се да се размотри, поред већ поменутог, и питање да ли пацијент схвата своје поступке, да ли разуме циљ и сврху лечења, евентуалне непријатности и ризике и да ли је свестан тога да се његов статус пацијента на добровољном лечењу може променити у статус пацијента који се задржава ради даљег лечења против своје воље (Мујовић-Зорнић, 2011: 359).

Према члану 31 Кодекса професионалне етике лекарске коморе Србије (2007), у оквиру дела који говори о принудној медицинској интервенцији и хоспитализацији, присилно лечење и храњење дозвољени су само у случају да лице није способно да о томе свесно одлучује. У психијатријским болницама лекар настоји да се примењују норме и стандарди који важе за остале здравствене установе.

2.3. Право на заштити и његов однос са правом на самоодређење

Када се ради о праву на самоодређење у контексту менталног здравља, увек га треба посматрати у вези са правом на заштиту, јер су то, заправо, две стране истог новчића: принцип заштите се изражава у ограничењу примене права на самоодређење (Frederiks, 2007: 152). Свака особа би требало да има право да живи

у складу са својим принципима и због тога се и поштује право на самоодређење. Овакво инсистирање на праву самоодређења резултат је различитих злоупотреба које су постојале и постоје у области менталног здравља. Људи су често затварани са одређеном дијагнозом у психијатријске установе из политичких разлога, а без ваљане медицинске индикације (Опалић, 2008: 390).

Управо да би се спречила овакво кршење људских права, понекад се неоправдано иде у другу крајност, а то је примена принципа аутономије воље и онда када се, због пацијентовог лошег менталног стања, он реално не може применити. То доводи до ситуације да такав пацијент не прими потребну помоћ, па се поштовањем права на самоодређење иде на уштрб права на заштиту (Frederiks, 2007: 152). У ситуацијама где се ради о ментално оболелим или интелектуално неспособним особама треба, дакле, вагати да ли је, у конкретном случају, приоритетна примена права на самоодређење или права на заштиту. Холандска литература бележи случај неадекватног одмеравања приоритетног права. У дому за старе особе, у својој соби нађен је мртав педесетшестогодишњак, али тек 2-3 дана након смрти. Он је у дому живео 10 година и, по његовом мишљењу, није му била потребна никаква здравствена, ни друга нега. Живео је потпуно сам у својој соби, није комуницирао са другим становницима дома, нити са здравственим особљем. Управа дома је поштовала његову жељу и дошло је до напред поменутог исхода. Из овог случаја је произашло питање до које мере даваоци социјалних и здравствених услуга треба да поштују пацијентово право на самоодређење. Врло често се правна позиција ментално оболелих или интелектуално неспособних особа посматра уско: или искључиво са становишта права на заштиту или искључиво из перспективе заштите његовог права на самоодређење, с тим што се ово друго често третира као право да се неко остави на миру. Много је, међутим, важније да се сва права ментално оболелих или интелектуално неспособних особа пропорционално обезбеде, што се не постиже поштовањем искључиво једног од ових права. Требало би, заправо, применити комбинацију права на самоодређење и права на заштиту, те утврдити да ли је особа способна да самостално одлучује и шта је способна да постигне прављењем сопствених избора (Frederiks, 2007: 153).

Код утврђивања способности самосталног одлучивања треба правити разлику између способности у правном смислу (пословне способности) и менталне способности. Ментална способност представља способност у медицинском и психолошком смислу и она се овде одмерава у контексту способности одлучивања о пристанку или непристанку. Општа способност се везује за стицање пунолетства, док способност одлучивања могу имати и лица која нису пунолетна, као и лица са смањеном урачунљивошћу. Све више преовладава став да се способност за пристанак не изједначава са пословном способношћу, јер се сматра да

пристанак на медицинску интервенцију нема карактер правног посла (Радишић, 2008: 97). Будући да је реч о изјави воље којом се лекар овлашћује да на одређени начин делује на лична добра пацијентова, сматра се да ову способност не треба везивати за чврсте границе у смислу грађанског права, нити за урачуњљивост у смислу кривичног права (Радишић, 2008: 97).

2.4. Право на добру негу и право на развој

У другом реду, након права на заштиту и право на самоодређење, у области менталног здравља релевантна су још два права: право на добру негу и право на развој.

Право на здравствену заштиту је уставно право већине земаља и ради се о социјалном праву. У том смислу је право на *добру* здравствену негу базирано на овом праву, али се ради о индивидуалном праву. Право на здравствену заштиту се састоји из три елемента: квалитет заштите, географска приступачност заштите и финансијска приступачност заштите. У праву на добру негу акценат је на нези доброг квалитета, а мање на елементима географске и финансијске приступачности (Frederiks, 2007: 154).

У овом контексту, право на добру негу се описује као „нега која је фокусирана на појединца и која доприноси његовом развоју“ (Frederiks, 2004, према Frederiks, 2007). Дакле, није акценат на томе за шта је пацијент неспособан, већ управо на томе да му се пружи подршка и да се оспособи и оснажи за оно за шта је или би могао бити способан. Улога даваоца здравствених услуга треба да буде активног карактера – он треба да стимулише способности пацијента. Уместо да се фокусира на „неинтервенисање“, он треба да пружи активну подршку тамо где је она могућа и неопходна. Да се овакво понашање даваоца здравствених услуга не би окренуло ка патернализму, давалац здравствених услуга мора своје активности да учини транспарентним према трећим лицима и да буде одговоран за њих (Frederiks, 2007: 155). Из свега претходно реченог, јасно је да право на добру негу заправо подразумева право пацијента на развој.

Право на развој није установљено у уставима или законима, већ је изведено право. Аустралијски Закон о услугама интелектуално неспособном особама чини изузетак. Он у делу 2, који говори о предмету, принципима и циљевима закона, прописује да интелектуално неспособне особе Државе Викторија имају, између осталог, и право на развој (1986).

Европски пакт за ментално здравље и благостање (2008) чак у каже да људи који су искусили проблеме у менталном здрављу поседују врло вредно искуство и треба да имају активну улогу у планирању и конкретним активностима у области побољшања менталног здравља.

Иако то не назива изричито правом на развој, Закон о заштити лица са менталним поремећајима Брчко дистрикта Босне и Херцеговине (2006), на пример, каже да се заштита и унапређивање здравља лица с менталним поремећајима остварује, између осталог и њиховим опоравком путем укључивања у породичну, радну и друштвену средину. Чланом 8. Закона дефинишу се права лица с менталним поремећајима у поступку лечења. Иако право на добру негу и право на развој овде нису изричито поменута, велики број наведених права садржински управо јесу оличење ова два права. То су, на пример: утврђивање индивидуално прилагођеног облика лечења; акценат на ванболничком облику лечења у центрима за ментално здравље и дневним болницама уз социјалну подршку у породици и локалној заједници; радно учествовање у планирању и спровођењу свога лечења, опоравка и ресоцијализације, итд.

Закон о заштити и остваривању права ментално обољелих лица Црне Горе (2005), у члану 3 такође говори о унапређењу здравља ментално оболелих лица. Чланом 18 наводе се права ментално оболелих лица, па тако и: право да активно учествује у планирању и спровођењу свог лечења, опоравка и ресоцијализације; право да се образује и радно оспособљава; да се дружи са другим лицима, бави рекреативним активностима и учествује у радно-терапијским активностима у складу са својим могућностима, итд.¹

Нови трендови, дакле, показују да принцип самоодређења није једини, нити је најбољи пример поштовања права пацијената. Поштовање права самоодређења не води нужно доброј нези пацијената. Пацијенти са менталним болестима или интелектуалном неспособношћу врло често имају потребу за другом врстом добре неге, потребу за неком перспективом, а не потребу за тим да буду остављени сами себи.

3. Социјално-организациона питања релевантна за област менталног здравља

Поред питања права ментално оболелих лица, врло је важно размотрити и организацију служби које се баве превенцијом болести, лечењем и рехабилитацијом ових лица. Такође је важно развити такав социјални миље, који би подржао лечење ментално оболелог лица и његово уклапање у редовне животне токове. Ситуација у Србији је таква да постоји одређен број ментално оболелих који нису подобни за збрињавање у институцијама затвореног типа, а годинама борава у психијатријским болницама Србије искључиво из индивидуално-социјалних разлога. Они, наиме, немају властиту породицу, одбачени су од родбине, не по-

¹ Република Србија још увек нема Закон о заштити ментално болесних лица, али он постоји у облику нацрта и ускоро се очекује његово доношење.

седују стан или кућу, а установе социјалне заштите, због суженог или преоптерећеног капацитета, нису у стању да их приме (Опалић, 2008: 394). Уколико имају пребивалиште, а хоспитализовани су, већина пацијената је збринута далеко или ван места свог пребивалишта.

У Србији постоји тринаест социјалних установа, које збрињавају око 3.750 ментално оболелих лица. Ове установе се налазе у: Крагујевцу, Великом Поповцу, Кулини, Тутину, Старој Моравици, Панчеву, Параћину, Блацу, Чуругу, Старом Лецу, Бечеју, Новом Кнежевцу и Алексинцу. Велики број ових институција збрињава већи број оболелих него што им капацитети дозвољавају. У оквиру здравственог система психијатријске болнице постоје у пет градова (Горња Топоница, Нови Кнежевац, Вршац, Ковин и Београд). Поред тога, постоји 46 психијатријских одељења у оквиру општинских болница, као и психијатријске амбуланте у 71 дому здравља. Ове установе, међутим, немају адекватне материјалне услове и људске ресурсе да задовоље потребе психијатријских болесника у Србији. Због тога је, у последњих неколико година, донето неколико стратешких аката који представљају основ за реорганизацију служби за ментално здравље и успостављање међусекторске сарадње и то, пре свега, сарадње између социјалних и здравствених установа. Ради се о Стратегији развоја заштите менталног здравља (2007), Стратегији развоја социјалне заштите (2005) (која се, између осталог, дотиче и ментално оболелих лица) и Закону о социјалној заштити (2011).

3.1. Стратегија развоја заштите менталног здравља

Република Србија је 2007. године донела и Стратегију развоја заштите менталног здравља. Стратегија је усмерена на реформу у области менталног здравља и то нарочито кроз промоцију служби које су лако доступне и чији је рад (терапијски и превентивни) заснован на доказима и вредностима. Истиче се да конвенционални приступ заснован на лечењу болести треба да буде проширен на свеобухватни, мултидимензионални приступ менталном здрављу и менталним поремећајима. Стратегијом се истичу предности, али и недостаци садашње организације заштите менталног здравља у Србији. Као основне вредности и принципе у области менталног здравља, Стратегија истиче: превенцију менталних поремећаја и унапређење менталног здравља; укључивање релевантних установа и ресурса; подизање квалитета служби за заштиту менталног здравља и њихову доступност; здравствену заштиту у заједници, на најмање рестриктиван начин; бригу за вунерабилне групе (деца, самохране мајке, старије особе, избеглице, расељена лица); дестигматизацију ментално оболелих лица.

Циљеви Стратегије су: побољшање здравља; одговор на захтеве угрожених особа; и, финансијска заштита. Као подручја деловања у циљу имплементације Стратегије, опредељено је више области: 1) законодавство, 2) реорганизација

служби за ментално здравље, 3) превенција менталних поремећаја и унапређење менталног здравља (укључујући децу и младе, нарко-зависнике, старије особе, избеглице и расељене особе), 4) унапређивање људских ресурса, едукација и истраживање, 5) побољшање, тј. осигурање и уједначавање квалитета услуга у службама менталног здравља, 6) развој и примена процедура и софтверских програма за регистрацију и праћење корисника у службама менталног здравља, 7) међусекторска сарадња, и 8) укључивање пацијената у планирање и организацију служби менталног здравља. Стратегију прати и акциони план за реализацију наведених циљева у одговарајућим подручјима деловања.

3.2. Службе за ментално здравље предвиђене Стратегијом

Стратегија развија идеју реорганизације постојећег система збрињавања ментално оболелих лица. Наравно, реорганизација служби захтева и већа издвајања из буџета, као и ефикасност у организовању.

Када се ради о службама за ментално здравље, Стратегија предвиђа њихову реорганизацију кроз: 1) континуирану едукацију лекара опште медицине из области менталног здравља; 2) стварање мреже алтернативних служби у локалној заједници – центара за ментално здравље; 3) оснаживање постојећих психијатријских одељења у општим болницама; 4) деинституционализацију великих психијатријских болница, тј. постепено смањивање броја постеља у великим болницама, а након оснаживања центара за ментално здравље уз учешће примарне здравствене заштите; 5) реорганизацију и рационализацију постојећих институција.

Службе за заштиту менталног здравља су, према Стратегији, замишљене тако да се оснивају на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. За контролу процеса формирања служби треба да буду одговорни оснивачи – органи локалне самоуправе за развој служби у саставу општих болница, а Република, односно Министарство здравља за развој служби у специјалним болницама и у установама терцијарног нивоа здравствене заштите. Успостављање алтернативних служби, тј. центара за ментално здравље просторно је могуће унутар постојећих здравствених установа, али са неопходном административном, планском и организационом издвојеношћу и потпуном самосталношћу. Центри треба да буду организовани по територијалном принципу, односно по један центар на популацију од 40.000 до 100.000 становника. Они треба да пружају заштиту и унапређују ментално здравље целокупног становништва на припадајућој територији, а не само да одговарају потребама особа са хроничним менталним поремећајима. У центрима треба да се развију све службе неопходне за заштиту менталног здравља популације.

Према Стратегији, поред служби за ментално здравље, мрежа психијатријских служби сваког региона укључивала би и: 1) психијатријско одељење у окви-

ру опште болнице, 2) „заштићене куће“, и 3) службе за радно оспособљавање и запошљавање ментално оболелих особа („задруге пацијената“).

3.3. Закон о социјалној заштити – међусекторска сарадња

Закон о социјалној заштити, поред осталог, уређује и оснивање и рад установа социјалне заштите, услове под којима услуге социјалне заштите могу пружати други облици организовања и друго. Закон на више места ставља акценат на сарадњу у пружању услуга социјалне заштите. Члан 7, на пример, уређује да установе и други облици организовања који пружају овакве услуге сарађују са установама предшколског, основног, средњег и високог образовања, здравственим установама, полицијом, правосудним и другим државним органима, органима територијалне аутономије, органима јединица локалне самоуправе, удружењима и другим правним и физичким лицима.

Чланом 58 уређује се пружање међусекторских услуга, односно услуга које пружају образовне, здравствене и друге установе, заједно са услугама социјалне заштите, а зависно од потреба корисника.

Члан 60 Закона даје могућности оснивања социјално-здравствених установа за кориснике који због свог специфичног социјалног и здравственог статуса имају потребу и за социјалним збрињавањем и за сталном здравственом заштитом или надзором. У ту сврху, могу се основати и посебне социјално-здравствено организационе јединице у оквиру установа социјалне заштите, односно у оквиру здравствених установа. Стандарде за пружање услуга у оваквим установама би заједно прописивали министри надлежни за социјалну заштиту и здравље.

Закон чини врло добар основ за реализацију циљева постављених Стратегијом развоја заштите менталног здравља. Један од циљева је, као што је речено, успостављање служби за заштиту менталног здравља у заједници и то центара за заштиту менталног здравља, заштићених кућа за збрињавање пацијената и служби за професионалну обуку. Овакве службе би свакако захтевале међусекторски приступ, што је омогућено Законом о социјалној заштити.

3.4. Развој ситуације у пракси

Спровођење Стратегије развоја заштите менталног здравља, нарочито деинституционализација лечења ментално оболелих лица, доста је спор процес. Деинституционализација подразумева смањење броја кревета у болницама и учесталије лечење у ванболничким службама, центрима за ментално здравље, односно спуштање збрињавања психијатријских болесника на локални ниво. То подразумева веће укључивање примарне здравствене заштите и заједнице у процес лечења ментално оболелих лица. Остваривање оваквих циљева захтева и време и

средства.² Велики проблем праксе је то што постоје пацијенти којима су болничке установе адресе становања.

Представници Министарства здравља најављују да ће, до краја 2012. године, у свим домовима здравља бити отворени диспанзери за ментално здравље, који би требало да преузму комплетно ванболничко лечење психијатријских пацијената. Они наводе да такву здравствену услугу треба увести у још 88 домова здравља и истичу да је један од приоритета и оснаживање надлежности око 40 психијатријских одељења општинских болница. Проблем, међутим, нису само просторни капацитети, већ и потребан кадар. Нужно је повећати број психолога и социјалних радника, како би се обезбедио наставак лечења после хоспитализације, али и решио проблем оних који након изласка из болнице немају где да се врате. Циљ је да болничко лечење буде што ефикасније и краће и да у психијатријским болницама треба лечити само најтеже болеснике. План је да се број постеља у психијатријским болницама сваке године смањује за 10 одсто, а приоритет да се улагања у психијатрију повећају на 4,5 одсто и новац уложи у најбоља одељења (изјава П. Симоновића, државног секретара Министарства здравља, према Ђорђевић, 2010).

Сматра се да ће се организацијом служби за ментално здравље у заједници обезбедити континуирана брига о ментално оболелим лицима. Такође ће се омогућити да свако од ових лица буде усмерено на одређеног здравственог радника који ће бити задужен да одлази у кућне посете да би се уверио у здравствено стање особе и проверио услове у којима пацијент живи, чиме би се смањио број хоспитализација (Ђорђевић, 2010).

Закључак

Област менталног здравља је специфична у односу на друге области медицинског делања, између осталог и зато што пацијенти понекад нису у стању да сами одлучују о хоспитализацији и предузимању медицинских мера, које им могу бити потребне. Због тога се једно од основних права пацијената - право самоодређења у односу на сопствено тело и здравље, у овој области модификује и ограничава у мери потребној у конкретном случају. Пацијент се, наиме, у одређеним случајевима може хоспитализовати, иако на то није пристао. Као услове под којима је ограничење слободе и права самоодређења дозвољено, треба прихватити услове које је прецизирао Европски суд за људска права, а њихово постојање треба одмеравати у сваком конкретном случају.

² Изјава Милић, М. Директора панчевачке опште болнице.
<<http://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/Dru%C5%A1tvo/970032/Dan+mentalnog+zdravlja.html>>
2.2. 2012.

Принудна хоспитализација не значи и могућност принудног лечења. Њој се подвргавају само одређени психијатријски пацијенти, а право на адекватан третман је индивидуално право и припада сваком, па и сваком психијатријском пацијенту.

У настојању да се што више заштити право на самоодређење, не треба занемарити право на адекватну заштиту психијатријских болесника. Врло је важно да се сва права ментално оболелих или интелектуално неспособних особа пропорционално обезбеде, што се постиже одмеравањем и комбиновањем права на самоодређење и права на заштиту. Потребно је, дакле, у сваком конкретном случају, утврдити да ли је особа способна да самостално одлучује и шта је способна да постигне прављењем сопствених избора. При томе јој треба омогућити услове за индивидуални развој у постојећим субјективним околностима.

Да би се психијатријским болесницима обезбедило адекватно збирњавање потребно је и реорганизовати постојећу мрежу институција за ментално здравље. Ово захтева знатна финансијска улагања, измену просторних капацитета и кадра. Потребно је, такође, оснажити друштво и породицу за прихватање болесника и њихову ресоцијализацију.

ЛИТЕРАТУРА И ИЗВОРИ:

- Breeding, J. (2011). Thomas Szasz: Philosopher of Liberty. *Journal of Humanistic Psychology* (XX(X)): 1-17.
- Deutsch, E. (2003). *Medizinrecht - Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte-recht und Transfusionsrecht*. Berlin: Springer.
- Мујовић-Зорнић Х. (2011). Примена начела пристанка (informed consent) код медицинског третмана у психијатрији. *Правни живот* (9): 353-372.
- Ђорђевић, К. (2010). Присилна хоспитализација за опасне болеснике. *Политика* 4.7.2010. <<http://www.politika.rs/rubrike/Drustvo/Prisilna-hospitalizacija-za-opasne-bolesnike.lt.html>> 2. 2. 2012.
- European Pact for Mental Health and Well-being (2008). Brisel. <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf> 18.2.2012.
- Frederiks, B.J.M. (2007). The Rights of People with an Intellectual Disability in the Netherlands: From Restriction to Development. *European Journal of Health Law* (14): 149-163.
- Herring, J. (2010). *Medical Law and Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Intellectually Disabled Persons' Services Act (1986). Act No. 53/1986 <[http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_notes/LDMS/LTObject_Store/LTObjSt2.nsf/d1a8d8a9bed958efca25761600042ef5/0372611062454c70ca2577610022dc3c/\\$FILE/86-53a031.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/domino/Web_notes/LDMS/LTObject_Store/LTObjSt2.nsf/d1a8d8a9bed958efca25761600042ef5/0372611062454c70ca2577610022dc3c/$FILE/86-53a031.pdf)> 13. 2. 2012.
- Кодекс професионалне етике лекарске коморе Србије (2007). *Службени гласник* 121/2007.
- Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid, Spain, on August 25, 1996 and enhanced by the WPA General Assemblies in Hamburg, Germany on August 8, 1999, in Yokohama, Japan, on August 26, 2002, and in Cairo, Egypt, on September 12, 2005.

- Милић, М. (2011). Дан менталног здравља. РТС 10. 10. 2011. <<http://www.rts.rs/page/stories/sr/story/125/Dru%C5%A1tvo/970032/Dan+mentalnog+zdravlja.html>> 2.2. 2012
- Мујовић-Зорнић, Х. (2011). Примена начела пристанка (информед консент) код медицинског третмана у психијатрији. *Правни живот* (9): 353-372.
- Опалић, П. (2008). Неки аспекти односа између психијатрије и политике. *Социолошки преглед* XLII (3): 385-400.
- Радишић, Ј (2008). *Медицинско право*. Београд: Номос.
- Радишић, Ј. (2003). Правна квалификација медицински неиндикованог хируршког захвата обављеног на инсистирање пацијента. *Радни односи и управљање* (6): 33-43.
- Симоновић, П. (2012). У домовима здравља до краја године диспанзери за ментално здравље. *Танјуг* 23. 1. 2012. <<http://www.blic.rs/Vesti/Drustvo/302974/U-domovima-zdravlja-do-kraja-godine-dispanzeri-za-mentalno-zdravlje>> 2. 2. 2012.
- Стратегија развоја социјалне заштите (2005). *Службени гласник РС* 108/2005.
- Стратегија развоја заштите менталног здравља (2007). *Службени гласник РС* 8/2007.
- Szasz, T. (2008). *Psychiatry: the Science of Lies*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Закон о социјалној заштити (2011). *Службени гласник РС* 24/2011.
- Закон о заштити и остваривању права ментално обољелих лица Црне Горе (2005). *Službeni list RCG* 32/2005.
- Закон о заштити лица с менталним поремећајима Брчко дистrikта Босне и Херцеговине (2006). <<http://www.skupstinabd.ba/zakoni/128/b/1.Zakon%20o%20za%9Atiti%20lica%20s%20mentalnim%20poreme%E6ajima.pdf>> 2.2. 2012.
- Закон о здравственој заштити РС (2005, 2009, 2010, 2011). *Службени гласник РС* 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011.

Marta Sjeničić
Institute of Social Sciences
Belgrade

Summary

LEGAL AND INSTITUTIONAL ASPECTS OF PSYCHIATRIC PATIENTS PROTECTION

Principles of medical law which can be implemented in all areas of medical activity, are limited in the area of mental health. When the principle of the autonomy and the right to self determination are limited, this limitation should be justified and under strictly regulated conditions. Beside taking care of the right to selfdetermination, one should also have in mind respect of the patients right to protection, right to good care and right to development. For the purpose of the proper and complete care of the psychiatric patients, there is a necessity for the adequate institutional frame. This, however, requires additional investments into the health system.

Key word: *psychiatric patients, mental illness, patients rights, institutional frame*