

monografije

Marta Sjeničić

PRAVNI I ORGANIZACIONI OKVIR ZA OSNIVANJE SLUŽBI

ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI



INSTITUT
DRUŠTVENIH NAUKA
BEOGRAD
INSTITUTE
OF SOCIAL SCIENCES
BELGRADE

PRAVNI I
ORGANIZACIONI
OKVIR ZA OSNIVANJE
SLUŽBI ZA ZAŠTITU
MENTALNOG ZDRAVLJA
U ZAJEDNICI

Edicija

Monografije

Urednik edicije

dr Vladimir Milisavljević

Izdavač

Institut društvenih nauka

Beograd, 2021.

Za izdavača

dr Goran Bašić

Recenzenti

prof. dr Jelena Simić

prof. dr Miloš Milenković

dr Lilijana Čičkarić

ISBN 978-86-7093-240-1

Monografija je rezultat Programa istraživanja
Instituta društvenih nauka za 2020. godinu, koji podržava
Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja.

Marta Sjeničić

**PRAVNI
I ORGANIZACIONI
OKVIR ZA OSNIVANJE
SLUŽBI ZA ZAŠTITU
MENTALNOG ZDRAVLJA
U ZAJEDNICI**

● monografije



Institut društvenih nauka
Beograd, 2021.

Sadržaj

7	UVOD
13	DEO PRVI MEĐUNARODNI I EVROPSKI INSTRUMENTI ZA ZAŠTITU LJUDSKIH PRAVA OSOBA SA MENTALNIM I INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA
21	DEO DRUGI ANALIZA EVROPSKIH REŠENJA ZA OSNIVANJE SLUŽBI ZA MENTALNO ZDRAVLJE U ZAJEDNICI
23	GLAVA PRVA Opšti pregled sistema usluga mentalnog zdravlja u Evropi
27	GLAVA DRUGA Evropski okvir za akciju o mentalnom zdravlju i blagostanju
30	GLAVA TREĆA Konkretni primeri dobre prakse u razvoju usluga u zajednici/ centara za mentalno zdravlje
30	Italija
39	Francuska
42	Španija
45	Holandija
46	Engleska
47	Švedska
48	Finska
53	DEO TREĆI NACIONALNI PRAVNI OKVIR U OBLASTI ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA
56	GLAVA PRVA Zakonska i strateška regulativa
56	Zakon o zdravstvenoj zaštiti
57	Zakon o zdravstvenom osiguranju
58	Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama
60	Zakon o pravima pacijenata
61	Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom

66	Zakon o socijalnoj zaštiti
69	Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom
70	Zakon o vanparničnom postupku/Porodični zakon
74	Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom
75	Zakon o igrama na sreću
76	Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja
77	Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026.godine
83	Strategija razvoja socijalne zaštite
85	Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji
86	Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji za period od 2020. do 2024. godine
89	GLAVA DRUGA Podzakonski pravni akti Republike Srbije relevantni za oblast mentalnog zdravlja
97	DEO ČETVRTI ZAKLJUČAK I PREPORUKE ZA OSNIVANJE SLUŽBI ZA MENTALNO ZDRAVLJE U ZAJEDNICI
105	Summary LEGAL AND ORGANISATIONAL FRAMEWORK FOR ESTABLISHING SERVICES FOR PROTECTION OF MENTAL HEALTH IN THE COMMUNITY
109	LITERATURA
117	REGISTAR POJMOVA

UVOD

Osnov koncepta mentalnog zdravlja u zajednici čini ideja da se osobe sa mentalnim smetnjama ne isključuju iz društva preko dugotrajnih i ponavljanih, nekada i doživotnih hospitalizacija u psihijatrijskim bolnicama ili smeštanjem u stacionarne ustanove socijalne zaštite, nego da se pomoć, lečenje i rehabilitacija pružaju u mestu boravka, u stalnoj saradnji sa zajednicom. Ovaj koncept podrazumeva razvoj službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, koje treba da obezbede sveobuhvatno lečenje i zaštitu pacijentima ili korisnicima usluga socijalne zaštite, u sredini u kojoj žive, i koje će biti lako dostupne njima i njihovim porodicama. U cilju maksimalno moguće resocijalizacije mentalno obolelih osoba nameće se transfer svih pozitivnih funkcija institucije na nivo zajednice, ali bez ponavljanja njihovih negativnih aspekata. U ostvarivanju ovog cilja neophodno je korišćenje svih potencijala zajednice (Jović i drugi, 2016, 14). Pošto proces resocijalizacije obuhvata i deinstitutionalizaciju, on podrazumeva postepeno premeštanje ekonomskih i ljudskih resursa sa suštinski izmenjenim službama za zaštitu mentalnog zdravlja i istovremenim stvaranjem centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici (Jović i drugi, 2016, 12). Dakle, potrebno je transformisati institucije/ustanove za stacionarni smeštaj (psihijatrijske bolnice, domove socijalne zaštite) u usluge u zajednici. Osnovni razlozi koji se u literaturi navode kao motivatori ove transformacije su: da je pristup uslugama mentalnog zdravlja osoba sa dugotrajnim mentalnim poteškoćama mnogo bolji kada se radi o uslugama u zajednici nego u tradicionalnim psihijatrijskim bolnicama; usluge u zajednici su povezane sa većim zadovoljstvom korisnika i nivoom zadovoljenih potreba; njima se postiže kontinuitet i fleksibilnost zbrinjavanja; moguće je češće identifikovati i tretirati rane periode kriza i povećati nivo prihvatanja tretmana; uslugama u zajednici bolje se štite ljudska prava osoba sa mentalnim poteškoćama i prevenira njihova

stigmatizacija; bolji su rezultati usluga u zajednici kada se radi o kliničkim simptomima, kvalitetu života, stabilnosti stanovanja, radnoj rehabilitaciji; za akutne psihoze su usluge u zajednici troškovno efektivnije od onih u bolnici (iako se to ne može generalizovati za sve ovakve pacijente); većina pacijenata koja je prešla sa bolničkog tretmana na usluge u zajednici ima manje negativnih simptoma, bolji socijalni život i zadovoljniji su (De Almeida, Killaspy, 2011, 2).

Postoje različita shvatanja šta predstavlja *instituciju* ili *institucionalnu negu*, u zavisnosti od pravnog i kulturološkog sistema zemlje. Zbog tih različitosti, EU Zajedničke smernice za prelaz s institucionalnog zbrinjavanja na usluge podrške za život u zajednici (u daljem tekstu: EU Zajedničke smernice) koriste pristup da ne definišu instituciju po veličini, tj. broju stanovnika, već u odnosu na *institucionalnu kulturu*. Dakle, možemo smatrati da je institucija bilo koje rezidencijalno zbrinjavanje, odnosno: gde su žitelji izolovani od šire zajednice i/ili primorani da žive zajedno, gde žitelji nemaju dovoljnu kontrolu nad svojim životima i odlukama koje ih se tiču, i gde zahtevi organizacije imaju prednost nad potrebama pojedinaca (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 25).

Deinstitucionalizacija je proces razvoja niza usluga u zajednici, uključujući prevenciju, kako bi se eliminisala potreba za institucionalnim zbrinjavanjem (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 27). Kada se radi o deci, UNICEF definiše deinstitucionalizaciju kao „pun proces planiranja transformacije, smanjivanja i/ili zatvaranja rezidencijalnih ustanova, uz istovremeno uspostavljanje diverzitetu drugih usluga zbrinjavanja dece, koje su uređene standardima zasnovanim na pravima i na rezultatima (UNICEF, At Home or in a Home, 2010, 52). Deinstitucionalizacija predstavlja istovremeno izmene sistema, smernice za rad sa pacijentima, šemu finansiranja i izgradnju takvih kapaciteta koji će omogućiti ljudima da rade u ovom izmenjenom okruženju (De Almeida, Killaspy, 2011, 16). Iako postoje neke definicije deinstitucionalizacije, ne postoji, zapravo, opšti konsenzus oko toga koje su njene osnovne komponente, pa ne postoji ni standardno izveštavanje o nivou do koga se stiglo u ovom procesu (Salisbury i drugi, 2016, 11). Zbog toga je sačinjen instrument od pet osnovnih komponenti po čijem se ispunjenju

ceni u kojoj je meri postignuta deinstitucionalizacija u nekoj zemlji. Radi se o Instrumentu za merenje deinstitucionalizacije usluga mentalnog zdravlja (Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure – MENDit). MENDit komponente mere dostupnosti usluga zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja izvan psihijatrijskih bolnica (kada se takvim smatraju veliki azili, a ne male stacionarne jedinice za mentalno zdravlje) i resursa za obezbeđivanje zaštite mentalnog zdravlja (Salisbury i drugi, 2016, 7). Komponente MENDit instrumenta su sledeće:

1. Opisati zatvaranje psihijatrijskih bolnica u zemlji.
<ul style="list-style-type: none"> Nije se desilo (nema psihijatrijskih kreveta u opštim bolnicama ili jedinicama u zajednici).
<ul style="list-style-type: none"> U fazi je rane tranzicije (više kreveta ima u psihijatrijskim bolnicama nego u opštim bolnicama i jedinicama u zajednici).
<ul style="list-style-type: none"> U fazi je odmakle tranzicije (više kreveta ima u opštim bolnicama i jedinicama u zajednici nego u psihijatrijskim bolnicama).
<ul style="list-style-type: none"> Završeno je (nema psihijatrijskih bolnica).
2. Opisati pristup tretmanu mentalnog zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u zemlji.
<ul style="list-style-type: none"> Nema pristupa tretmanu mentalnog zdravlja.
<ul style="list-style-type: none"> Postoji opšta tvrdnja da ima dostupnosti.
<ul style="list-style-type: none"> Postoji dokaz o jasnom programu za neurotične poremećaje.
<ul style="list-style-type: none"> Postoji dokaz o jasnom programu za neurotične i psihotične poremećaje.
3. Opisati dostupnost rezidencijalnog stanovanja/stanovanja uz podršku u zajednici.
<ul style="list-style-type: none"> Rezidencijalno stanovanje ne postoji.
<ul style="list-style-type: none"> Ograničeno je dostupno (opšta tvrdnja da postoji dostupnost).
<ul style="list-style-type: none"> Postoji dokaz o jasnom programu.
4. Da li su finansijski resursi za zaštitu mentalnog zdravlja jasno opredeljeni u nacionalnom budžetu?
<ul style="list-style-type: none"> Ne/Ne pominju se
<ul style="list-style-type: none"> Da
5. Da li je ukupan broj profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja (psihijatar, psihijatrijskih sestara, psihologa i socijalnih radnika) na 100.000 stanovnika veći od 135?
<ul style="list-style-type: none"> Ne
<ul style="list-style-type: none"> Da

Izvor: Salisbury, T., T., Killaspy, H., King, M. (2016). And international comparison of the de-institutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*. 16 (54), 1-10.

U EU Zajedničkim smernicama se termin *usluge zasnovane u zajednici* ili *zbrinjavanje u zajednici* odnosi na spektar usluga koje omogućavaju pojedincima da žive u zajednici i, u slučaju dece, da

odrastaju u porodičnom okruženju, a ne u instituciji. Zbrinjavanje u zajednici obuhvata redovne usluge, kao što su stanovanje, zdravstvo, obrazovanje, zapošljavanje, kultura i slobodno vreme, koje bi trebalo da budu dostupne svima bez obzira na prirodu invaliditeta ili potreban nivo podrške. One se, takođe, odnose se na specijalizovane usluge, poput lične asistencije za osobe sa invaliditetom, predah-smeštaj i druge usluge. Pored toga, termin uključuje porodično zbrinjavanje i hraniteljstvo, uključujući preventivne mere za ranu intervenciju i podršku porodice (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 27).

Prevenција je, u ovom kontekstu, sastavni deo procesa prelaska sa institucionalnog na zbrinjavanje u zajednici. U slučaju odraslih, preventiva se odnosi na širok spektar usluga podrške za pojedince i njihove porodice, sa ciljem sprečavanja potrebe za institucionalizacijom. Prevenција bi trebalo da obuhvati i osnovne i specijalizovane usluge (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 27).

Izraz *nezavisan život* se upotrebljava naizmenično sa *životom u zajednici* osoba sa invaliditetom i starijih osoba. To ne znači da osoba treba da bude samodovoljna. Nezavisni život se odnosi na to da ljudi mogu da donose odluke i odlučuju o tome gde žive, sa kim žive i kako organizuju svoj svakodnevni život. Ovo zahteva: pristupačnost izgrađenog okruženja; pristupačan prevoz; dostupnost tehničkih pomagala; dostupnost informacija i komunikacija; pristup usluzi ličnog asistenta, kao i obuku za život i obavljanje profesije; i, pristup uslugama u zajednici (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012, 29).

Sveobuhvatnost službi u zajednici ogleda se u obezbeđivanju spektra usluga koji će zadovoljiti mentalno-zdravstvene potrebe populacije u celini, kao i specifičnih grupa. Stoga, iako je osnovna organizaciona jedinica sistema za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici centar, koncept službi u zajednici podrazumeva razvoj, koordinaciju i saradnju i sa drugim ustanovama koje se osnivaju ili već postoje, a služe za zadovoljavanje nekih od osnovnih potreba obolelih, kao što su stanovanje, rad i zapošljavanje, zdravstvena i pravna zaštita i drugo (Jović i drugi, 2016, 15). Širi izrazi su, dakle, *usluge u okviru zajednice* ili *briga i podrška u zajednici*, odnosno *službe za*

zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, koji se odnose na čitavu lepezu usluga kojima se pojedincima omogućava da žive u zajednici, odnosno kada je reč o deci, da žive u porodičnom okruženju, nasuprot boravku u ustanovi. Ovaj izraz obuhvata i opšte usluge, kao što su stanovanje, zdravstvena zaštita, obrazovanje, zapošljavanje, kultura i rekreacija, odnosno usluge koje bi trebalo da budu dostupne svima bez obzira na prirodu njihovih smetnji ili stepena potrebne podrške. Ovaj izraz se takođe odnosi i na specijalizovane usluge, kao što je usluga personalnog asistenta za osobe sa invaliditetom i drugo. Pored toga, odnosi se i na brigu o deci u porodici ili hraniteljskoj porodici, uključujući i preventivne mere rane intervencije i porodičnu podršku (European Expert Group, 2012). Važno je, dakle, razumeti da se proces razvoja zaštite mentalnog zdravlja u zajednici ne završava osnivanjem centra za mentalno zdravlje i razvojem njegovih službi, nego podrazumeva njegovo umrežavanje sa svim relevantnim institucijama u zajednici (kao što su npr. centri za socijalni rad, škole, policijske stanice i dr.) sa kojima osoblje centra radi u obostranom interesu – da se spreče problemi povezani sa mentalnim zdravljem stanovništva na toj teritoriji, da se podigne svest stanovništva o neophodnosti suživota i smanji stigma, kao i da se spreči bilo kakvo ugrožavanje prava mentalno obolelih. Takođe je važno napomenuti da koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici ne podrazumeva negaciju bolničkog oblika lečenja koje će i u najrazvijenijim sistemima ostati potrebno, iako u veoma smanjenom obimu, dužini trajanja i ciljevima (Jović i drugi, 2016, 15).

U daljem tekstu će biti reči o međunarodnom i evropskom pravnom okviru za zaštitu prava osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama.

DEO PRVI

MEĐUNARODNI I EVROPSKI INSTRUMENTI ZA ZAŠTITU LJUDSKIH PRAVA OSOBA SA MENTALNIM I INTELEKTUALNIM POTEŠKOĆAMA

Svetska zdravstvena organizacija (u daljem tekstu: SZO) je, na osnovu rezultata politika mentalnog zdravlja i istraživanja usluga i evaluacije reformi mentalnog zdravlja u više zemalja, izradila preporuke o organizaciji usluga mentalnog zdravlja "Vodič kroz politiku i usluge mentalnog zdravlja" (Mental Health Policy and Service guidance package, SZO, 2003). Ovim dokumentom se obezbeđuju praktične informacije za pomoć zemljama u unapređenju mentalnog zdravlja njihovih građana. Cilj preporuka je da se implementiraju integrisani sistemi pružanja usluga, te da se sveobuhvatno dotaknu različite potrebe osoba sa mentalnim smetnjama i definišu sledeći ključni principi za organizovanje usluga mentalnog zdravlja:

Dostupnost – Esencijalne usluge mentalnog zdravlja treba da budu dostupne lokalno, tako da ljudi ne moraju da putuju do njih. Ovo se odnosi na bolničko i ambulantno zbrinjavanje i na druge usluge, kao što je rehabilitacija. Uslugama koje se nalaze blizu osoba sa mentalnim smetnjama obezbeđuje se kontinuitet nege na zadovoljavajući način. Teško je, naime, izaći u susret svim socijalnim i psihološkim zahtevima kada ljudi treba da putuju daleko u cilju dosezanja ovih usluga.

Obuhvatnost – Usluge mentalnog zdravlja treba da obuhvate sve kapacitete i programe koji su potrebni da bi se zadovoljile esencijalne potrebe dotične populacije. Tačan sastav usluga zavisi od mesta do mesta i od socijalnih, ekonomskih i kulturoloških faktora, karakteristika smetnji i načina na koji su zdravstvene usluge organizovane i finansirane.

Koordinacija i kontinuitet nege – Za ljude sa ozbiljnim mentalnim smetnjama od velikog je značaja da su usluge koordinisane i zadovoljavaju socijalne, psihološke i medicinske potrebe za negom. Ovo zahteva uključivanje usluga koje nisu direktno vezane za zdravlje, na primer socijalnih usluga i usluga stanovanja. Koordinacija specijalizovanih usluga sa primarnom zdravstvenom zaštitom (u daljem tekstu: PZZ) i međusektorska saradnja su ključni principi za organizaciju usluga mentalnog zdravlja. Primarna zdravstvena

zaštita ima glavnu ulogu u identifikaciji i tretmanu ljudi sa ozbiljnim mentalnim smetnjama. Zdravstvene usluge, ipak, treba da budu koordinisane sa nezdravstvenim, naročito sa uslugama socijalne zaštite, stanovanja, dnevnih centara i programima psihosocijalne rehabilitacije. Osobama sa mentalnim smetnjama je često teško da pristupe različitim esencijalnim uslugama, što dovodi do fragmentacije zbrinjavanja (SZO, 2003).

Koordinacija specijalizovanih usluga sa primarnom zdravstvenom zaštitom i intersektorska saradnja su takođe ključni principi za organizaciju usluga mentalnog zdravlja. Primarna zdravstvena zaštita ima važnu ulogu u identifikaciji i tretmanu osoba sa ozbiljnim metalnim poteškoćama, a multisektorska saradnja je značajna zbog toga što socijalna zaštita treba da obezbedi usluge stanovanja, dnevne centre i programe psihosocijalne rehabilitacije (De Almeida, Killaspy, 2011, 6).

Efikasnost – Razvoj usluga treba da bude vođen dokazanom efektivnošću određenih intervencija. Na primer, postoji baza dokaza o efektivnosti intervencija za mnoge mentalne smetnje, između ostalog depresije, šizofrenije i zavisnost od alkohola.

Jednakost – Pristup kvalitetnim uslugama treba da bude zasnovan na potrebama. U cilju obezbeđenja jednakosti pristupa, potrebno je dotaći se geografskih i drugih nejednakosti. Jednakost treba da se uzme u obzir prilikom postavljanja prioriteta u formiranju usluga. Često su ljudi kojima su usluge najviše potrebne u situaciji da su najmanje u mogućnosti da ih zahtevaju, pa verovatno nisu uzeti u obzir onda kada se postavljaju prioriteti.

Poštovanje ljudskih prava – Usluge treba da poštuju autonomiju osoba sa mentalnim smetnjama, da ih osnaže i podrže u donošenju odluka koje se tiču njihovih života i treba da se primene najmanje restriktivni tipovi tretmana (SZO, 2003).

Svetska zdravstvena organizacija je predložila model organizacije usluga mentalnog zdravlja na više nivoa, koristeći piramidalni okvir (Barbato i drugi, 1). U dnu piramide nalazi se samozbrinjavanje; zatim – nešto uži obim usluga – neformalno društveno zbrinjavanje; na sredini su usluge PZZ u zajednici, koje su i prve u vidu formalnog zbrinjavanja; nakon toga su specijalizovane usluge mentalnog zdravlja i psihijatrijska odeljenja u opštim bolnicama; i, tek na kraju, a najuže u obimu, su ustanove za dugoročno zbrinjavanje i tercijarne usluge.



*Piramidalni okvir modela organizacije usluga mentalnog zdravlja, SZO. Izvor: Lora, A., Lesage, A., Pathare, S., Levav, I. (2016). Information for mental health systems: an instrument for policy-making and system service quality. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 26(04), 3.*

Prve, dakle, u formalnom zbrinjavanju treba da budu usluge mentalnog zdravlja koje pruža PZZ. One su, prema piramidi, najmanje troškovno zahtevne, a za njima postoje najveće potrebe kada se radi o formalnim uslugama (Barbato i drugi, 2-3). Zapravo, najčešći mentalni poremećaji mogu se zbrinjavati već na primarnom nivou. Ove usluge su blizu mesta prebivališta, a manje su stigmatizovane nego specijalističke usluge. Treba, međutim, imati u vidu da integracija usluga mentalnog zdravlja u primarni nivo zahteva pažljivu edukaciju i nadzor nad individualnim pružiocima usluga.

Iako šira po obuhvatu osoba na koje se odnosi, za lica sa mentalnim smetnjama relevantna je i Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom iz 2006. godine (Convention on the rights of persons with disabilities, 2006). Njome je obuhvaćen čitav spektar prava koja su značajna za život u zajednici osoba sa invaliditetom, i o tome će kasnije biti reči.

Kada se radi o evropskom sistemu zaštite ljudskih prava, on uključuje veliki broj komponenti (obavezujućih i neobavezujućih

akata i mehanizama) koje su bitne za osobe sa mentalnim smetnjama: Konvenciju za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda, čije su potpisnice članice Saveta Evrope (European Convention on Human Rights, 1953), te telo za nadzor njenog sprovođenja – Evropski sud za ljudska prava; Konvenciju za prevenciju torture i neljudskog i degradirajućeg postupanja i kažnjavanja (Convention for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment and Punishment, 2002); Evropsku socijalnu povelju – u oblasti stanovanja, zdravlja, obrazovanja, zapošljavanja, socijalne i pravne zaštite, slobodnog kretanja osoba i nediskriminacije, te mehanizme za nadzor (Preporuka 10 (2004) Komiteta ministara Saveta Evrope državama članicama o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva osoba sa mentalnim smetnjama i eksplanatorni memorandum; Preporuka 1235 (1994) Parlamentarne skupštine Saveta Evrope o psihijatriji i ljudskim pravima; Preporuka (83) 2 Komiteta ministara Saveta Evrope državama članicama u vezi sa pravnom zaštitom osoba sa mentalnim smetnjama, koje su nedobrovoljno smeštene u ustanove kao pacijenti) (De Almeida, Killaspy, 2011, 3); Povelja Evropske unije o osnovnim pravima (Povelja Evropske unije o osnovnim pravima, 2007); Helsinška deklaracija o mentalnom zdravlju za Evropu (Deklaracija o mentalnom zdravlju za Evropu, 2005); Zajedničke evropske smernice za prelaz s institucionalne nege na usluge podrške za život u zajednici Evropske ekspertske grupe za prelazak sa institucionalne na negu zasnovanu u zajednici (Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2012).

Iako je bilo različitih sporazuma o mentalnom zdravlju, akcionih programa i planova EU kroz 1990-e i rane 2000-e, može se reći da je kamen temeljac u razvoju i reformama politika mentalnog zdravlja širom Evrope bila Deklaracija i Akcioni plan mentalnog zdravlja za Evropu iz 2005. Svi evropski ministri zdravlja su njima potvrdili da je mentalno zdravlje prioritetna oblast, prepoznali su potrebu za politikama mentalnog zdravlja zasnovanim na dokazima, definisali širok okvir ovih politika, obavezali se da će razvijati, implementirati i ojačavati takve politike i predložili dvanaest oblasti aktivnosti da budu implementirane do 2010. godine. Ovo je uključivalo obavezivanje na razvijanje usluga mentalnog zdravlja u zajednici, smanjivanje velikih psihijatrijskih ustanova i integrisanje usluga mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu (SZO, 2005).

Međunarodni pravni instrumenti značajni su u izazovima koje predstavljaju zloupotreba ljudskih prava i neprihvatljiv kvalitet zbrinjavanja. Na primer, Amnesty internešnal je početkom 2000-ih izveštavao o problemima institucionalnog zbrinjavanja u Bugarskoj, a u Velikoj Britaniji je Dom lordova podržao žalbu prinudno zadržanog pacijenta sa mentalnim smetnjama, koji se žalio da je time što je izolovan prekršen član 8 (1) Evropske Konvencije o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda (*R (Munjaz) v. Mersey Care NHS Trust*). Veliki broj ljudi sa mentalnim smetnjama je i danas izopšten i izolovan iz društva i doživljava diskriminaciju u zapošljavanju, obrazovanju i zdravstvenoj zaštiti. I kvalitet institucionalne zaštite je vrlo bitan, bez obzira na napredak u deinstitucionalizaciji. Identifikacija osnovnih aspekata zbrinjavanja potrebnog za oporavak pojedinaca od teških mentalnih smetnji, maksimizovanje njihove nezavisnosti tako da mogu da opstanu ili da se vrate u društvo čim su u mogućnosti i, istovremeno, zaštita njihovih ljudskih prava, od velikog je značaja. Nacionalni sistemi treba da obezbede da se ovi aspekti zbrinjavanja pružaju u skladu sa standardima (De Almeida, Kíllaspy, 2011, 3-4).

Ljudska prava koja su priznata navedenim aktima su, između ostalog, najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja, "pravni kapacitet" (poslovna sposobnost) i pristanak informisanog pacijenta, pravo na slobodu i bezbednost, pravo na nediskriminaciju i zaštitu protiv nehumanog i degradirajućeg tretmana. Pravo na najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja je naročito važno i uključuje dimenzije kao što su: 1. pristup adekvatnim uslugama; 2. pravo na individualni tretman; 3. pravo na rehabilitaciju i tretman koji promoviše autonomiju, odnosno slobodu odlučivanja; 4. pravo na usluge u zajednici; 5. pravo na najmanje restriktivne usluge; 6. zaštitu ljudskog dostojanstva.

Pravo na usluge u zajednici, izričito priznato članom 19 već pomenute Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom, ima značajne implikacije za organizaciju usluga mentalnog zdravlja svih zemalja potpisnica Konvencije, s obzirom da ono znači da: 1) sve osobe sa invaliditetom (u daljem tekstu: OSI) imaju pravo da žive u zajednici, biraju mesto prebivališta i imaju pristup rezidencijalnim i kućnim uslugama, kao i drugim uslugama u zajednici; 2) države treba da omoguće inkluziju i potpuno učešće OSI u zajednici; 3) usluge u zajednici i kapaciteti za opštu populaciju treba da budu dostupni i osobama sa invaliditetom.

Uprkos svom napretku koji je načinjen u poslednjih par decada, naročito u smislu regulative na međunarodnom i nacionalnom nivou (o kojoj će kasnije biti reči) u cilju poboljšanja situacije osoba za mentalnim smetnjama, životni uslovi su ostali neadekvatni u mnogim zemljama. Faktori koji doprinose nedostatku u tretmanu opstaju, a to su stigma u vezi sa mentalnim zdravljem, nemogućnost osoba sa mentalnim problemima da traže pomoć, činjenica da je tretman uglavnom zastareo i sprovode ga stigmatizovane institucionalne infrastrukture (umesto one osnovane u zajednici) i nedovoljna edukacija zdravstvenih profesionalaca (naročito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti) o mentalnom zdravlju, zajedno sa generalnim nedostatkom svesti i znanja u društvu o mentalnom zdravlju (SZO, 2003). Kao prepreke se ističu i nedovoljno finansiranje usluga mentalnog zdravlja, kao i nedovoljnost ljudskih resursa u ovoj oblasti (Barbato i drugi, 16). Većina evropskih zemalja (oko 83%) ima donele politike mentalnog zdravlja, a skoro sve zemlje (preko 95%) imaju donetu regulativu u ovoj oblasti. Specifične politike, strategije ili planovi za razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici, kao i za smanjivanje velikih psihijatrijskih bolnica i integracija mentalnog zdravlja u PZZ, razvijeni su u najmanje dve trećine evropskih zemalja (SZO, 2003). Postoje, međutim, velike razlike u sadržini ovih akata, tj. politikama zemalja, i dok su u nekim državama one ažurirane tako da odgovaraju izmenjenom idealu usluga mentalnog zdravlja, drugima su potrebna poboljšanja. U daljem tekstu će biti izložena rešenja nekih evropskih zemalja za organizovanje službi za mentalno zdravlje u zajednici.

DEO DRUGI

**ANALIZA EVROPSKIH REŠENJA ZA
OSNIVANJE SLUŽBI ZA MENTALNO
ZDRAVLJE U ZAJEDNICI**

GLAVA PRVA

OPŠTI PREGLED SISTEMA USLUGA MENTALNOG ZDRAVLJA U EVROPI

U Evropi postoji širok spektar usluga mentalnog zdravlja u zajednici i u svakoj zemlji ih je zastupljeno bar po nekoliko. Neke zemlje streme ka uspešnoj implementaciji usluga u zajednici u skladu sa "modelom izbalansirane nege", koji integriše elemente usluga u zajednici i bolničkih usluga i vodi se pravilima zasnovanim na dokazima. U drugima je pak pristup uslugama u zajednici vrlo ograničen i mahom se sastoji od malih pilot-projekata (Third EU Health Programme, 3). Izazovi razvoju usluga u zajednici, sa kojima su se suočavale sve zemlje koje su ušle u ovaj proces su: teškoće u prebacivanju resursa iz velikih ustanova u usluge u zajednici; slaba integracija usluga mentalnog zdravlja u opšte usluge zdravstvenog sistema; nedostatak integracije usluga mentalnog zdravlja sa socijalnim uslugama (naročito se imaju u vidu stanovanje i zapošljavanje); nedostatak partnerstva između privatnog i javnog sektora u oblasti mentalnog zdravlja; neadekvatna obuka osoblja (De Almeida, Killaspy, 2011, 1).

Podela u nivou napretka procesa deinstitutionalizacije i razvoja usluga u zajednici uglavnom postoji između zemalja istočne i zapadne Evrope. U petnaest zemalja koje su prve postale članice EU (zapadne zemlje sa visokim prihodom koje slede ljudsko-pravni pristup i rade na socijalnoj inkluziji tokom nekoliko poslednjih decada) postoji širok spektar usluga u zajednici i veliki broj pacijenata tretira se izvan ustanova. U skladu sa "modelom izbalansirane nege", psihijatrijske bolnice u ovim zemljama su relativno male i blizu zajednice, često su to akutna odeljenja opštih bolnica, a broj bolničkih dana sveden je na najmanju meru. U nekoliko zapadnoevropskih zemalja su napore u ovom smeru otpočeli šezdesetih i sedamdesetih godina dvadesetog veka, pa se tako razvila "sektorska psihijatrija" u Francuskoj, socijalna psihijatrija i mentalno zdravlje

na primarnom nivou u Velikoj Britaniji i psihijatrijska reforma i de-institucionalizacija u Italiji (De Almeida, Killaspy, 2011, 1), i o tome će kasnije biti reči. Ove rane inicijative su praćene daljim napretkom širom Evrope i to kroz: unapređenje uslova života u psihijatrijskim ustanovama, razvoj usluga u zajednici, integraciju usluga mentalnog zdravlja sa opštim zdravstvenim uslugama, razvoj psihosocijalnog zbrinjavanja (stanovanje, profesionalnu obuku), razvoj ljudskih prava osoba sa mentalnim poteškoćama i povećano učešće korisnika i njihovih porodica u unapređenju strategija i usluga u ovoj oblasti (De Almeida, Killaspy, 2011, 1-2).

U zemljama istočne Evrope sa niskim ili nisko-srednjim prihodom, a naročito u desetak zemalja bivšeg Sovjetskog Saveza (Commonwealth of Independent States), pristup uslugama u zajednici je mnogo manji. Velike psihijatrijske ustanove su obično okosnica sistema mentalnog zdravlja, a uslugama u zajednici se smatraju poliklinike i dispanzeri koji se nalaze uz psihijatrijske ustanove. Tamo gde postoje dodatne usluge u zajednici, najčešće ih implementiraju nevladine ili međunarodne organizacije.

Opseg i kvalitet usluga mentalnog zdravlja u zemljama koje su se pridružile EU posle 2004. godine i drugim zemljama srednjeg prihoda su negde između prethodne dve grupe zemalja.

Treba naglasiti da su u mnogim zemljama sprovedeni pilot-projekti koji su rezultirali pozitivnim ishodima, ali su ipak bili samo projekti, uglavnom finansirani iz strukturnih fondova Evropske Unije. U tom smislu su bili privremeni i uglavnom su se odvijali samo u socijalnom sektoru (stanovanje i kućno zbrinjavanje) (De Almeida, Killaspy, 2011, 12).

Granice između sistema različitih zemalja nisu jasne i ne postoje dve zemlje Evrope koje imaju iste sisteme zaštite mentalnog zdravlja. Zapravo, trenutno ne postoji sistematičan metod prikupljanja i diseminacije informacija o dobrim praksama u oblasti mentalnog zdravlja koje bi donosioci politika širom Evrope koristili za unapređenje usluga mentalnog zdravlja u zajednici (Third EU Health Programme, 3). U toku Trećeg programa delovanja EU u oblasti zdravstva, sprovedenog u periodu 2014-2020, tim EU za dobre prakse je, u cilju efektivne analize podataka koje su prikupljali donosioci politika u oblasti mentalnog zdravlja i blagostanja, nastojao da razvije kriterijume i procese evaluacije dobrih praksi. Kriterijumi su

uključivali: informaciju o intervenciji, relevantnost iste, zasnovanost na teoriji, karakteristike intervencije, participaciju, etičke aspekte, efektivnost i efikasnost, održivost, intersektorsku saradnju, transferabilnost i jednakost (Third EU Health Programme, 4). U tom smislu su, bar, postavljeni indikatori kvaliteta usluga. Kako materijali nekih od učesnika u projektu nisu zadovoljili sve kriterijume, nisu bili ni uključeni u evaluaciju, odnosno materijal, što pokazuje da približna ujednačenost u kvalitetu usluga i prikupljanju podataka još uvek nije postignuta.

U daljem tekstu će biti reči o evropskim sistemima u globalu, a s obzirom na vrstu usluga koje se pružaju.

Kada se radi o *bolničkim uslugama*, širom Evrope broj bolničkih kreveta pada i bolnice se zatvaraju. Međutim, u nekim zemljama proces smanjivanja kapaciteta bolnica sporiji je nego u drugima. Iako usluge psihijatrijskih bolnica postoje u većini evropskih zemalja (izuzeci su Italija, Island, Andora, Monako i San Marino), broj psihijatrijskih kreveta i balans između kreveta u psihijatrijskim ustanovama i kapacitetima koji se nalaze u društvu varira dosta između zemalja. Dok neke zemlje imaju mali broj kreveta u ustanovama usled napretka koji je učinjen ka deinstytucionalizaciji i zbrinjavanju u društvu (UK i Italija), dotle je u drugima mali broj kreveta u ustanovama rezultat nedostatka finansiranja za usluge mentalnog zdravlja uopšte (u Albaniji i Turskoj). Druge zemlje, a primarno prvih EU-15, kao na primer Belgija, Francuska, Nemačka i Holandija, imaju kombinaciju velikog broja kreveta u ustanovama i usluga u zajednici. U velikom broju istočnoevropskih zemalja institucionalna zaštita preteže nad zbrinjavanjem u zajednici, i to sa oko dve trećine kreveta za lica sa psihijatrijskim bolestima, lociranim u psihijatrijskim bolnicama (Semrau i drugi, 2011, 222-224), odnosno ustanovama za trajniji smeštaj, u odnosu na jedinice za kratkotrajno zbrinjavanje (prim. aut.).

Dok sve zemlje evropskog regiona, u principu, imaju usluge mentalnog zdravlja integrisane u *primarnu zdravstvenu zaštitu*, njihov opseg i kvalitet dosta variraju. U dosta zemalja je primarna zdravstvena zaštita još uvek neadekvatna za pružanje usluga mentalnog zdravlja, pa se čak može reći da ni u zemljama sa visokim prihodima pružanje usluga mentalnog zdravlja u PZZ nije optimalno. Edukacija u oblasti mentalnog zdravlja za osoblje PZZ dostupna je u oko dve trećine zemalja, a i tamo je uglavnom nedovoljna, što često

rezultira time da problemi u mentalnom zdravlju nisu prepoznati ili su metode tretmana nepoznate (Semrau i drugi, 2011, 222-224).

Iako postoji definitivni trend povećanja *usluga mentalnog zdravlja u zajednici* i smanjenja usluga institucionalne zaštite, dinamika i skala u kojoj se ovo događa, kao i kvalitet usluga, dosta varira širom Evrope. Na primer, najmanje 85% zemalja prijavljuje da ima dnevne centre za mentalno zdravlje, ali u nekim zemljama takve usluge su vezane za psihijatrijske bolnice ili su brojčano vrlo ograničene, dok u drugim postoje različite dnevne usluge u zajednici. Nadalje, pristup takvim uslugama ograničen je u zavisnosti od zemlje, a ovo naročito važi u istočnim zemljama Evrope. Ponekad to da li će i koja usluga biti pružena zavisi od lokacije, godina, pola, etniciteta, zaposlenosti, tipa dijagnoze, obrazovanja, socioekonomskog statusa korisnika. Ovakve usluge su pristupačnije u urbanim nego u ruralnim sredinama (Semrau i drugi, 2011, 222-224).

Budući da postoji ovakva raznorodnost i neusaglašenost usluga na nivou Evrope, i budući da, i globalno posmatrano, institucionalno zbrinjavanje preteže nad onim u zajednici, Evropska komisija je 2016. godine usvojila Evropski okvir za akciju o mentalnom zdravlju i blagostanju (European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing) (u daljem tekstu: Evropski okvir), o kome će u daljem tekstu biti reči.

GLAVA DRUGA

EVROPSKI OKVIR ZA AKCIJU O MENTALNOM ZDRAVLJU I BLAGOSTANJU

Efektivnost usluga mentalnog zdravlja u zajednici treba da se ceni na osnovu dokaza. U cilju izbegavanja nepotrebnog dupliranja informacija, baze dokaza bi trebalo da uključuju sisteme standardizovanog sakupljanja podataka i indikatore. Trebalo bi da postoji međunarodni konsenzus o definicijama usluga i njihovih komponenti. Zajedno sa adekvatnim sistemima diseminacije standardizovano prikupljenih podataka o uslugama, ovo može omogućiti poređenje usluga i programa zasnovanih na dokazima. To bi dalo priliku kreatorima politika da na osnovu analiza i poređenja donose odluke o adekvatnoj alokaciji ograničenih resursa u usluge u zajednici kojima se postiže najbolji efekat.

Evropska komisija je 2016. godine na konferenciji u Briselu, organizovanoj u okviru programa EU - Zajednička akcija za mentalno zdravlje i blagostanje, usvojila Evropski okvir za akciju o mentalnom zdravlju i blagostanju (European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing) (u daljem tekstu: Evropski okvir). Program Zajednička akcija za mentalno zdravlje i blagostanje započeo je 2013. godine i u njega je bilo uključeno 25 zemalja članica EU, kao i Island i Norveška. Cilj je bio da se doprinese promociji mentalnog zdravlja i blagostanja, prevenciji mentalnih poremećaja i poboljšanju zbrinjavanja i socijalne inkluzije osoba sa mentalnim smetnjama u Evropi, te da se sačini okvir za aktivnosti u kreiranju politika u oblasti mentalnog zdravlja na nivou Evrope.

Fokus Zajedničke akcije je bio stavljen na pet oblasti realizovanih u vidu radnih paketa: 1) promocija mentalnog zdravlja u radnom okruženju; 2) promocija mentalnog zdravlja u školama; 3) promocija aktivnosti protiv depresije i suicida i implementacija e-zdravlja; 4) *razvoj zbrinjavanja u oblasti mentalnog zdravlja u*

zajednici i na socijalno inkluzivan način za ljude sa znatnim mentalnim smetnjama; i 5) promocija integracije mentalnog zdravlja u svim politikama. Već iz naziva proizilazi da su svi paketi bili usmereni na mentalno zdravlje u zajednici, ali se Paket 4 konkretnije bavio ovom temom.

Ciljevi Radnog paketa 4) bili su: obezbeđivanje tranzicije iz institucionalnog u sveobuhvatno zbrinjavanje u oblasti mentalnog zdravlja u zajednici, sa akcentom na dostupnosti zdravstvene zaštite za ljude sa mentalnim smetnjama, koordinaciji zdravstvene i socijalne zaštite za ljude sa težim mentalnim smetnjama, kao i na integrisanoj zaštiti za ove osobe; osposobljavanje usluga u zajednici u oblasti mentalnog zdravlja, kroz dobro koordinisanu PZZ, specijalističke usluge mentalnog zdravlja i socijalne usluge; razvijanje mehanizama pristupa tretmanu; podizanje kvaliteta tretmana i usluga koje se pružaju; primena pristupa zbrinjavanju osoba sa mentalnim smetnjama, zasnovanih na dokazima i na integrisanom zbrinjavanju mentalnih poremećaja i drugih hroničnih bolesti.

Napredak koji je u različitim zemljama postignut u okviru Radnog paketa 4) je neujednačen. Psihijatrijske bolnice su izgubile centralno mesto koje su ranije imale, ali su i dalje značajne i velika količina resursa je koncentrisana u njima. Značajan napredak učinjen je u razvoju usluga kratkotrajnog zbrinjavanja u opštim bolnicama. U nekim zemljama su razvijene i rezidencijalne ustanove u zajednici, koje doprinose obezbeđivanju rezidencijalne podrške i psihosocijalne rehabilitacije u zajednici ljudima sa ozbiljnim mentalnim smetnjama koji nemaju mogućnost da žive nezavisno. Međutim, u nekim zemljama postoji rizik da ove ustanove preuzmu ulogu institucionalnog modela tradicionalnih psihijatrijskih ustanova.

Najveći uspeh je postignut time što se povećao broj kreveta u opštim bolnicama i razvile vanbolničke usluge, usluge dnevnog zbrinjavanja i centri za mentalno zdravlje u zajednici.

Iz Zajedničke akcije proistekle su preporuke: da zemlje članice razvijaju i implementiraju politike i usluge kojima se cilja na izmene postojećih nedostataka u zaštiti mentalnog zdravlja; da se promoviše zbrinjavanje u zajednici i socijalna inkluzija ljudi sa dugotrajnim mentalnim poremećajima; da politike mentalnog zdravlja i regulativa treba da budu razvijene i ažurirane u skladu sa principima SZO i Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom.

Promena pravca sa dugotrajnog lečenja u psihijatrijskim bolnicama u sistem zasnovan na opštim bolnicama i uslugama mentalnog zdravlja u zajednici treba da se pokrene svuda; potrebno je integrisati mentalno zdravlje u PZZ, da bi se fokus pomerio sa specijalizovanog mentalnog zbrinjavanja na usluge u zajednici i da bi se ustanovio ili povećao broj psihijatrijskih jedinica u opštim bolnicama; nužno je promovisati ovu tranziciju, pri tome obezbeđujući unapređenje kvaliteta usluga i zaštitu ljudskih prava u svim aspektima sistema; potrebno je obezbediti da psihosocijalna podrška u zajednici bude dostupna; obezbediti razvoj drugih usluga i programa u zajednici za specifične populacione grupe; neophodno je razviti strukturisanu saradnju između usluga mentalnog zdravlja, socijalnih usluga i usluga zapošljavanja, u cilju ponude rezidencijalnih kapaciteta u zajednici, programa radne terapije i osposobljavanja i drugih psihosocijalnih rehabilitacionih intervencija; obezbediti minimalne standarde kvaliteta ovih usluga i njihove adekvatne koordinacije; obezbediti kontinuitet zbrinjavanja; važno je unaprediti efektivnost mehanizama monitoringa i koristiti ih, kao i unaprediti upravljačke strukture, u cilju izvođenja efektivnih potrebnih reformi u oblasti mentalnog zdravlja; i, potrebno je u tranzicionom periodu pribaviti i efikasno primeniti resurse u cilju zadovoljavanja potreba populacije u ovom procesu i dobre saradnje između zdravstvenog i socijalnog sektora (European Framework for Action, 2016, 15).

Iako ne možemo izvući standardan model usluga u zajednici, u daljem tekstu će biti reči o primerima dobre prakse pojedinih evropskih zemalja.

GLAVA TREĆA

KONKRETNI PRIMERI DOBRE PRAKSE U RAZVOJU USLUGA U ZAJEDNICI/CENTARA ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Italija

Zbog utvrđenih problema u praksi, a to su da su osobe sa mentalnim smetnjama držane, lečene i kategorisane kao zatvorenici, u zaključanim ustanovama, i izopštene iz porodica i društva, donet je italijanski zakon kojim se reformiše mentalno zdravlje - Zakon o dobrovoljnoj i obaveznoj zdravstvenoj proceni i tretmanu (Legge n. 180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, 1978). Ključne odredbe Zakona kojima su u sistem unete suštinske promene su: zabrana prijema novih pacijenata u postojeće psihijatrijske bolnice; zabrana izgradnje novih psihijatrijskih bolnica; otvaranje odeljenja za psihijatriju u opštim bolnicama sa maksimalnim kapacitetom od po 15 kreveta; centri za mentalno zdravlje u zajednici pružaju ambulantno psihijatrijsko lečenje na osnovu geografske podele; prinudno lečenje moguće je primeniti samo u izuzetnim okolnostima, u trajanju od sedam dana, s tim što se može obnoviti, ali uz ponovnu sedmodnevnu procenu (De Almeida, Killaspy, 2011, 6). Zakon je predvideo uspostavljanje sveobuhvatnog i integrisanog sistema brige o mentalnom zdravlju, koji je trebalo da bude prilagođen i implementiran na regionalnom nivou, tako da pokriva određeni procenat stanovništva (Čirić Milovanović, 2017, 16-17). Zakon je zasnovan na stavu da osobe koje boluju od mentalnih bolesti ne predstavljaju opasnost po društvo. Taj stav i sam Zakon su podržali italijanski i psihijatri drugih zemalja. Tada je postignut međunarodni konsenzus da ukoliko postoji adekvatno zbrinjavanje osoba sa mentalnim bolestima, one neće biti opasne (Palermo, 1991, 99). Vremenom su, u toku

dve decenije, psihijatrijske ustanove (azili, velike psihijatrijske bolnice) zatvorene i zamenjene regionalnim odeljenjima za mentalno zdravlje. Pacijenti su otpušteni i upućeni svojim porodicama, nezavisnom životu ili u grupno stanovanje. Ponuđen je veliki dijapazon usluga, kao što su centri za mentalno zdravlje u zajednici, male jedinice u opštim bolnicama, dnevni centri i rezidencijalni kapaciteti zajednice za stanovanje uz podršku. Kontinuirano se razvijaju inovativne usluge koje pružaju sveobuhvatnu, multidisciplinarnu psihijatrijsku brigu i lečenje, ali i dalje postoje značajne geografske razlike po pitanju kvaliteta usluga (Čirić Milovanović, 2017, 17).

Osnovni principi *italijanske psihijatrije u zajednici*, uvedeni Zakonom iz 1978. godine, bili su: integrisanje svih intervencija u jedno odeljenje za mentalno zdravlje; kontinuitet u vođenju slučaja u različitim oblastima odeljenja za mentalno zdravlje; tretiranje pacijenta u mestu gde živi i radi; valorizacija znanja i resursa korisnika i članova porodice i njihovo aktivno uključivanje; obezbeđivanje raspona usluga zasnovanih na potrebama; i, omogućavanje rada u saradnji sa drugim lokalnim uslugama u zajednici (De Stefani i drugi, 2011, 3).

Zakon iz 1978. godine je, međutim, dao opšte smernice, ali ne i konkretne načine svoje implementacije. Donet je na nacionalnom nivou, ali je odgovornost za njegovu primenu, odnosno prelaz na zbrinjavanje u zajednici, preneti na italijanske regione. U tom smislu, u 20 italijanskih regiona postoji širok dijapazon rešenja kada se radi o resursima posvećenim psihijatriji u zajednici, kao i obimu usluga koje se nude. I nekoliko desetina godina nakon donošenja Zakona postoje razlike u procesu implementacije. Svaki italijanski region je uspostavio svoj specifični sistem zaštite mentalnog zdravlja, te je svaki od njih primer koji se posebno može i mora procenjivati u smislu politika, resursa i pružanja usluga. U daljem tekstu će biti opisani primeri nekih italijanskih gradova/regiona (Lora i drugi, 2012, 448).

Trst

Odeljenje za mentalno zdravlje u Trstu je pionir i najuspešniji primer reforme. Od 1980. godine u Trstu su zatvorene psihijatrijske bolnice i uspostavljena mreža centara za mentalno zdravlje u zajednici, koji rade 24 časa dnevno i koji mogu da se nose sa najtežim stanjima i

da pružaju podršku korisnicima u dnevnom životu, sa izgledom na uspeh i socijalnu inkluziju. Usluge se mogu koristiti uz učešće u društvenim zbivanjima, zaposlenje i poštovanje ljudskih prava (Inovative practices 2015 on Independent Living and Political Participation).

Odeljenje za mentalno zdravlje u Trstu upravlja sa četiri centra za mentalno zdravlje na 236.000 stanovnika, od kojih svaki ima 4 do 8 kreveta i otvoren je sedam dana u nedelji, po 24 časa. Ljudske resurse jednog tima za mentalno zdravlje čine oko 30 sestara, dva socijalna radnika, dva psihologa, dva stručnjaka za rehabilitaciju i 4-5 psihijatar (Mezzina, 2014, 440). Sistem mentalnog zdravlja uključuje usluge rehabilitacije i rezidencijalnog smeštaja, sa 45 kreveta u grupnim stanovima (zaštićeno stanovanje), kao i mrežu od 15 socijalnih zadruga u kojima rade osobe sa mentalnim i drugim teškoćama. Kreveti u zaštićenom stanovanju se ne mogu smatrati psihijatrijskim krevetima, mada neki od njih zahtevaju 24-časovnu podršku (Jović i drugi, 2016, 11; De Almeida, Killaspy, 2011, 7). U opštoj bolnici, uz to, postoji psihijatrijsko odeljenje sa 6 kreveta. Svake godine 160 korisnika dobije individualni plan zbrinjavanja. Oko 180 ljudi je na profesionalnoj obuci finansiranoj iz bespovratnih sredstava donatora (grantova), od čega 20–25 godišnje dobije posao na tršćanskom tržištu rada (Jović i drugi, 2016, 11).

Ovu praksu SZO koristi kao eksperimentalni model za deinstitucionalizaciju u oblasti mentalnog zdravlja, a tršćansko odeljenje je 1987. godine postalo saradnički centar SZO, potvrđen kao takav do 2018. godine. Ovo odeljenje je pomoglo SZO u vođenju drugih zemalja kroz proces deinsitucionalizacije i razvoja integrisanih i sveobuhvatnih usluga mentalnog zdravlja u zajednici. S obzirom da je deinstitucionalizacije tako uspešna u Trstu, pristup zbrinjavanja u zajednici je implementiran u celom tom regionu (*Friuli Venezia Giulia*) i služi kao model u više od 30 zemalja sveta (Inovative practices 2015 on Independent Living and Political Participation).

Oblast Emilia Romagna

Razvoj psihijatrijskih službi u zajednici u oblasti *Emilia Romagna* predstavlja takođe dobar primer faznog pristupa. Početkom 80-tih uspostavljeni su centri za mentalno zdravlje u

zajednici, počelo se sa izmeštanjem pacijenata iz psihijatrijskih bolnica u manje, vanbolničke rezidencijalne jedinice, kao i sa uspostavljanjem mreže psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama. Resursi za ostvarivanje ovih zadataka obezbeđeni su postepenim oslobađanjem postojećih resursa - zatvaranjem velikih psihijatrijskih bolnica i njihovim preusmeravanjem na novouspostavljene usluge mentalnog zdravlja u zajednici. Mnogi (ne i svi) profesionalci prihvatili su prelazak iz starih u nove službe, što je bilo praćeno intenzivnom obukom na novom radnom mestu. Uspostavljen je regionalni centar za psihijatriju radi koordinacije i nadgledanja kompletnog procesa. Ovaj centar je u nadležnosti lokalne administracije i njime uvek rukovodi stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja. Posljednja psihijatrijska bolnica u ovoj regiji zatvorena je 1997. godine, 19 godina od početka reforme (De Almeida, Killaspy, 2011, 7).

U oblasti *Emilia Romagna* otpočet je 2000. godine program integracije PZZ i službi za mentalno zdravlje. Radilo se o pokušaju zdravstvenih vlasti ovog regiona da koordinišu inicijative nastale na terenu (*bottom-up* pristup). U toku prethodnih godina napravljena je kolaborativna mreža širom regiona sastavljena od predstavnika lokalnih zdravstvenih vlasti, pružalaca usluga mentalnog zdravlja i odeljenja PZZ, akademskih i naučnih ustanova. Ciljevi programa su: unapređenje kvaliteta tretmana pacijenata sa čestim psihijatrijskim poremećajima, u PZZ; modifikovanje smernica zbrinjavanja; podrška vođenju čestih psihijatrijskih poremećaja u primarnoj zaštiti; i, usmeravanje aktivnosti usluga službi za mentalno zdravlje prema slučajevima koji su teški za lečenje.

Sačinjene su regionalne preporuke za postupanje u slučajevima depresije, koje su na različite načine razdvojene relevantnim akterima. Iniciran je niz edukacija, počevši od regionalnog kursa "treening za trenere", koji je nastavljen na lokalnom nivou. Predavači su izabrani među profesionalcima: lekari u PZZ, predavači za Italijansko društvo PZZ, lekari PZZ sa znanjem u oblasti mentalnog zbrinjavanja, psihijatri koji su imali prethodno radno iskustvo u PZZ (Barbato i drugi, 24).

Projektom su postignuti sledeći rezultati: implementacija inovativnog pristupa – usluga psihijatrijskih konsultacija u PZZ širom regiona; edukacije širom regiona, koje su pokrile oko 150

profesionalaca (u okviru PZZ i profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja); razvoj regionalnih smernica za vođenje čestih mentalnih poremećaja, u koordinaciji PZZ i službi mentalnog zdravlja (Barbato i drugi, 24).

Lombardija

Lombardija je najveći italijanski region i ima odeljenja za mentalno zdravlje u okviru organizacije Nacionalne zdravstvene službe, koja obezbeđuju usluge mentalnog zdravlja određenog regiona. Ova odeljenja pružaju usluge u zajednici, uključujući timove koji izlaze na teren (*outreach teams*), bolnice, dnevne centre i rezidencijalne ustanove. Lombardija je od 1980. godine usvojila model odeljenja za mentalno zdravlje zasnovan na multidisciplinarnim timovima, koje vode psihijatri, a sastoje se od psihijatara, psihologa, sestara, socijalnih radnika, radnih terapeuta, savetnika za rehabilitaciju i pomoćnog osoblja. Svako odeljenje treba da bude sposobno da obezbedi psihijatrijsku pomoć, od akutnog zbrinjavanja do dugotrajne rehabilitacije. Zbog toga treba da postoji: centar za mentalno zdravlje u zajednici, jedinica za psihijatrijsko zbrinjavanje u opštoj bolnici, dnevni centar, kao i rezidencijalna jedinica u zajednici. Lombardija je 2009. godine imala mrežu psihijatrijskih usluga sačinjenu od 64 odeljenja za mentalno zdravlje, sa ukupno 98 centara za mentalno zdravlje u zajednici, 105 dnevnih centara sa po dva mesta na populaciju od 10.000 ljudi, 54 jedinica za psihijatrijsko zbrinjavanje u opštim bolnicama sa po jednim krevetom na populaciju od 10.000 stanovnika i 273 rezidencijalne jedinice u zajednici sa po četiri kreveta na 10.000 stanovnika. Što se tiče zaposlenih, 2009. godine je bilo 8,3 profesionalca na 10.000 korisnika: 41% su činile sestre, 25% pomoćnici, 13% psihijatri, 14% radni i rehabilitacioni terapeuti, 4% psiholozi, 3% socijalni radnici. 21% radnih sati osoblja se provodi u centrima za mentalno zdravlje, 22% u jedinicama opštih bolnica, 8% u dnevnim centrima, a 48% u rezidencijalnim jedinicama u zajednici (Lora i drugi, 2012, 448).

Pacijenti imaju direktan pristup specijalističkim uslugama mentalnog zdravlja, ali ih uglavnom upućuje njihov izabrani lekar sa primarne zdravstvene zaštite. Centri za mentalno zdravlje predstavljaju ulazak u sistem u većini slučajeva (Lora i drugi, 2012, 449).

Pacijent ima kontinuiranu negu ako na 90 dana ima bar jedan kontakt sa nekom od pomenutih usluga. Koncept zbrinjavanja zasnovan je na paketima usluga. Paket usluga je skup usluga koji se obezbeđuje osobi na osnovu različitih, pažljivo procenjenih komponenti: karakteristika pacijenta, tipa tretmana i intenziteta zbrinjavanja. Paket je mešavina različitih usluga koje se pružaju pacijentu. Identifikovano je, iz iskustva u praksi, pet paketa usluga. Prvi je Klinički paket, gde se pacijenti tretiraju samo u centru za mentalno zdravlje od strane psihijatra ili psihologa. Drugi je Paket zbrinjavanja u zajednici, gde su pacijenti tretirani samo u centru za mentalno zdravlje, ali pored psihijatra ili psihologa, usluge pružaju i drugi profesionalci (sestre, socijalni radnici, rehabilitacioni terapeuti). U trećem paketu pacijenti dobijaju usluge u dnevnim centrima, bez prijema u bolnicu ili rezidencijalnu jedinicu. Četvrti paket je Bolnički, gde pacijenti imaju bar jedan prijem u bolnicu, bez prijema u rezidencijalnu jedinicu. I, peti paket je Rezidencijalni, gde su pacijenti imali bar jedan prijem u rezidencijalnu jedinicu u zajednici, nezavisno od kontakata sa drugim pružaocima usluga (Lora, 2012, 449).

Uspešnost svakog od modela zbrinjavanja koji se navode se, naravno, mora ceniti na osnovu različitih indikatora i prikupljenih činjenica. Tako je u Lombardiji utvrđeno da je u blagom porastu broj pacijenata koji su imali kontinuitet zbrinjavanja. Međutim, ukupan broj tretiranih pacijenata se malo menjao. Paketi usluga su se menjali, pa je porastao broj pacijenata sa šizofrenijom i afektivnih poremećajima, koji su tretirani kliničkim, rezidencijalnim paketima i paketima dnevnog smeštaja. Broj pacijenata koji su tretirani društvenim i bolničkim paketom je smanjen. Korišćenje rezidencijalnog paketa nije veliko, ali je poraslo u svim grupama, sem kod neurotičnih poremećaja. Malo pacijenata primljenih u bolnicu nije dobilo nikakve usluge u zajednici. U svakom slučaju, sistem mentalnog zdravlja je čvrsto zasnovan na uslugama u zajednici, a korišćenje bolničkih usluga pada, prebacujući se na rezidencijalne jedinice (Lora i drugi, 2012, 252).

Pozitivni rezultati lombardijskog sistema su povećanje pristupa uslugama, kontinuitet zbrinjavanja osoba sa mentalnim bolestima, niska stopa bolničkih prijema i prebacivanje zbrinjavanja sa bolničke na rezidencijalnu negu. Budući izazovi u sistemu su: kako postojećim resursima postići zbrinjavanje osoba sa čestim, ali i onih

sa teškim mentalnim poteškoćama; ojačavanje veze sa primarnom zaštitom; veći fokus na ranu intervenciju i unapređenje kontinuiteta zbrinjavanja za ljude sa teškim mentalnim poremećajima; ojačavanje tima centara za mentalno zdravlje u zajednici; prikupljanje podataka i upoređivanje na bazi regiona, kako bi se bolje razumela i cenila uspešnost pojedinih modela zbrinjavanja (Lora i drugi, 2012, 453).

Oblast Veneto

Veneto je jedan od 20 italijanskih regiona sa populacijom od 4,8 miliona stanovnika. On ima 20 lokalnih samouprava i svaka od njih ima odeljenje za mentalno zdravlje koje je odgovorno za planiranje i koordinaciju svih usluga mentalnog zdravlja, uključujući i bolničke i usluge u zajednici, a koje nastoji da integriše socijalne i zdravstvene usluge. Odeljenjem upravlja direktor, kome podršku daje komitet koji se sastoji od direktora svih najvažnijih jedinica odeljenja. Odeljenje ima i skupštinu u kojoj je predstavljeno svo osoblje i donosioci odluka u lokalnoj samoupravi. Odeljenje sarađuje sa nevladinim organizacijama i udruženjima pacijenata i njihovih porodica. Svako odeljenje mora imati bar po jednu od sledećih usluga: centar za mentalno zdravlje, odgovoran za programe individualnog lečenja; psihijatrijsko odeljenje u opštoj bolnici, sa 16 kreveta; terapeutsku zajednicu, sa 14 kreveta; rezidencijalni smeštaj, sa 6-20 kreveta; zaštićeno stanovanje, sa 4 kreveta; dnevni centar, za 20 pacijenata. Standard je da postoji po jedna od svih navedenih usluga na 100.000 stanovnika, sem rezidencijalnog smeštaja i zaštićenih stanova (gde je standard 1 na 50.000 stanovnika). Trajanje programa individualnog tretmana je u proseku od 12 do 36 meseci (Roles and Responsibilities of Mental Health Services in Veneto).

U oblasti Veneto 805 kreveta je opredeljeno za akutna psihijatrijska stanja u 40 opštih bolnica. Osnovano je 337 usluga u zajednici, od čega 111 u rezidencijalnim jedinicama. Od ovog broja usluga u zajednici, tri četvrtine je pod upravom lokalnih samouprava. Za ovaj broj usluga i stanovnika opredeljeno je 3.000 profesionalaca (od čega 80% zaposlenih od strane lokalne samouprave), i to: 47% sestara, 24% negovatelja, 13% psihijatara, 6% osoba za obučavanje, 3% psihologa, 3% socijalnih radnika. Od 2008. godine tretirano je

77.179 osoba, od čega je 12.421 primljeno u opšte bolnice, a 61.476 u usluge u zajednici (Roles and Responsibilities of Mental Health Services in Veneto). Planiranjem u ovom regionu rukovodi Regionalni komitet za mentalno zdravlje, osnovan 2005. godine, a koji se sastoji od predstavnika lokalnih odeljenja za mentalno zdravlje, opština, lokalnih zdravstvenih službi, predstavnika univerziteta, nevladinog sektora, pacijenata i njihovih porodica. Komitet priprema za regionalnu vladu planove mentalnog zdravlja, standarde za akreditaciju usluga mentalnog zdravlja i smernice o obaveznom lečenju (Roles and Responsibilities of Mental Health Services in Veneto).

Oblast Trento

Trento je 2016. godine imao 536.967 stanovnika. Trento primenjuje principe italijanske psihijatrije u zajednici, a razvio je i pristupe "zajednički rad" ("Doing Together" Approach) i "eksperti – korisnici i članovi porodice" (što je zapravo ono što se prepoznaje kao vršnjačka podrška – *peer support* – prim. aut.) Pristup "zajednički rad" je filozofija orijentisana na oporavak i zasnovana na znanju i resursima korisnika, članova porodice i građana i njihovom aktivnom uključivanju u sve aktivnosti odeljenja za mentalno zdravlje (Torri, 2016, 3-4). Centar za mentalno zdravlje se uvek nalazi van bolnice. On predstavlja ulaz u sistem i "srce" odeljenja za mentalno zdravlje. Od njega korisnik biva upućen na različite usluge u zajednici: lekara opšte prakse, opštinu, socijalne usluge, pravnu pomoć, školu, udruženja). Centar za mentalno zdravlje se bavi kriznim situacijama, aktivirajući sve raspoložive interne i eksterne kapacitete odeljenja za mentalno zdravlje. Centar je otvoren svaki dan i ima dva psihijatra, 10 sestara i lica za obuku i 3 eksperta korisnika i člana porodica. Pored centra postoje i terenske ekipe koje su multisektorski sastavljene i rade kod kuće ili u bilo kom okruženju gde se korisnik nalazi. Opređeljeno osoblje za terenske ekipe su: 7 psihijatar, 12 sestara i lica za obuku, 2 eksperta korisnika i člana porodica. Terenske ekipe rade radnim danima. Kada se radi o psihijatrijskim odeljenjima u opštim bolnicama, ona primaju korisnike u kriznim situacijama koji se ne mogu zbrinuti na terenu. Ova odeljenja imaju po 15 kreveta. Odeljenja primaju i korisnike kojima je potrebno prinudno lečenje. Ona, međutim, nisu zatvorenog tipa i ne primenjuju izolaciju ni

fiksaciju. U odeljenjima se primenjuje princip razgovora između korisnika, kao i rehabilitacione aktivnosti koje organizuju volonteri. Odeljenja imaju 3 psihijatra, 23 sestre i osobe za obuku i 7 eksperata korisnika i članova porodice. Prosečno imaju 300 prijema godišnje, a prosečna dužina hospitalizacije je 12 dana. Kada se radi o usluzi stanovanja, odeljenja za mentalno zdravlje nude različite opcije, u zavisnosti od potreba korisnika: 1) "Sun House" sa 13 kreveta, gde žive osobe kojima je potrebna 24-časovna podrška (za koju radi 8 sestara i lica za obuku i 7 eksperata korisnika i članova porodica); 2) 10-ak jedinica za zaštićeno stanovanje, gde jedan profesionalac pruža podršku pola sata dnevno (za koju radi 7 sestara i lica za obuku i četiri eksperta korisnika i člana porodice); 3) najčešći vid stanovanja je kohabitacija korisnika ili hraniteljska porodica ili osoba koja želi da primi korisnika. Vid stanovanja se bira zajedno sa korisnikom. Kada se radi o usluzi zapošljavanja, nju sprovodi tim profesionalaca koji nudi različite mogućnosti zapošljavanja i to kroz dva kanala: 1) institucionalni, koji nudi mogućnost zapošljavanja osobama sa invaliditetom na osnovu nacionalnih i lokalnih propisa. Korisnici moraju imati osnovne kompetencije, tako da "osobe sa teškim invaliditetom" nemaju pristup ovim uslugama; i, 2) interni, koji se realizuje zahvaljujući saradnji između odeljenja i njegovog partnerskog udruženja "La Panchina", i to tako što se kreiraju nove radne oblasti koje vode volonteri zarad angažovanja teško obolelih pacijenata. Cilj je da se proizvede roba visokog kvaliteta za otvoreno tržište (torbe od recikliranih materijala, catering, pranje kola, baštovanstvo...). Na ovoj usluzi su angažovane tri sestre i osobe za obuku u vidu četiri volontera. Oko 165 korisnika koristi institucionalni, a 140 korisnika interni kanal (Torri, 2016, 2-8). Pored ovih usluga postoje i različite vrste organizovanih okupljanja i sastanaka radi boljeg uklapanja u zajednicu: redovni porodični sastanci (na dva meseca, po dva sata, okupljanje 10-15 porodica, a sastancima rukovode jedan profesionalac i jedan član porodice ili korisnik); grupe za unapređenja kvaliteta usluga odeljenja (sastaju se jednom mesečno i uključuju profesionalce, korisnike, članove porodice i volontere); parlament za mentalno zdravlje odeljenja Trenta (koji je nastao 2015. godine i sastoji se od šest profesionalaca, pet korisnika, tri člana porodice i jednog volontera; sastaje se jednom nedeljno na tri sata i diskutuje o temama predloženim u okviru odeljenja; odluke parlamenta su obavezne za odeljenje) (Torri, 2016, 13-20). Postoje i drugi oblici neformalnog, ali organizovanog rada u okviru odeljenja.

Francuska

Lil

Proces deinstitutionalizacije u istočnom delu Lila započet je sedamdesetih godina, a inicirale su ga psihijatrijska bolnica Armon-tjer (javna bolnica koja pokriva populaciju od 900.000 stanovnika) i neprofitna Medicinska psihosocijalna asocijacija, uz uključivanje čla-nova lokalne samouprave, profesionalaca u oblasti mentalnog zdrav-lja, socijalnih radnika, korisnika i predstavnika osoblja službi podrške (De Almeida, Killaspy, 2011, 9).

Na samom početku, kreirani su medicinsko-psihološki centar i centar za stanovanje i deinstitutionalizaciju, specijalizovani za rehabilitaciju hroničnih, dugotrajno institucionalizovanih pacijenata. Nakon toga, inicirana je saradnja sa lokalnim samoupravama i kontakti sa upraviteljima socijalnih stanova, radi uspostavljanja zajedničkih i „tera-peutskih“ stanova, a zatim i radi pristupa podršci i stambenim jedinica-ma raspoređenim svuda u zajednici. Započeti su programi u oblasti za-stupanja, borbe protiv stigme, istraživanja u svrhu izrade strategija i razvoja servisa i program psihosocijalne rehabilitacije (De Almeida, Kil-laspy, 2011, 9).

Reforma je sprovedena u dva koraka. Prvi korak (1975-1995) bilo je premeštanje iz psihijatrijske bolnice u zajednicu, kroz sektori-zaciju, uz podršku državnog (centralnog) budžeta. Drugi korak (1995-2006) se sastojao od decentralizacije i otvaranja psihijatrijskih službi uključivanjem profesionalaca u zdravstvene, socijalne i kulturne uslu-ge na lokalnom nivou. Ova integracija podstakla je participaciju osta-lih interesnih grupa (korisnika, porodica, profesionalaca i izabranih predstavnika) u donošenju odluka koje se tiču psihijatrijske zdravstve-ne zaštite. Nakon upućivanja od strane lekara opšte prakse, osobu pregleda stručni radnik zadužen za taj sektor, koji pravi procenu situ-acije za manje od 24 sata. Po potrebi, osoba se istog dana upućuje psihijatru. Timovi raspoređeni na više različitih lokacija u zajednici pružaju vanbolnički tretman (Ćirić Milovanović, 2017, 20). Od 2009. godine 80% zaposlenih profesionalca radi u zajednici, dok 20% radi u bolnicama. U bolnicama je, od 26 kreveta, u proseku 9 zauzeto. Struktura koja podržava zbrinjavanje u Lilu raspoređena je na 12 razli-čitih mesta i ovi kapaciteti su u međusobnom kontaktu. Savet za

lokalno mentalno zdravlje (MHLC) od 2010. godine predstavlja diskusiju platformu za šest lokalnih samouprava istočnog dela Lila i sastoji se od predsednika tih opština, građana, porodica korisnika, umetnika, predstavnika ustanova za kulturu, predstavnika socijalnog stanovanja, zastupnika, socijalnih službi, psihijatrijskih službi (Roelandt i drugi, 2014, 3).

Kada se radi o zbrinjavanju, nastoji se da se obezbedi kontinuitet i pristup službama. Od usluga se pružaju: *konsultacije, usluge inkluzije i zbrinjavanja u zajednici, hospitalizacija*.

Konsultacije se pružaju u centru za psihijatrijske konsultacije koji se nalazi u opštini Elem (Hellemmes) grada Lila. Opština ujedno predstavlja sedište teritorijalne jedinice za prevenciju i socijalnu pomoć i za usluge podrške Romima. Psihijatrijske konsultacije se pružaju i u medicinsko-socijalnom centru Komunalnog centra za socijalne aktivnosti opštine Faš-Tumenil (Faches-Thumesnil). Ovaj centar ujedno pruža i usluge dečje psihijatrije, sportske medicine i socijalne usluge. Psihijatrijske konsultacije se pružaju i u opštini Ronšen (Ronchin), i to u prostorijama lokalnog bazena, kao i u Teritorijalnoj jedinici za prevenciju i socijalne aktivnosti opštine Elem, koja pored toga pruža još neke usluge. Konačno, one su dostupne i u Medicinskom domu opštine Mons-an-Barol (Mons-en-Baroeul) (Roelandt i drugi, 2014, 5). Dakle, psihijatrijsko savetovanje je raspoređeno po različitim prostorima u zajednici, u različitim opštinama.

Usluge inkluzije i zbrinjavanja u zajednici sprovode timovi posvećeni tome. Aktivnosti se sprovode u svim prostorijama za umetnost, sport i kulturu u šest gradova i u umetničkom Frontijer (Frontière) centru u opštini Elem. Frontijer centar se nalazi u centru grada, deo je Ustanove za mentalno zdravlje Lila (Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole), a njegove aktivnosti finansijski podržava Regionalna uprava za kulturne aktivnosti. Postoje takođe i psihosocijalni rehabilitacioni timovi (koji rade u stanovima, na radnim mestima). Oni nude usluge koje se nastavljaju, određenim intenzitetom i učestalošću, na psihijatrijske usluge, a u saradnji sa nadležnim psihijatrom. Dnevno se, 2014. godine, pružalo 48 aktivnosti nedeljno, od čega 60% van centra, u zajednici. Korisnici se na aktivnosti usmeravaju uputom. U Frontijer centru se sprovode i terapeutske radionice (Roelandt i drugi, 2014, 6).

U opštini Armontjer (Armentier) postoji stacionarna jedinica, klinika Hijeronimus Boš (Jerome Bosch), koja je u tranziciji u opštu bolnicu u Lilu. Opšta bolnica u Lilu je renovirana sa mogućnošću hospitalizacije 20 pacijenata. Planirane su medicinske, psihološke, socioedukacione usluge i sestrinsko zbrinjavanje, kao i umetničke terapijske aktivnosti i telesna podrška (hidroterapija, dijetetika, i slično). Planirano je da jedinica bude otvorenog tipa i da se održavaju sastanci korisnika i negovatelja dva puta nedeljno (Roelandt i drugi, 2014, 6).

Kao *alternativa hospitalizaciji*, 2000. godine uspostavljen je smeštaj kod „terapijskih“ porodica i trenutno je na raspolaganju 12 mesta, sa prosečnom dužinom boravka od 21 dan. Pacijenti u akutnom stanju se upućuju direktno na porodicu ili se upućuju nakon kratkotrajne hospitalizacije. Negovatelj/ica i socijalni i medicinski tim odgovorni su za zaštitu mentalnog zdravlja tokom kućnih poseta. Podrška je slična onoj koja se nudi u okviru hospitalizacije u bolničkim uslovima (De Almeida, Killaspy, 2011, 10).

Kao alternativa hospitalizaciji оформljena je i jedinica za intenzivnu negu za maksimalno 10 korisnika. Ova usluga pruža se u korisnikovom domu, kao nastavak nakon hitne intervencije, kako bi se garantovao kontinuitet podrške i lečenja i može se pružati ponavljano u periodima od osam dana. Jedinica obezbeđuje usluge psihijatra, psihologa, sestre, različitih aktivnosti (Roelandt i drugi, 2014, 7).

Servisi i programi koji promovišu socijalnu inkluziju integrisani su u ostale službe u zajednici. Stanovi, koji su raspoređeni širom naselja, jedna su od osnovnih komponenti inkluzivnog pristupa. Radi obezbeđivanja adekvatnih stambenih rešenja formiran je „odbor za stanove“ koji odlučuje o dodeli stanova koji se nalaze u javnoj ponudi. Trenutno, odbor pruža podršku za 57 stanova u kojima se nalazi 95 osoba koje su prihvatile ugovor o socijalnoj inkluziji i podršci. Profesionalna rehabilitacija i zapošljavanje promovišu se kroz širok spektar aktivnosti, uključujući terapijske radionice, profesionalno osposobljavanje, šeme podrške u zapošljavanju i rehabilitacione programe u zajednici (De Almeida, Killaspy, 2011, 10).

SZO je 1998. godine promovisala psihijatrijsku službu istočnog dela Lila kao pilot-uslugu u oblasti mentalnog zdravlja, a 2001. godine to je postao saradnički centar SZO za istraživanje i obuku u sferi mentalnog zdravlja (Roelandt i drugi, 2014, 3).

Pariz

Direkcija za organizaciju bolnica i zbrinjavanja Pariza je 2010. godine finansirala osnivanje 40 eksperimentalnih timova nazvanih PASS Psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatrie – Stalni pristup uslugama mentalnog zdravlja). Ovaj model naknadno je usvojilo više službi širom Francuske.

Svaki PASS Psy tim sastavljen je od socijalnih radnika, sestara i lekara opšte prakse i nalazi se u prostorijama službe za mentalno zdravlje i socijalnu isključenost. Opseg PASS Psy projekta bio je da se pomogne ljudima sa kompleksnim zdravstvenim i psihosocijalnim potrebama koji su u nemogućnosti da lako pristupe integrisanim uslugama mentalnog zdravstveno-socijalnog zbrinjavanja.

Ciljevi projekta su bili: ojačavanje prava ljudi sa mentalnim smetnjama koji se suočavaju sa socijalnom isključenošću; pomoć ljudima sa mentalnim smetnjama da lakše pristupe zbrinjavanju kroz integraciju psihijatrijskih urgentnih timova i PZZ; ojačavanje koordinacije i saradnje između službi za mentalno zdravlje, PZZ i socijalnih usluga u cilju obezbeđivanja kontinuiteta zbrinjavanja i pacijentovih prava; uspostavljanje stalne međusektorske mreže koja uključuje sve aktere i donosiocje politika, relevantne za socijalnu i zdravstvenu zaštitu na nivou zajednice.

Timovi su uglavnom formirani u urbanim sredinama, usvojili su *outreach* model (izlazak u zajednicu do korisnika), obezbedili efektivne krizne intervencije i uspjeli da dosegnu do osoba sa niskim primanjima, beskućnika, migranata, osoba koje nisu obuhvaćene tradicionalnim uslugama (Barbato i drugi, 24-25).

Španija

Radikalne promene u javnom sistemu mentalnog zdravlja pokrenute su osamdesetih godina u Andaluziji, jednoj od 17 autonomnih zajednica Španije. Do tada je psihijatrijsko lečenje bilo izdvojeno od sistema opšte zdravstvene zaštite, sa ograničenim resursima usmerenim isključivo na osam psihijatrijskih bolnica i mali broj klinika za vanbolničko lečenje. Psihijatrijske bolnice su imale ukupan kapacitet od oko 3.000 kreveta, sa 2.700 hroničnih bolesnika na dugotrajnom smeštaju (De Almeida, Killaspy, 2011, 7).

Strategija za kreiranje mreže socijalnih usluga za pružanje podrške mentalno obolelim osobama u zajednici predstavlja jedan od najoriginalnijih i najkreativnijih aspekata reforme. Suština strategije bila je u formiranju javne (državne) fondacije, koju su podjednako finansirala četiri državna resora najrelevantnija za pružanje podrške mentalno obolelim osobama (zdravstvo, socijalna zaštita, zapošljavanje i tehnološki razvoj, i ekonomija i finansije). Tome se naknadno priključio i sektor obrazovanja. Veliki uspeh ove strategije ogledao se u tome što je obezbedio: državno intersektorsko finansiranje; koordinisano planiranje i upravljanje uslugama socijalne podrške uz blisku saradnju sa zdravstvenim uslugama; fleksibilno i efikasno upravljanje i raspodelu resursa; učešće lokalnih organizacija, kao i udruženja korisnika i porodica, i osoblja u razvoju i praćenju primene ovih programa (De Almeida, Killaspy, 2011, 8).

Specifičnu mrežu socijalno podržanih programa, komplementarno sa zdravstvenim, socijalnim uslugama i uslugama zapošljavanja, vodi, dakle, Andaluzijska javna fondacija za socijalnu integraciju osoba sa mentalnim smetnjama (Andalusian Public Foundation for Social Integration of the People with Mental disorders) (u daljem tekstu: FAISEM).

FAISEM je osnovan na zahtev andaluzijskog parlamenta 1993. godine, sa sledećim karakteristikama: stvoren je sa odgovornošću da podrži javne usluge kroz Odeljenje regionalne vlade Andaluzije za zdravstvene, socijalne usluge i zapošljavanje; finansira se kroz opšte budžete andaluzijskih opština; postoji kao instrument intersektorskih politika andaluzijske administracije; ima za cilj razvoj i upravljanje resursima za socijalnu podršku osobama sa mentalnim teškoćama; ima strukturu i funkcionisanje koji prate efikasnost i kriterijume kvaliteta i uključuju profesionalce, porodice, korisnike i druge društvene aktere; i, ima model usluga u vidu koordinacije mreža zdravstvenih i socijalnih usluga (Andalusian Public Foundation for Social Integration of the People with Mental Disorders).

FAISEM upravlja mrežom koja obuhvata uglavnom rezidencijalne ustanove, radnu terapiju i strukovne aktivnosti, da bi za korisnike usluga mentalnog zdravlja promovisala socijalnu inkluziju, građanska prava i oporavak (Barbato i drugi, 26).

Od nastanka, FAISEM je učvrstio mrežu resursa koji služe za 10.000 osoba sa ozbiljnim mentalnim smetnjama, u rezidencijalnim

kapacitetima, socijalnim preduzećima, društvenim klubovima, radionicama, dnevnim centrima, programima za zbrinjavanje beskućnika i ljudi u zatvorima, sportskim programima, gde ukupno 1.059 osoba obavlja profesionalne aktivnosti, od kojih su 73% žene, a 27% muškarci.

Osnovni pravci akcije FAISEM-a (do 2020) su:

- a) *Rezidencijalni program* obezbeđuje smeštaj sa različitim nivoima podrške u: 170 apartmana (nadzirano stanovanje) sa ukupno 696 mesta; 53 zaštićena stana sa ukupno 932 mesta; programima kućne podrške koje koristi 275 osoba; 30 kuća za rezidencijalni smeštaj sa ukupno 44 mesta.
- b) *Program dnevne podrške* kojim se nudi zbrinjavanje u 79 radionica za radnu terapiju, sa ukupno 2.060 mesta, kao 30 dnevnih centara, sa ukupno 1.140 mesta. Mogućnosti za resocijalizaciju obezbeđuju se kroz dokolicu i slobodno vreme u 46 društvenih klubova, koje posećuje 1.755 korisnika, i program odmora i sportskih aktivnosti koje koristi 254 osoba.
- c) *Program rada ili zapošljavanja* koji razvija profesionalne obuke i aktivnosti podrške pri zapošljavanju, od kojih neke sprovodi kompanija IDEMA, S.A., a najosnovnije: 8 službi vođenja pri zapošljavanju i podršci, koje je posetilo 1.745 osoba radi zapošljavanja i zaključivanja 1.265 ugovora (od čega 638 na otvorenom tržištu); 9 socijalnih preduzeća (Idema group) koja obezbeđuju posao za 666 osoba, od kojih su 349 sa mentalnim smetnjama.
- d) *Starateljstvo*, koje promoviše i podržava razvoj ustanova sa starateljima na nivou provincije, a koju uslugu koristi 1.607 osoba.
- e) *Razne edukacije, istraživačke nacionalne i međunarodne aktivnosti.*
- f) *Programi podrške beskućnicima (129 osoba) i zatvorenicima sa teškim mentalnim smetnjama (114).*
- g) *Podrška Andaluzijskoj federaciji porodica osoba sa mentalnim smetnjama (FEAFES-ANDALUCIA) i Andaluzijskoj federaciji udruženja korisnika usluga mentalnog zdravlja (En Primera persona Federation).*

- h) Program *SPORT* kod ljudi sa teškim mentalnim smetnjama, i to: sportske aktivnosti u svakoj provinciji kroz programe kojima direktno upravlja FAISEM; provincijski šampionati za osobe sa invaliditetom i aktivnosti usmerene na njih u rezidencijalnim programima i društvenim klubovima; regionalni i nacionalni fudbalski šampionati za ljude koji dolaze iz svih andaluzijskih provincija. Sportske aktivnosti se uklapaju sa kulturnim i rekreativnim događajima, okruglim stolovima uz prisustvo sportskih profesionalaca, korisnika i volontera itd; u svim programskim aktivnostima omogućava se učešće lokalnih oblasti i one se sprovode u zajednici (Andalusian Public Foundation for Social Integration of the People with Mental Disorders).

Treba imati u vidu da je, pored postojanja FAISEM fondacije, sistem medicinskog zbrinjavanja u Španiji heterogen, jer različiti modeli organizacije postoje u različitim zajednicama. Lekari uglavnom upućuju pacijenta psihijatrijskom timu u zajednici, koji obezbeđuje inicijalnu vanbolničku negu i, po potrebi, upućuje u psihijatrijsku bolnicu. Timovi u zajednici su, u principu, nezavisni od bolnica, ali i opšte bolnice mogu pružiti vanbolničku negu. Dakle, pored pozitivnog primera socijalno podržanih programa, treba imati u vidu da su timovi u zajednici različito definisani, u zavisnosti od regiona.

Holandija

Holandija je radila na razvoju asertivnog tretmana u zajednici. Asertivnost se definiše kao zauzimanje za lična prava i izražavanje misli, osećanja i stavova na direktan, iskren, umeren i adekvatan način, uz poštovanje drugih ljudi (Ikiz, 2011, 200). Holandska verzija asertivnog tretmana u zajednici (ACT) je fleksibilni asertivni tretman u zajednici (F-ACT). Multidisciplinarni FACT tim na fleksibilan način radi sa ljudima sa ozbiljnim metalnim teškoćama, u dva pravca: 1) individualno vođenje slučaja od strane člana tima, gde su druge discipline uključene na osnovu potreba pacijenta; i 2) intenzivna timska zaštita, koja uključuje klijente koji imaju kontakte sa više članova tima; klijenti

su predmet dnevne diskusije tima, kako bi se odlučilo koji oblik zbrinjavanja treba pružiti i koji će to član tima učiniti.

Fleksibilno prebacivanje sa jednog na drugi nivo je suština FACT pristupa, u zavisnosti od potreba. Naravno, tu je potrebno usaglasiti rad profesionalaca sa različitim kulturama i vizijama zbrinjavanja. I ovde opstaje problem finansiranja, jer obično postoje finansijski podsticaji koji podržavaju hospitalizaciju, pa je rizik gubljenja usluga u zajednici konstantan. Treba imati u vidu da je holandski parlament zabranio dalje smanjenje psihijatrijskih bolničkih kreveta dok se ne razviju alternative u zajednici (Third EU Health Programme, 20-21). Dakle, u procesu transformacije institucija u službe u zajednici treba da postoji više usluga u zajednici.

Engleska

Engleska i Vels se najčešće uzimaju kao primer reforme u Ujedinjenom Kraljevstvu. Iako su tendencije ka zatvaranju velikih psihijatrijskih bolnica postojale već šezdesetih godina prošlog veka, zvanična strategija usvojena je 1971. godine. Ona je predviđala potpuno napuštanje modela psihijatrijskih bolnica i prelazak na zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, tako da sve usluge pružaju opšte bolnice uz tesnu saradnju sa PZZ i davaocima socijalnih usluga, kao što su podrška za samostalno stanovanje, dnevne usluge i usluge multidisciplinarnih timova za mentalno zdravlje u zajednici. Nacionalni okvir za pružanje usluga mentalnog zdravlja, usvojen 1999. godine, detaljno je razradio razvoj specijalizovanih timova za mentalno zdravlje u zajednici. Tako je širom Engleske oformljeno preko 200 timova za podršku i tretman u zajednici (ACT – assertive community treatment teams), 50 servisa za ranu intervenciju i 300 timova za krizne situacije i tretman u kući. Svi oni radili su uporedo sa timovima centara za mentalno zdravlje u zajednici i lokalnim bolničkim odeljenjima za privremenu hospitalizaciju. Skorašnja strateška dokumenta usmerena su na podsticanje saradnje između primarne i specijalističke psihijatrijske zaštite za tretman učestalih mentalnih oboljenja, bolji pristup psihološkom savetovanju i psihoterapiji, posvećivanje pažnje fizičkom zdravlju osoba sa teškim mentalnim

smetnjama i veću zastupljenost pristupa zasnovanog na oporavku (De Almeida, Killaspy, 2011, 6).

Engleska je kao dobru praksu razvila i program za obezbeđivanje psihološkog tretmana za ljude sa depresijom i anksioznošću i uvela ga u nacionalnu politiku kroz program "Postizanje boljeg pristupa uslugama mentalnog zdravlja do 2020. godine" ("Achieving better access to mental health services by 2020"). Ovaj program je započeo 2006. godine u cilju razvijanja terapija kroz razgovor, ili kao sama terapija, ili kombinovano sa medikacijom. Prvo je primenjivan na radnu populaciju i u izabranim gradovima, a od 2010. godine proširen je na sve odrasle, širom Engleske. Program se fokusirao na: bolji pristup uslugama, klinički boljitak i oporavak, unapređenu društvenu i ekonomsku participaciju – uključujući zaposlenje, i na povećan nivo pacijentovog izbora i zadovoljstva (Barbato i drugi, 20-21).

Pored toga, od 2014. godine stavljen je u funkciju Protokol o saradnji između različitih agencija i usluga uključenih u zbrinjavanje osoba koje su iskusile ili su u riziku da iskuse krize u mentalnom zdravlju. Četiri osnovna cilja protokola su: pristup podršci pre nego što kriza dostigne vrhunac (osobe sa mentalnim problemima mogu da pristupe uslugama 24 časa na dan), hitan pristup zbrinjavanju u toku krize (mentalna kriza se tretira kao i kriza fizičkog zdravlja), kvalitet tretmana i zbrinjavanja kada su u krizi (poštovanje ljudskih sloboda i prava), i oporavak i održavanje blagostanja (prevencija budućih kriznih situacija i upućivanje ka odgovarajućim uslugama). Protokolu je pristupilo 27 relevantnih tela iz oblasti zdravlja, policije, socijalne zaštite, nacionalnih i lokalnih vlasti i nevladinog sektora (Barbato i drugi, 21-22).

Švedska

U zdravstvenoj oblasti Južni Stokholm su se, do osamdesetih godina prošlog veka, gotovo svi resursi nalazili u psihijatrijskim bolnicama i psihijatrijskim klinikama opštih bolnica. Do polovine devedesetih učinjen je značajan pomak u prebacivanju resursa u usluge u zajednici. Godine 1995. donet je Zakon o reformi psihijatrije čija je primena dovela do strukturalnih izmena sistema mentalnog zdravlja i do realokacije finansijskih resursa

sa oblasti na opštine. Godine 1997. su tri sektora transformisana u jedan sektor sa šest podsektora, što je omogućilo veću efikasnost i manje administracije. U isto vreme su stacionarne i jedinice u zajednici dalje decentralizovane. Sada sistem u ovoj švedskoj oblasti funkcioniše kroz jedinice zbrinjavanja u zajednici, hospitalne, ali i druge usluge, sa malim brojem kreveta. Jedinice nisu direktno povezane sa psihijatrijskom bolnicom i sve se nalaze u zajednici. Opredeljeno je 75 kreveta na 270.000 stanovnika. Preko 65% resursa je, međutim, usmereno na usluge u zajednici, nestacionarnog tipa. Osnovni metod rada su psihijatrijske usluge koje se pružaju kroz kućne posete. Postoje i usluge dnevnih centara, rad u grupi, rad sa porodicom i slično. Integrisane jedinice su nadležne i za stacionarno i za zbrinjavanje u zajednici. Timovi za mentalno zdravlje imaju dobro razrađenu saradnju sa uslugama socijalne zaštite u zajednici. Dežurne službe imaju usku saradnju sa primarnom zdravstvenom zaštitom. Da bi se što više prilagodile potrebama, postoje jedinice za forenzičke pacijente, pacijente sa poremećajima u ishrani, za gerijatrijske pacijente i psihoterapiju (De Almeida, Killaspy, 2011, 8-9).

Reformom je predviđeno da opštine preuzmu obezbeđivanje usluge socijalnog stanovanja i podrške pri stanovanju, radu i slobodnim aktivnostima. Finansijska sredstva su sa oblasnih veća preneti opštinama kako bi one mogle da ispunjavaju ove svoje obaveze. Vlada daje trogodišnje namenske subvencije i opštinama i oblasnim većima, kako bi bolje povezala psihijatrijske usluge sa uslugama socijalnog zbrinjavanja (De Almeida, Killaspy, 2011, 9).

Finska

U Finskoj u usluge mentalnog zdravlja u zajednici potpadaju: 1) Usluge lokalnih i podregionalnih agencija; 2) Usluge vanbolničkog mentalnog zdravlja koje obezbeđuju bolnice u Finskoj; i, 3) Usluge stanovanja za ljude sa mentalnim smetnjama.

1) *Agencije mentalnog zdravlja u zajednici (Community Mental Health Agencies – CMHA)* delimično su integrisane sa lokalnim i podregionalnim primarnim socijalnim i zdravstvenim

centrima, pre svega u opštinama ili područjima koje imaju zajedničku opštinu sa oko 30.000 – 50.000 stanovnika i više. Veliki gradovi imaju svoje CMHA koje su integrisane sa lokalnim socijalnim i zdravstvenim uslugama, odnosno njihovom administracijom, a i dnevne bolnice mogu biti deo ovih CMHA. Treći oblik CMHA je da su deo psihijatrijskih usluga regionalnih bolnica za određenu oblast. Dakle, CMHA se organizuju u zavisnosti od lokalne situacije.

U svojoj oblasti pružanja usluga CMHA su odgovorne za obezbeđivanje prevencije mentalnih smetnji, kliničke analize i dijagnostike ovih smetnji, vanbolnički psihijatrijski i psihološki tretman osoba sa mentalnim smetnjama, kao i za usluge kriznog tima za kućne posete i kontinuiranu kućnu negu osoba, u saradnji sa članovima njihovih porodica, odnosno negovateljima. CMHA takođe organizuju različite psihoterapijske tretmane zasnovane na dokazima, u obliku kratke terapije ili u obliku tradicionalnih dugih terapija.

Tim, koji se sastoji od psihijatra, psihologa, socijalnog radnika, specijalizovane sestre i, povremeno, radnog terapeuta, odgovoran je za tretman i planiranje usluga za osobu. Tim podržava rehabilitaciju i oporavak osobe sa mentalnim smetnjama i nosi se sa svakodnevnim problemima.

U neakutnim slučajevima, osoba ili njen negovatelj treba da kontaktiraju izabranog lekara u lokalnom zdravstvenom centru oblasti u kojoj osoba živi. U slučaju da izabrani lekar ne može da ponudi pomoć, on lice upućuje u CMHA ili psihijatrijsku kliniku na dalja psihijatrijska i psihološka ispitivanja. Na osnovu rezultata ispitivanja sačinjava se individualni tretman i plan usluga, u saradnji sa osobom i njenom porodicom ili negovateljem.

U akutnim slučajevima ili kriznim situacijama osoba i negovatelj mogu biti sedam dana u nedelji, 24 časa dnevno, u direktnom kontaktu sa psihijatrijskom urgentnom jedinicom koja je dostupna u svim centralnim gradovima u regionu.

Savetodavni centri za omladinu (Counselling Centres for Youth – CCY) su ili deo CMHA ili posebne jedinice organizovane od strane opština, CMHA ili, u nekim regionima, NVO. CCY kao korisnike imaju omladinu ili mlađe odrasle sa teškoćama u društvenim odnosima, ili one koji izražavaju uznemirenost, depresiju,

izazovna ponašanja ili druge simptome vezane za mentalno zdravlje. Usluge CCY se sastoje od sesija savetovanja i diskusija licem u lice, psihološkog traganja, podrške socijalnih radnika, vršnjačkih sesija i porodične terapije. Jedna od usluga je interaktivna diskusija telefonom i internetom. CCY sarađuju sa školama i institutima za radnu obuku, na osnovu saglasnosti mladih osoba o kojima se radi.

Usluge CMHA i CCY su uglavnom besplatne za korisnike (Individualised services, functional accommodation and accessible environment, 2003).

U nekim regionima Finske od 1990. godine postoji alternativa tradicionalnom sistemu usluga mentalnog zdravlja za ljude sa psihozama kao što je šizofrenija, i to je "otvoreni dijalog". Ovaj pristup ima za cilj da podrži mrežu porodice i prijatelja osobe, uz poštovanje njene autonomije u donošenju odluka. On se dokazao kao uspešan i vodi ka minimalnoj upotrebi psihijatrijskog bolničkog zbrinjavanja (Individualised services, functional accommodation and accessible environment, 2003). Mreža usluga "otvoreni dijalog" obezbeđuje i hitno mentalno zbrinjavanje: klinike za mentalno zdravlje (prvi kontakt u roku od 24 sata), 24-časovne usluge u slučaju krize kroz mobilne timove, kao i terapijske intervencije koje odgovaraju specifičnim potrebama osoba i često se organizuju u domu pacijenta (Barbato i drugi, 22-23).

Finski model je primer da zbrinjavanje u zajednici ne podrazumeva samo zdravstvene centre za mentalno zdravlje u zajednici, odnosno zdravstveni personal, već umrežavanje sa svim drugim pružaocima usluga koji su relevantni za kompletno zbrinjavanje u zajednici. Ovakva mreža ukazuje na to da centar za mentalno zdravlje ne mora biti organizaciona jedinica, koliko mreža konkretnih profesionalaca iz konkretnih različitih službi, koji objedinjeno i usaglašeno deluju u istom cilju. Ovaj pristup predstavlja metod podrške osobi kroz mrežu koju čine članovi porodice i prijatelji, uz poštovanje odluka te osobe. Usluge se pružaju u kućnoj atmosferi i daju najbolje efekte kada se prime ne u ranoj fazi. Tim stručnjaka u roku od 24 časa okuplja što više ljudi iz okruženja osobe. Oni se sastaju svakodnevno ili svaki drugi dan tokom dve do tri nedelje. U najvećem broju slučajeva intervencija ne podrazumeva upotrebu medikamenata, već

uključivanje korisnika usluge i njoj bitnih osoba u sve ključne odluke. Tako se obezbeđuje trenutna, fleksibilna i individualizovana pomoć uz vrednovanje različitih mišljenja. „Otvoreni dijalog“ počiva na sedam principa: trenutna pomoć, održavanje društvenih mreža, fleksibilnost, odgovornost, psihološki kontinuitet, tolerancija neizvesnih situacija i dijalog. Članovi mobilnog tima angažuju se iz korpusa postojećeg osoblja iz pet centara za vanbolničko lečenje i jednog bolničkog odeljenja za akutno lečenje (kapaciteta 30 kreveta), a koji su prošli odgovarajuće obuke. Na taj način se postiže kontinuitet lečenja kod pacijenata koji su bili na bolničkom lečenju, kao i onih koji se leče u vanbolničkim uslovima (Čirić Milovanović, 2017, 21).

2) *Vanbolničke usluge mentalnog zdravlja koje pružaju psihijatrijske poliklinike* koje su deo regionalnih specijalizovanih bolničkih centara u Finskoj. One predstavljaju višu ekspertizu i viši nivo specijalizacije u odnosu na pomenute CMHA. Poliklinike imaju posebne linije usluga za decu, mlade ljude i odrasle. I dnevne bolnice mogu biti deo ovih usluga. U univerzitetskim bolnicama specijalizacija može uključiti i linije dijagnostičkih usluga. Poliklinike služe samo pacijentima koje su uputili državni ili privatni doktori na detaljnija ispitivanja i planiranje nege. Korisnici plaćaju malu participaciju za pomenute usluge (Individualised services, functional accommodation and accessible environment, 2003).

3) *Usluge stanovanja za ljude sa mentalnim smetnjama* su stanovanje uz podršku i usluge domova za rehabilitaciju za ljude sa mentalnim smetnjama. Cilj ovih usluga je da osobe sa mentalnim smetnjama dobiju podršku koja im je potrebna, koriste manje usluga psihijatrijskih bolnica i nastave sa procesom ličnog oporavka. U oblasti stanovanja donete su Preporuke za opšti kvalitet usluga stanovanja za ljude sa invaliditetom (Housing and rehabilitation, 2007).

U evropskim zemljama ima dosta pozitivnih primera zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici. Neki od njih su, ipak, u pilot-fazi, ne pokrivaju celu zemlju, nemaju finansijsku održivost. Neki pokrivaju celu zemlju, kao npr. finski model. On je razvijen, ali i razuđen, fleksibilan i zahteva određen stepen decentralizacije nadležnosti i sredstava, kao i pravni

okvir koji tu fleksibilnost podržava. Većina nabrojanih modela perspektivu zbrinjavanja u zajednici vidi kao vezanu za primarnu zdravstvenu zaštitu, i to zbog toga što su bliže zajednici, imaju najveće mogućnosti, najširu bazu. Ono što negde nedostaje je, svakako, edukacija lekara na primarnom nivou zdravstvene zaštite na temu pravovremenog prepoznavanja i tretmana problema mentalnog zdravlja, kao i široko organizovano povezivanje sa drugim uslugama u zajednici, te se na tome radi.

Nakon uvida u evropske primere dobre prakse, u daljem tekstu će biti reči o nacionalnom pravnom okviru, sa stanovišta mogućnosti korišćenja postojeće regulative, kao i o primerima dobre prakse u Srbiji.

DEO TREĆI

NACIONALNI PRAVNI OKVIR U OBLASTI ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA

Pravni okvir u oblasti zaštite mentalnog zdravlja u Srbiji čini niz zakonskih, podzakonskih i strateških akata. Neki se tiču mentalnog zdravlja na direktan, a drugi na posredan način, a sve s obzirom na to da li se posmatra samo zdravstveni aspekt ili i širi: socijalni, radni, finansijski. Šire posmatranje je svakako primerenije ovoj temi, budući da se kod osoba sa mentalnim smetnjama radi o osetljivoj društvenoj grupi kojoj je potrebna šira društvena podrška za život u zajednici. Zakoni relevantni za zaštitu mentalnog zdravlja su: *Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, Zakon o pravima pacijenata, Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Zakon o socijalnoj zaštiti, Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, Zakon o vanparničnom postupku, Porodični zakon, Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom, Zakon o igranju na sreću*. Ovi zakoni praćeni su podzakonskim aktima koji detaljnije uređuju materiju propisanu zakonima.

Pored navedenih zakona i drugi propisi se bave zaštitom mentalnog zdravlja u određenim aspektima: *Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine, Strategija razvoja socijalne zaštite, Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji za period od 2020. do 2024. godine, Zakon o stanovanju i održavanju zgrada*.

U daljem tekstu će se razmatrati relevantna sadržina odabranih propisa čije su određene odredbe značajne za položaj osoba sa mentalnim smetnjama.

GLAVA PRVA ZAKONSKA I STRATEŠKA REGULATIVA

Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakonom se uređuje sistem zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, njegova organizacija, društvena briga za zdravlje stanovništva, opšti interes u zdravstvenoj zaštiti, nadzor nad sprovođenjem ovog zakona, kao i druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje zdravstvene zaštite.

Članom 11 Zakona uređuje se da su društvenom brigom za zdravlje obuhvaćeni, između ostalog, i ratni vojni invalidi, civilni invalidi rata i *druge osobe sa invaliditetom*, čiji je invaliditet utvrđen u skladu sa zakonom, kao i da se za ova lica sredstva za uplatu doprinosa obezbeđuju u budžetu Republike Srbije. Društvena briga za zdravlje, u kontekstu ovog zakona, znači da ne bi trebalo da postoji finansijska prepreka da sva lica sa mentalnim smetnjama, kao osobe sa invaliditetom, imaju pristup uslugama mentalnog zdravlja i drugim zdravstvenim uslugama, bez obzira na status osiguranika, kada im je invalidnost formalno utvrđena, i to iz sredstava budžeta Republike Srbije (ako nisu osigurani kod RFZO).

Članom 65 Zakona uređuje se da zdravstvena delatnost na primarnom nivou obuhvata, između ostalog, zaštitu mentalnog zdravlja. Ova odredba daje osnova razradi aktivnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja, što je uostalom i preporuka koja se može izvući iz uporednih evropskih primera, modela i projekata. Dok PZZ ne preuzme funkciju jednog od vodećih subjekata zbrinjavanja u zajednici, potrebno je proceniti ljudske kapacitete, mogućnosti njihove edukacije i izmene stava i aktivnosti PZZ u odnosu na lica sa mentalnim smetnjama, odnosno nakon odluke o modelu zbrinjavanja u zajednici preduzeti u praksi pripreme radnje koje već imaju pravni osnov u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti. U tom smislu bi trebalo,

nakon analize i odlučivanja o modelu formiranja službi za mentalno zdravlje u zajednici, izmeniti:

- pravilnike o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite (u zavisnosti od toga za koji se model zbrinjavanja u zajednici bude odlučilo i u zavisnosti od toga šta se u uslugama bude menjalo). Budući da dosadašnji način finansiranja usluga mentalnog zdravlja (primarno po bolničkom krevetu) omogućava održavanje sistema institucionalnog zbrinjavanja, svakako bi trebalo preći na sistem plaćanja po usluzi a ne po bolničkoj postelji, pa bi se izmena navedenih pravilnika očekivala;

- Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova i unutrašnjih akata zdravstvenih ustanova, u smislu uvođenja organizacionih jedinica za mentalno zdravlje u zajednici u sve odabrane domove zdravlja.

- Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim uslovima i drugim oblicima zdravstvene službe, kojim se uređuje potreban ljudski kadar, oprema i prostorije za obavljanje zdravstvene delatnosti. Potrebno je, na određen način, u ovaj pravilnik ili u pravilnik o standardima za pružanje usluga u socijalno-zdravstvenim ustanovama (koji još uvek nije donet, a osnov za njegovo donošenje dat je u stavu 3, člana 60 Zakona o socijalnoj zaštiti) uvesti i multidisciplinarnost tima koji se bavi zbrinjavanjem osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici.

Korišćenjem navedena dva člana Zakona o zdravstvenoj zaštiti (članovi 11 i 65) postigla bi se finansijska pokrivenost uslugama zdravstvene zaštite svih lica sa mentalnim smetnjama, kao i aktiviranje primarne zdravstvene zaštite kao najpogodnijeg i najšireg okvira za pružanje usluga zaštite mentalnog zdravlja u zajednici.

Zakon o zdravstvenom osiguranju

Zakonom se uređuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i uslovi za njihovo ostvarivanje, finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja, ugovaranje zdravstvene zaštite, organizacija obaveznog zdravstvenog osiguranja, vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, te njegovo finansiranje.

Članom 16 Zakona uređuje se da se lica koja ne ispunjavaju uslove za sticanje svojstva osiguranika, niti kao članovi porodice osiguranika, smatraju osiguranicima, i to, između ostalog, i osobe sa invaliditetom čiji je invaliditet utvrđen u skladu sa zakonom. Istim članom se uređuje da se za ova lica sredstva za uplatu doprinosa obezbeđuju u budžetu Republike Srbije. Time se potvrđuju navedene odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti, te stav da ne bi trebalo da postoji finansijska prepreka da sva lica sa mentalnim smetnjama, kao osobe sa invaliditetom, imaju pristup uslugama mentalnog zdravlja i drugim zdravstvenim uslugama, bez obzira na status osiguranika, kada im je invalidnost formalno utvrđena.

Članom 143 Zakona uređuje se da izabrani lekar sprovodi, između ostalog, zaštitu iz oblasti mentalnog zdravlja. Ovom odredbom se daje osnov razradi aktivnosti primarnog nivoa zdravstvene zaštite, odnosno izabranog lekara, kao ulaza u zdravstveni sistem u oblasti mentalnog zdravlja. To bi, naravno, zahtevalo i edukaciju izabranog lekara u smeru zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici. Pored toga, osobama sa mentalnim smetnjama treba pružati kompletnu uslugu tretmana i resocijalizacije, pa je neophodno da se primarna zdravstvena zaštita formalno poveže sa drugim uslugama u zajednici, odnosno sa službama za mentalno zdravlje u zajednici. U tom smislu nije dovoljan jednostran, odnosno samo zdravstveni pristup ovom pitanju, već je potreban multisektorski uvid u problem, tj. podizanje svesti davalaca svih relevantnih usluga u sistemu da je potrebno da povezano rade na zbrinjavanju osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici. Ovakav model je manje ili više, i u različitim oblicima, zastupljen u svim navedenim evropskim primerima zbrinjavanja u zajednici.

Kao i Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju daje opšte okvire za mogućnost tretmana svih osoba sa mentalnim smetnjama, kao i za korišćenje primarne zdravstvene zaštite/izabranog lekara kao baze zbrinjavanja. Te okvire, međutim, treba razraditi konkretnim mehanizmima i primeniti u praksi.

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama

Zakon je posvećen načelima, organizovanju i sprovođenju zaštite mentalnog zdravlja, načinu i postupku, organizaciji i uslovima

lečenja i smeštaja bez pristanka lica sa mentalnim smetnjama u stacionarne i druge zdravstvene ustanove.

Posebno je za razvoj centara za mentalno zdravlje (u daljem tekstu: CMZ) značajan član 12 kojim se uređuje 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, o kome će kasnije biti reči. Zakon, dakle, daje pravni okvir za osnivanje centara na sva tri nivoa zdravstvene zaštite. Centri su ovde predviđeni kao zdravstveni, dok bi se službama smatrala povezanost centara sa drugim uslugama (socijalnim, obrazovnim, zapošljavanja i slično). U tom smislu, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama može biti samo polazna osnova za ono što zaista treba postići kao formu zbrinjavanja u zajednici, a podrazumeva multidisciplinarnost usluga. Ova ideja je dotaknuta članom 6 pratećeg Pravilnika o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, kojim je uređeno da se u sklopu sistema pružanja usluga centra za mentalno zdravlje u zajednici mogu organizovati: 1) dnevni boravak za lica sa mentalnim smetnjama; 2) dnevni centri za starija lica, što upotpunjuje sistem službi i povećava usluge zaštite mentalnog zdravlja; 3) zaštićene kuće ili stanovi; 4) udruženja korisnika usluga i dr. Pored toga, i Zakon o socijalnoj zaštiti ima ideju multisektoralnosti kroz osnivanje socijalno-zdravstvenih ustanova, odnosno socijalno-zdravstvenih organizacionih jedinica u okviru zdravstvenih ili socijalnih ustanova, ali i ideju o mogućnosti zaključivanja protokola između sektora, a o sve-mu tome će kasnije biti reči.

Kada je reč o nivou na kome se osnivaju centri za mentalno zdravlje, treba pomenuti da novi Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine opredeljuje da centre za mentalno zdravlje u zajednici osnivaju ustanove sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite, dok navedeni pravilnik u suštini pominje sva tri nivoa zdravstvene zaštite (domove zdravlja i psihijatrijske ustanove, s tim što pod psihijatrijske ustanove potpadaju specijalne bolnice, kao i Klinika "Laza

Lazarević”). To ne znači da su ova dva akta u koliziji, ali čini se da Program ne stavlja fokus na primarni nivo na kome se insistira u svim evropskim primerima gde se službe za mentalno zdravlje u zajednici osnivaju prevashodno na primarnom nivou ili se on vezuje sa drugim uslugama u zajednici. Ovi primeri su rukovođeni željom da se istakne socijalni (a ne primarno medicinski) model zbrinjavanja, a on se, sudeći po evropskim primerima, efikasno postiže povezivanjem usluga u zajednici (a to su, između ostalog, usluge doma zdravlja). Izmeni regulative svakako prethodi odluka o tome da li će CMZ biti organizacioni delovi postojećih zdravstvenih ustanova ili će biti nezavisni. U tom smislu treba razmisliti i o izvoru finansiranja: Republički fond za zdravstveno osiguranje, republički budžet ili budžeti lokalnih samouprava kojima treba preneti sredstva, ovlašćenja i odgovornosti.

Iako se ne odnosi konkretno na službe za mentalno zdravlje u zajednici, treba pomenuti član 20 Zakona kojim se uređuje pristanak lica sa mentalnim smetnjama na bolničko lečenje, budući da su mu stavovi međusobno kontradiktorni. Stavom 4 ovog člana propisuje se da se lice sa mentalnim smetnjama, koje nije sposobno da dâ pristanak, može smestiti u psihijatrijsku ustanovu na zahtev i uz pismeni pristanak njegovog člana uže porodice ili njegovog zakonskog zastupnika. Ovo se nikako ne može smatrati dobrovoljnim smeštajem lica sa mentalnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu, te ovaj stav treba izbaciti iz Zakona ili ga preformulisati na način koji zaista omogućava dobrovoljan prijem u ustanovu. Ovo posebno sa stanovišta Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom, kojom se uređuje pravo na život u zajednici, pravo na “pravni kapacitet”, odnosno na autonomno odlučivanje ili odlučivanje uz podršku, kao i pravo na ličnu slobodu i bezbednost, i obaveza države da to obezbedi.

Zakon o pravima pacijenata

Zakonom se uređuju prava pacijenata prilikom korišćenja zdravstvene zaštite, način ostvarivanja i način zaštite tih prava, kao i druga pitanja u vezi sa pravima i dužnostima pacijenata.

Kada se radi o zaštiti prava lica sa mentalnim smetnjama, treba posebno istaći član 19 kojim se uređuje da je nadležni

zdravstveni radnik, odnosno zdravstveni saradnik dužan da omogućiti da dete, odnosno pacijent lišen poslovne sposobnosti i sam bude uključen u donošenje odluke o pristanku na predloženu medicinsku meru, u skladu sa njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje. To je i u skladu sa Zakonom o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, po kome svaka osoba ima pravo da realizuje svoj "pravni kapacitet" (poslovnu sposobnost). S druge strane, Porodični zakon i Zakon o vanparničnom postupku imaju tradicionalan i relativno striktan pristup institutu poslovne sposobnosti. Ovakav pristup se od 2014. godine pomalo ublažava izmenama Zakona o vanparničnom postupku, ali više kroz učestalu dinamiku obaveznog preispitivanja odluka o lišenju poslovne sposobnosti nego suštinskim davanjem prava na realizaciju "pravnog kapaciteta" (videti dalje o izrazu "pravni kapacitet"). U svakom slučaju, može se reći da Zakon o pravima pacijenata prati Konvenciju UN o pravima osoba sa invaliditetom u delu u kome se poštuje pravo pacijenta da odlučuje o sebi i svom telu i zdravlju. Ima delova nacionalnog zakonodavstva koji, međutim, nisu usaglašeni sa Konvencijom, ali imaju dovoljnu širinu da bi se dosta toga moglo postići u smeru socijalnog modela zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama.

Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom

Zakonom se ratifikuje Konvencija kojoj je cilj da se unapredi, zaštiti i osigura puno i jednako uživanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda osobama sa invaliditetom i unapredi poštovanje njihovog urođenog dostojanstva.

Konvencija definiše osobu sa invaliditetom kao onu koja ima 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. Ova definicija se naglašava zbog toga što doskora neki propisi nisu prepoznavali osobe sa mentalnim ili intelektualnim poteškoćama kao osobe sa invaliditetom, već su ovakvim smatrali samo lica sa fizičkim ili senzornim nedostacima.

Članom 12 Konvencije uređuje se, između ostalog, *da su države strane ugovornice dužne da priznaju da osobe sa invaliditetom ostvaruju svoj „pravni kapacitet“ ravnopravno sa drugima u svim aspektima života*, te da su dužne da preduzmu odgovarajuće mere kako bi osobama sa invaliditetom omogućile dostupnost pomoći koja im može biti potrebna u ostvarivanju ovog kapaciteta. Države su obavezne da svim merama koje se odnose na ostvarivanje “pravnog kapaciteta” pruže odgovarajuće i efikasne garancije radi sprečavanja zloupotrebe, shodno međunarodnom pravu koje se odnosi na ljudska prava. Takve garancije će obezbediti da se merama koje se odnose na ostvarivanje “pravnog kapaciteta” poštuju 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 nepristrasnog organa ili sudskog tela.

Izraz “pravni kapacitet” nije uobičajen u našem pravnom rečniku i pretpostavka je da se njime označava poslovna sposobnost, budući da anglosaksonski sistem, za razliku od našeg, ne pravi razliku između pravne i poslovne sposobnosti, već oba označava kao “legal capacity”. Međutim, prilikom ratifikacije Konvencije i donošenja Zakona, u tekstu Zakona upotrebljen je izraz “pravni kapacitet”, a ne poslovna sposobnost, i verujemo, s razlogom. Tekst Konvencije ukazuje na to da nije stvar o poslovnoj ili pravnoj sposobnosti, već o sposobnosti za rasuđivanje, kapacitetu osobe sa invaliditetom da po različitim pitanjima relevantnim za nju odlučuje sama ili uz podršku druge osobe (“*supported decision making*”), umesto da za nju odlučuje neko drugi (“*substitute decision making*”) (Sjeničić, Perić, 2020, 69). Priznavanje sposobnosti za rasuđivanje i podrška u njenoj realizaciji je izuzetno značajna za mogućnost izbora načina života i vidova usluga koje se pružaju u zajednici.

Članom 19 Konvencije uređuje se *samostalan život i uključivanje u zajednicu*. Države su dužne da priznaju jednako pravo svim osobama sa invaliditetom da žive u zajednici, da imaju jednak izbor kao i drugi. Države su dužne da preduzmu efikasne i odgovarajuće mere da osobama sa invaliditetom olakšaju potpuno uživanje ovog prava i njihovo potpuno uključivanje i učešće u zajednici,

uključujući obezbeđenje 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. Članom 23 uređuje se da su države obavezne da preduzmu sve mere kako bi se obezbedilo priznavanje prava osobama sa invaliditetom da slobodno i odgovorno odlučuju o broju i razmaku između rađanja dece i da imaju pristup informacijama odgovarajućim za njihovo životno doba, obrazovanju u vezi sa rađanjem i planiranjem porodice, kao i potrebnim sredstvima kako bi im se omogućilo vršenje ovih prava.

Članom 25 Konvencije uređuje se, između ostalog, da su države obavezne da zatraže od profesionalnih zdravstvenih radnika da *obezbede isti kvalitet lečenja osobama sa invaliditetom kao i drugima, na osnovu slobodne i saglasnosti na osnovu informacije* širenjem saznanja o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom, putem obuke i usvajanjem etičkih standarda za javnu i privatnu zdravstvenu zaštitu. Članom 28 Konvencije uređuju se *odgovarajući uslovi života i socijalna zaštita, pa između ostalog i da osobe sa invaliditetom treba da imaju pristup programima socijalnih stanova*. Ova odredba se odnosi na sve osobe sa invaliditetom. Treba, međutim, imati u vidu da je iz Zakona o socijalnom stanovanju, koji je važio do 2016. godine, implicitno proizlazilo da se osobama sa invaliditetom smatraju samo osobe sa fizičkim invaliditetom. *Zakon o stanovanju i održavanju zgrada* (kojim je prethodni Zakon stavljen van snage) pak članom 88 i dalje uređuje stambenu podršku licima koja iz socijalnih, ekonomskih i drugih razloga ne mogu sopstvenim sredstvima da reše stambenu potrebu po tržišnim uslovima za sebe i svoja porodična domaćinstva. Prema članu 89, stavu 4, tački 6, pod ova lica potpada i lice bez stana, odnosno osoba sa invaliditetom bez odgovarajućeg stana. Članom 3, stavom 2, tačkom 44 istog Zakona definiše

se da je osoba sa invaliditetom dete ili odrasla osoba koja ima dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili oštećenja vida i sluha i koja, u interakciji sa raznim preprekama u okruženju, ima teškoće u punom i efikasnom učešću u društvu, na jednakoj osnovi sa drugima. U tom smislu, ovaj zakon je usaglašen sa drugim zakonima na temu obuhvata lica sa invaliditetom, odnosno po pitanju toga da se i lice sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama smatra licem sa invaliditetom, te i ovakvom licu pripada pravo na "socijalno stanovanje", odnosno podršku u rešavanju stambenog pitanja. Sledeći korak bi bio da se usluga socijalnog stanovanja implementira u praksi za ovu kategoriju lica, te da se poveže u mrežu usluga koja bi činila "službu za mentalno zdravlje u zajednici".

Dakle, ako se vratimo na Konvenciju, celokupan njen tekst, odnosno tekst Zakona koji je ratifikuje, usmeren je na unapređenje i kodifikovanje prava osoba sa invaliditetom. Iako je, pre svega, član 19 usmeren na samostalan život i uključivanje u zajednicu, i svi ostali članovi podržavaju ovu ideju, pa se može reći da Konvencija, kao celina, ide u prilog ideji zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici. Ratifikacija Konvencije je čini delom obavezujućeg nacionalnog zakonodavstva, što dovodi do potrebe usklađivanja drugih delova nacionalne pravne regulative sa njom.

Kako se Konvencija ne bi smatrala suviše opštom za potrebe primene, Svetska zdravstvena organizacija je 2012. godine sačinila instrument za njenu primenu, kojim se sva prava iz Konvencije dele na pet tema: 1. pravo na adekvatan standard života i socijalnu zaštitu (član 28), 2. pravo na uživanje najvišeg mogućeg standarda fizičkog i mentalnog zdravlja (član 25), 3. pravo uživanja i primene "pravnog kapaciteta" i pravo na ličnu slobodu i bezbednost (članovi 12 i 14), 4. sloboda od torture ili surovog, nehumanog ili degradirajućeg tretmana ili kažnjavanja, i od eksploatacije, nasilja i zloupotrebe (članovi 15 i 16 Konvencije), i 5. pravo na samostalan život i uključenost u zajednicu (član 19 Konvencije) (SZO, QualityRights Tool Kit, 2012). U okviru tih pet tema sačinjen je set standarda koji treba da budu ispunjeni, a njihova ispunjenost se procenjuje kroz pojedinačne kriterijume. Da bi se dočarala primenljivost ove metodologije/instrumenta, daje se primer konkretizacije jednog od standarda:

Tema: Pravo na adekvatan standard života (Član 28 CRPD)
Standard (jedan od): Zgrade su u dobrom stanju
Kriterijumi:
Zgrade su u ispravnom stanju (npr. prozori su celi; boja se ne guli sa zidova).
Zgrade su pogodne za pristup osobama sa invaliditetom.
Osvetljenje u zgradama (veštačko i prirodno), grejanje i ventilacija obezbeđuju prirodno životno okruženje.
Postavljeni su mehanizmi za zaštitu od požara.

Izvor: SZO, QualityRights Tool Kit, Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. (2012), 9.

Srbija se 2017. godine, preko Ministarstva zdravlja, uključila u istraživanje SZO o uslugama koje se pružaju osobama sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama smeštenim u ustanove zdravstvene i socijalne zaštite. Istraživanje se odvijalo u dva nivoa: 1. preko upitnika koji su popunjavale sve zdravstvene i socijalne ustanove u cilju prikupljanja podataka o tipovima i broju ustanova u zemlji, i ljudskim resursima, i 2. procenom rada odabranih ustanova kroz primenu navedene metodologije SZO. Rezultate istraživanja u svim zemljama koje su uzele učešća SZO je objavila 2018. godine u publikaciji "Mentalno zdravlje, ljudska prava i standardi zbrinjavanja – Procena kvaliteta institucionalnog zbrinjavanja odraslih sa psihosocijalnim i intelektualnim poteškoćama u evropskom regionu SZO" (SZO, 2018). Podaci su zbirni, pa nije moguće izdvojiti primer Srbije. No, iz analize se može zaključiti da je u ustanovama koje su učestvovalе u istraživanju širom evropskog regiona pravo na zaštitu fizičkog i mentalnog zdravlja realizovano u 30%, a pravo na samostalan život realizovano u 20% slučajeva (SZO, 2018, 15). Na osnovu ove analize SZO je pozvala Srbiju, preko Ministarstva zdravlja, da učestvuje u drugoj fazi istraživanja koja se sastojala od više aktivnosti: 1) jačanje kapaciteta u novim alatima za obuku SZO; 2) primena standarda kvaliteta u odabranom odeljenju; 3) evaluacija procesa i uticaja na poboljšanje kvaliteta; 4) strateško prenošenje mehanizama za unapređenje kvaliteta na lokalnom, nacionalnom i regionalnom nivou. U ovoj fazi istraživanja se, u nekim našim psihijatrijskim ustanovama, radilo na primeni odabranih standarda kvaliteta u određenim odeljenjima, a na osnovu instrumenta SZO (SZO, 2018). Takođe se

sprovode i obuke zaposlenih u ovim ustanovama na temu izrade individualnih planova lečenja i oporavka, kao i na temu implementacije planova unapređenja kvaliteta rada.

Zakon o socijalnoj zaštiti

Zakonom o socijalnoj zaštiti uređuje se delatnost socijalne zaštite, ciljevi i načela, prava i usluge socijalne zaštite, postupci za ostvarivanje prava i korišćenje usluga socijalne zaštite, prava i obaveze korisnika, osnivanje i rad ustanova socijalne zaštite, uslovi pod kojima usluge socijalne zaštite mogu pružati drugi oblici organizovanja, nadzor nad radom ustanova socijalne zaštite, inspekcijski nadzor u vršenju delatnosti, položaj stručnih radnika i stručnih saradnika, osnivanje Komore socijalne zaštite, podrška i unapređenje kvaliteta stručnog rada u sistemu i finansiranje socijalne zaštite.

Zakon je u kontekstu mentalnog zdravlja relevantan jer članovima 43 do 56 uređuje i u osnovnim crtama objašnjava vrste usluga za koje se pravni osnov obezbeđuje ovim zakonom, i navodi ko je obavezan da te usluge obezbedi. Član 57 daje osnova donošenju podzakonskog propisa kojim se detaljnije uređuju uslovi i standardi za pružanje i ostvarivanje usluga socijalne zaštite. Taj propis je donet 2013. u vidu *Pravilnika o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite* (videti opširnije u daljem tekstu).

Prema Zakonu, dnevne usluge u zajednici, kao i usluge podrške za samostalan život finansira opština, sem u izuzecima predviđenim Zakonom kada ih obezbeđuje Republika. Republika finansira, naime, usluge stanovanja uz podršku u jedinicama lokalne samouprave čiji je stepen razvijenosti ispod republičkog proseka (članovi 206, tačka 8 i 208 Zakona). Prema *Uredbi o utvrđivanju jedinstvene liste razvijenosti regiona i jedinica lokalne samouprave za 2014. godinu*, region koji ostvaruje vrednost bruto domaćeg proizvoda iznad vrednosti republičkog proseka su beogradski region i region Vojvodine. Nedovoljno razvijeni region, odnosno region u kojima je vrednost bruto-domaćeg proizvoda ispod vrednosti republičkog proseka, su: 1) region Šumadije i zapadne Srbije; 2) region južne i istočne Srbije i 3) region Kosova i Metohije. To znači da dnevne usluge u zajednici i stanovanje uz podršku u jedinicama lokalne samouprave u svim

regionima, sem beogradskog i vojvođanskog, treba da finansira Republika iz svog budžeta. Ova činjenica je bitna kada se planiraju službe i usluge zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici. Naime, nije potrebno, a verovatno ni moguće, smišljati neke nove načine organizacije i finansiranja inovativnih formi službi za mentalno zdravlje u zajednici, već je potrebno u što većoj meri iskoristiti organizacione i finansijske mehanizme koji su već ustanovljeni važećom pravnom regulativom. To bi, prema sadašnjem stanju stvari, bila unapređena primarna zdravstvena zaštita, u kombinaciji sa dnevnim uslugama u zajednici i stanovanjem uz podršku. Usluge mentalnog zdravlja bi, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, finansirao Republički fond za zdravstveno osiguranje, a usluge socijalne podrške bi finansirale opštine ili republički budžet, u zavisnosti od toga o kom se regionu, odnosno opštini radi. Naravno, organizovanje i jednih i drugih usluga treba da ide paralelno, simultano i povezano, da bi se osobama sa mentalnim smetnjama pružila prava podrška. Služba za mentalno zdravlje u zajednici, naime, ne mora nužno biti jedna organizaciona jedinica, "centar", već usluga može biti više, u skladu sa dosadašnjim radom, finansiranjem i dinamikom sistema, ali ove usluge/jedinice moraju delovati povezano i sinhronizovano da bi zaista predstavljali "službu", odnosno objedinjen splet usluga.

Kada se radi o finansiranju, treba pomenuti i član 207, stav 1 Zakona kojim se uređuju namenski transferi time što propisuje da se njima iz budžeta Republike Srbije mogu finansirati: 1) usluge socijalne zaštite koje po ovom zakonu finansiraju jedinice lokalne samouprave - u jedinicama lokalne samouprave čiji je stepen razvijenosti utvrđen u skladu sa propisima kojima se uređuje razvrstavanje jedinica lokalne samouprave prema stepenu razvijenosti – koje su ispod republičkog proseka; 2) *usluge socijalne zaštite u jedinicama lokalne samouprave na čijoj teritoriji se nalaze ustanove za domski smeštaj u transformaciji, uključujući i troškove transformacije tih ustanova*; i, 3) inovativne usluge i usluge socijalne zaštite od posebnog značaja za Republiku Srbiju. Vlada utvrđuje visinu namenskog transfera, kriterijume za njegovu raspodelu po pojedinim jedinicama lokalne samouprave, kriterijume za učešće lokalne samouprave i dinamiku prenosa sredstava, kao i usluge socijalne zaštite od posebnog značaja za Republiku Srbiju. Vlada je donela Uredbu o namenskim transferima u socijalnoj zaštiti, o čemu će dalje biti reči. Kroz odredbu stava 2,

člana 207 Zakona može se, dakle, finansijski podržati proces transformacije ustanova za smeštaj osoba sa mentalnim i intelektualnim poremećajima u usluge u zajednici (što je i dalje razrađeno Uredbom o namenskim transferima u socijalnoj zaštiti).

Članom 54 Zakona uređuje se da dom za smeštaj odraslih i starih ne može imati kapacitet veći od 100 korisnika, što ukazuje na tendenciju ka deinstitucionalizaciji i razvoju usluga u zajednici. U tom smislu treba izmeniti i *Uredbu o mreži ustanova socijalne zaštite* i uporedo sa razvojem usluga u zajednici doneti odluku o daljoj zabrani prijema korisnika u ustanove za smeštaj socijalne zaštite. Takođe, u skladu s tim, treba izmeniti unutrašnja akta tih ustanova i paralelno aktivno raditi na razvoju usluga u zajednici, koje čine bolju alternativu institucionalizaciji i njenu prevenciju.

Član 63 Zakona daje osnova donošenju podzakonskog propisa o mreži ustanova socijalne zaštite. Taj podzakonski propis je već pomenuta Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite. Uredbom se uređuje prostorni raspored, delatnost ustanova, njihovi kapaciteti i grupe korisnika. U skladu sa intencijom Zakona da se licima sa intelektualnim i mentalnim smetnjama pruže usluge u zajednici i da se ona izvedu, u skladu sa svojim mogućnostima, iz ustanova za smeštaj, treba raditi na dugoročnom rešenju izmene plana mreže ustanova socijalne zaštite u smislu smanjivanja kapaciteta ovih ustanova, a povećavanju usluga u zajednici.

Za razvoj usluga u zajednici relevantna je međusektorska saradnja, pa u tom smislu treba imati u vidu član 58 Zakona, koji uređuje da se putem protokola o saradnji, zavisno od potreba korisnika, usluge socijalne zaštite mogu pružati istovremeno i kombinovano sa uslugama koje pružaju obrazovne zdravstvene i druge ustanove. Potreba za međusektorskom saradnjom i osnov za njeno uspostavljanje između socijalnog i zdravstvenog sektora proizilazi i iz člana 60 Zakona, time što se propisuje mogućnost osnivanja socijalno-zdravstvenih ustanova i socijalno-zdravstvenih organizacionih jedinica. Ministri nadležni za socijalnu zaštitu i zdravlje propisuju standarde za pružanje usluga u ovim ustanovama, odnosno jedinicama. Dva navedena člana daju osnov za alternative forme osnivanja službi za mentalno zdravlje u zajednici, ali nijedan od njih nije iskorišćen. Prvi je fakultativan, zasniva se na principu ugovaranja i dobre volje, a za drugi nisu doneti zajednički standardi zdravstvenog i socijalnog sistema i

očigledno nije postojala volja. Postojeće pravne mogućnosti treba, dakle, iskoristiti za formiranje službi za mentalno zdravlje u zajednici ili međusektorsku saradnju ostvariti na neki drugi način – ugovorom ili nekim obavezujućim pravnim aktom (Sjeničić, 2014, 54).

U kontekstu povezivanja različitih usluga u adekvatnu formu “službe za mentalno zdravlje u zajednici” treba uzeti u obzir i član 61 Zakona, kojim se uređuje da se usluge usmerene na unapređivanje radnih sposobnosti, odnosno radno angažovanje osoba sa invaliditetom pruža u radnim centrima u skladu sa Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom (o kome će kasnije biti reči).

Ceo Zakon daje dovoljan osnov za tranziciju iz zbrinjavanja u ustanovama u zbrinjavanje u zajednici, kao i formalizovanje međusektorske saradnje u cilju pouzdanije mreže usluga u zajednici, ali je za ostvarivanje ovih ciljeva potrebna volja različitih sektora, a ne samo socijalnog, da se po pitanju zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama krene u istom smeru. Zakon prepoznaje i dodatni način finansiranja transformacije ustanova kroz namenske transfere i učinjeni su prvi koraci ka njihovoj realizaciji, ali još uvek nisu iskorišćeni na pravi način.

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom

Zakonom se uređuju: podsticaji za zapošljavanje radi stvaranja uslova za ravnopravno uključivanje osoba sa invaliditetom na tržište rada; procena radnih sposobnosti; profesionalna rehabilitacija; obaveza zapošljavanja osoba sa invaliditetom; uslovi za osnivanje i obavljanje delatnosti preduzeća za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom i drugih posebnih oblika zapošljavanja i radnog angažovanja osoba sa invaliditetom; druga pitanja od značaja za ovu oblast.

Pod osobom sa invaliditetom podrazumeva se lice sa trajnim posledicama telesnog, senzornog, *mentalnog ili duševnog oštećenja ili bolesti*, koje se ne mogu otkloniti lečenjem ili medicinskom rehabilitacijom, koje se suočava sa socijalnim i drugim ograničenjima od uticaja na radnu sposobnost i mogućnost zaposlenja ili održanja zaposlenja, i koje nema mogućnosti ili ima smanjene mogućnosti da se pod

ravnopravnim uslovima uključi na tržište rada i da konkuriše za zapošljavanje sa drugim licima. Ova definicija je, kao i ona u Zakonu o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom i u Zakonu o stanovanju i održavanju zgrada, relevantna zbog toga što eliminiše bilo kakvu sumnju u pogledu toga ko se smatra osobom sa invaliditetom.

Vrlo je važno da prava utvrđena ovim zakonom ostvaruje osoba sa invaliditetom koja ima, između ostalog, procenjenu radnu sposobnost (član 4). Zahtev za procenu radne sposobnosti podnosi se organizaciji nadležnoj za zapošljavanje. Međutim, da bi se jednoj osobi procenjivala radna sposobnost, ona mora da ima bar delimičnu poslovnu sposobnost, a prema nedavnom istraživanju Komore socijalne zaštite i Instituta društvenih nauka (Sjeničić i drugi, 2020, 144) relativno malom broju osoba sa mentalnim smetnjama lišenih poslovne sposobnosti je, u postupku ponovne procene poslovne sposobnosti, ista vraćena, odnosno delimično vraćena. U tom smislu, kada se radi o osobama sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, Zakon se teško može primeniti jer ovima nedostaje osnovni preduslov za radno angažovanje, a to je poslovna sposobnost.

Zakonom se uređuju i posebni oblici zapošljavanja i radnog angažovanja osoba sa invaliditetom, koji mogu biti organizovani kao: 1) preduzeća za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom; 2) radni centri; i, 3) socijalno preduzeće i organizacija. Preduzeća i radne centre uređuje Zakon, dok socijalna preduzeća i organizacije Zakon reguliše u najosnovnijim crtama, a detalje će sadržati Zakon o socijalnom preduzetništvu, čiji bi donosilac trebalo da bude ministarstvo nadležno za socijalna pitanja. Radni centri i preduzeća za profesionalnu rehabilitaciju postoje u praksi, ali bi njihovo dalje osnivanje i rad trebalo u većem obimu stimulisati, budući da je radna terapija efikasan oblik rehabilitacije za osobe sa mentalnim smetnjama (Sjeničić, Vesić, 2017, 77).

Zakon o vanparničnom postupku/Porodični zakon

Vezano za napred pomenuto pitanje poslovne sposobnosti osoba sa mentalnim smetnjama, treba istaći i Zakon o vanparničnom postupku, na osnovu kojeg 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. Postupak se pokreće i po predlogu određenih drugih srodnika ako sa tim licem žive u porodičnoj zajednici. On se uglavnom inicira i vodi u odnosu na osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama. 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. Procedure za lišenje poslovne sposobnosti mogu meritorno ishodovati i delimičnim lišenjem, kao i potpunim ili delimičnim vraćanjem poslovne sposobnosti.

Porodični zakon članom 147 uređuje razloge potencijalnog lišenja poslovne sposobnosti, odnosno da punoletno lice koje zbog bolesti ili smetnji u psihofizičkom razvoju svojim postupcima neposredno ugrožava sopstvena prava i interese ili prava i interese drugih lica može biti lišeno ili delimično lišeno poslovne sposobnosti. Sudskom odlukom o delimičnom lišenju poslovne sposobnosti određuje se pravni poslovi koje lice delimično lišeno poslovne sposobnosti može, odnosno ne može samostalno preduzimati. Ovakvo rešenje je dosta ograničavajuće po lice koje se lišava poslovne sposobnosti jer omogućava sudu da taksativno navede šta lice može da preduzima. Time se sudu daje široko diskreciono ovlašćenje, s obzirom da je dijapazon radnji, koje svako lice može da preduzme u toku dana, nedelje, meseca, godine života, neiscrpan. U tom smislu se ne bi trebalo oslanjati na to da će sudija da procenjuje i nabraja šta sve može, a šta ne može osoba da preduzima. Trebalo bi, zapravo, sudskom odlukom odrediti vrstu poslova koje osoba ne može da obavlja, što bi značilo da sve ostale poslove može, te bi odredbe Zakona o vanparničnom postupku trebalo izmeniti u ovom smislu.

Sud ispituje da li je punoletno lice prema stepenu sposobnosti za normalno rasuđivanje u stanju da se samo brine o svojim pravima i interesima. Na osnovu svih izvedenih dokaza sud donosi odluku o lišenju poslovne sposobnosti. Pored saslušanja samog lica koje se lišava poslovne sposobnosti i drugih lica koje zakon određuje, kao dokaz mora da bude izveden i pregled osobe od najmanje dva lekara odgovarajuće specijalnosti koji će dati nalaz i mišljenje o duševnom stanju i sposobnosti za rasuđivanje tog lica. Pored psihijatrijske ekspertize, sud ima mogućnost da izvede i druge dokaze. Na primer, ako su osobe sa invaliditetom smeštene u rezidencijalne

ustanove, ponekad socijalni i drugi radnici zaposleni u njima znaju više o situaciji i ponašanju osobe nego psihijatri veštaci; nalaz i mišljenje organa starateljstva o funkcionisanju osobe u svojoj sredini može da bude značajno dokazno sredstvo za procenu poslovne sposobnosti (Sjeničić, Jovanović, 2017, 16). Ipak, stiče se utisak da sudovi nedovoljno koriste mogućnost izvođenja dokaza na ovakav način, već se i oni drže "medicinskog", a ne "socijalnog" modela sposobnosti. U tom smislu je potrebno da postoji kontinuirana edukacija sudija na temu "socijalnog" modela sposobnosti. Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite (o kome će kasnije biti više reči) članovima 14 i 15 opredeljuje stepene podrške potrebne korisnicima na osnovu celokupnog individualnog funkcionisanja korisnika i vrsta potrebne pomoći u odnosu na sposobnost korisnika za neposrednu brigu o sebi i učestvovanje u aktivnostima života u zajednici. U tom smislu postoji četiri stepena podrške koja je korisnicima potrebna: Podrška I stepena - znači da korisnik nije sposoban da se samostalno brine o sebi i uključi u aktivnosti dnevnog života u zajednici, zbog čega mu je potrebno fizičko prisustvo i kontinuirana pomoć drugog lica; Podrška II stepena - znači da korisnik može da brine o sebi i da se uključi u aktivnosti dnevnog života u zajednici uz fizičko prisustvo i pomoć drugog lica; Podrška III stepena - znači da korisnik može da brine o sebi i da se uključi u aktivnosti dnevnog života u zajednici, ali mu je usled nedovoljno razvijenih znanja i veština potreban nadzor i podrška drugog lica; i, Podrška IV stepena - znači da korisnik samostalno, odnosno uz podsećanje, može da obavlja sve životne aktivnosti. Pravilnik čini samo osnovnu podelu, a dalje su stepeni podrške detaljnije analizirani i preneti davaocima usluga kroz edukacije koje je organizovao sistem socijalne zaštite ili koje su obezbeđene kroz projekte. U svakom slučaju, iz rečnika i suštine odredbi Pravilnika proizilazi da se stepen potrebne podrške, odnosno sposobnost korisnika usluga ne ceni prema "medicinskom" modelu, odnosno prema dijagnozi, već prema "socijalnom" modelu, odnosno prema sposobnosti da se sam o sebi stara i uključi u aktivnosti u zajednici.

Pored postupaka lišenja poslovne sposobnosti, sud odlučuje i o postupcima ponovne procene poslovne sposobnosti, odnosno da li su prestali razlozi za lišenje, odnosno ograničenje poslovne sposobnosti. Izmenama Zakona iz 2014. godine uvedeno je da će, u

rešenju kojim je odlučio o lišenju poslovne sposobnosti, sud odrediti rok u kome će se proveriti da li postoje razlozi za dalje trajanje izrečene mere, a koji ne može biti duži od tri godine (član 40, stav 1, tačka 2 ZVPP). To bi značilo da sud na tri godine, po službenoj dužnosti, pokreće postupak u kome se ispituje postojanje uslova za vraćanje poslovne sposobnosti, ukoliko to ne pokrene neko od zainteresovanih lica. Ako postupak pokrene sud po službenoj dužnosti, troškove tog postupka snosi država (Sjeničić, Vesić, 2017, 71).

Prema pomenutom istraživanju, koje su 2019. godine sproveli Komora socijalne zaštite i Institut društvenih nauka (Sjeničić i drugi, 2020, 147), stručni radnici u centrima za socijalni rad pokazuju svest o potrebi procene korisnika i prema "socijalnom modelu", odnosno ne u potpunosti vezano za dijagnozu i njegovo zdravstveno stanje. S druge strane, izostaje inicijativa centra, odnosno odeljenja, kao organa starateljstva da pokreće postupke ponovne procene, što zbog nedostatka znanja da se na ovakav način zastupaju najbolji interesi korisnika, što zbog nedostatka vremena usled opterećenosti poslom, a što zbog stava da je za to potrebno pozitivno mišljenje veštaka psihijatra. Razlog može biti i oslanjanje na to da će sud postupak pokrenuti po službenoj dužnosti (Sjeničić i drugi, 2020, 147). Inače, u pojedinim odeljenjima beogradskog Centra za socijalni rad, ali i drugim centrima, postoji zablude o tome da postupak treba obustaviti ako sudski veštaci psihijatri konstatuju da nije došlo do promene u psihičkom stanju koja bi bila značajna za vraćanje poslovne sposobnosti, odnosno da postupak ne treba ni pokretati ako ordinirajući psihijatri ne daju u izveštajima predlog i izjašnjenje u pogledu pokretanja postupka ponovne procene (Sjeničić i drugi, 2020, 148). Ovo ukazuje na potrebu kontinuirane edukacije stručnih radnika u socijalnoj zaštiti o pravnim mehanizmima procene poslovne sposobnosti, kao i o dokaznim sredstvima koja se u postupcima mogu koristiti (bez ograničavanja samo na sredstva koja su obavezna, kao što je psihijatrijsko veštačenje) (Sjeničić, Perić, 2020, 74). Navedena analiza upućuje na to da, i pored pozitivnih pomaka do kojih je u Srbiji došlo u pogledu pravne regulative koja uređuje postupke lišenja poslovne sposobnosti, njena primena u praksi ne ide u prilog zaštite najboljih interesa lica koja su potpuno ili delimično lišena poslovne sposobnosti. Razloge za ovakvu situaciju možemo da

tražimo prvenstveno u nedostatku sistemskih rešenja, u smislu usaglašavanja postupanja svih aktera u proceduri – sudova, organa starateljstva, zdravstvenih ustanova i lekara veštaka, do srodni-ka i socijalne sredine u kojoj žive osobe lišene poslovne sposobno-sti (Sjeničić i drugi, 2020, 153).

I pored povećanja broja postupaka za preispitivanje lišenja poslovne sposobnosti, nije velik broj lica kojima je poslovna sposob-nost vraćena. Ovo nam može govoriti o tome da su ovlašćeni pred-lagači bili neaktivni, da su dokazi nedovoljno dobro izvođeni i cenje-ni, da se organ starateljstva nije fokusirao na opis stanja i potreba korisnika i njegovo funkcionisanje, već se radilo o ispunjavanju for-me. Može se, takođe, zaključiti da je i dalje dominantan medicinski pristup zaštiti lica lišenih poslovne sposobnosti i da se svi, a prven-stveno sudovi, u postupanju i odlučivanju vode medicinskim razlozi-ma (Sjeničić i drugi, 2020, 153).

U Porodičnom zakonu, a pre svega u Zakonu o vanparničnom postupku, dakle, ima mesta izmenama u cilju poboljšanja. Međutim, i u postojećem obliku oni daju dovoljno osnova za odlučivanje u ko-rist potvrđivanja “pravnog kapaciteta”, “sposobnosti za rasuđiva-nje”, odnosno bar delimične poslovne sposobnosti velikog broja lica sa mentalnim smetnjama, ali akteri u postupku ne primenjuju u do-voljnoj meri propisane mehanizme koji im stoje na raspolaganju.

Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom

Zakonom se uređuju opšti režim zabrane diskriminacije po osnovu invalidnosti, posebni slučajevi diskriminacije osoba sa invali-ditetom, postupak zaštite osoba izloženih diskriminaciji i mere koje se preduzimaju radi podsticanja ravnopravnosti i socijalne uključe-nosti osoba sa invaliditetom.

Pod osobom sa invaliditetom se, u skladu s ovim zakonom, smatraju osobe sa urođenom ili stečenom fizičkom, senzornom, *in-telektualnom ili emocionalnom onesposobljenošću*, koje usled druš-tvenih ili drugih prepreka nemaju mogućnosti ili imaju ograničene mogućnosti da se uključe u aktivnosti društva na istom nivou sa

drugima, bez obzira da li mogu da ostvaruju pomenute aktivnosti uz upotrebu tehničkih pomagala ili službe podrške.

Za deinstitucionalizaciju je bitno i zapošljavanje osoba sa invaliditetom. Član 21 uređuje da je zabranjeno vršiti diskriminaciju zbog invalidnosti u zapošljavanju i ostvarivanju prava iz radnog odnosa. Treba imati u vidu da se pod osobom koja traži zaposlenje podrazumeva osoba koja je uredno prijavljena službi nadležnoj za zapošljavanje. To, međutim, ne može biti osoba koja je u potpunosti lišena poslovne sposobnosti. Status lišenosti poslovne sposobnosti je, dakle, kao što je ranije pomenuto, prepreka za postojanje radne sposobnosti.

Članom 32 Zakon uređuje da su jedinice lokalne samouprave dužne da podstiču osnivanje službi podrške za osobe sa invaliditetom radi povećanja nivoa njihove samostalnosti u svakodnevnom životu i radi ostvarivanja njihovih prava. Ovu obavezu lokalnih samouprava treba imati u vidu prilikom osnivanja i umrežavanja CMZ sa drugim uslugama u zajednici.

Zakon o igrama na sreću

Zakon o igrama na sreću članom 5 propisuje da će se deo sredstava, koji je prihod budžeta Republike Srbije u iznosu od 40% (namenska primanja budžeta), koristiti za finansiranje Crvenog krsta Srbije, *organizacija osoba sa invaliditetom i drugih udruženja čiji je cilj unapređenje socijalno-ekonomskog i društvenog položaja osoba sa invaliditetom i drugih lica u stanju socijalne potrebe, ustanova socijalne zaštite*, sporta i omladine, jedinica lokalne samouprave i lečenja retkih bolesti. Ova primanja se raspoređuju, u iznosu od po 19%, za finansiranje: 1) Crvenog krsta Srbije; 2) *organizacija osoba sa invaliditetom i drugih udruženja čiji je cilj unapređenje socijalno-ekonomskog i društvenog položaja osoba sa invaliditetom*; 3) ustanova socijalne zaštite i drugih udruženja čiji je cilj unapređenje socijalno-ekonomskog i društvenog položaja lica u stanju socijalne potrebe; 4) sporta i omladine; i, 5) jedinica lokalne samouprave. Način i kriterijume za raspodelu sredstava namenjenih finansiranju navedenih subjekata i namena utvrđuju nadležni ministri. Ovu odredbu Zakona treba imati u vidu prilikom realizacije Programa o zaštiti mentalnog zdravlja u

Republici Srbiji za period 2019-2026. godine, u smislu finansiranja, i to konkretno mere 1.4.3.1. Podsticanje osnivanja udruženja korisnika i njihovog uključivanja u javne kampanje u medijima, ali i prilikom razvijanja usluga u zajednici za osobe za invaliditetom, kada ove usluge razvijaju njihova udruženja.

Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja

Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja doneta je 2007. godine. Godine 2019. donet je i Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine, ali je i Strategija ostala na snazi.

Kao jedno od strateških područja delovanja, Strategijom se navodi reorganizacija stacionarnih psihijatrijskih ustanova i to kroz: kontinuiranu edukaciju lekara opšte medicine (dakle, pre svega, primarnog nivoa zdravstvene zaštite – prim. aut.) iz oblasti mentalnog zdravlja, stvaranje službi u zajednici, odnosno razvijanje mreže alternativnih službi (CMZ), deinstitucionalizaciju postojećih psihijatrijskih bolnica, smanjivanje broja postelja u njima, kao i osnaživanje psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama.

Strategijom se navodi da psihijatrijske službe treba da budu fokusirane na zajednicu, da odgovaraju potrebama korisnika i njihovih porodica, da budu mobilne i fleksibilne. Hospitalne službe treba da pružaju podršku službama u zajednici. Službe za mentalno zdravlje treba da budu multidisciplinarne i da uključuju saradnju među sektorima koji imaju različite nadležnosti. Međusektorska saradnja je, prema Strategiji, vrlo važan aspekt sveobuhvatnog lečenja pojedina sa mentalnim poremećajima, kao i zastupanje i javno zagovaranje s ciljem unapređenja prava osoba sa mentalnim oboljenjima.

Strategija je praćena Akcionim planom koji predviđa aktivnosti, rokove za njihovo preduzimanje i aktere u osam područja delovanja: 1. Zakonodavstvo i ljudska prava; 2. Organizacija službi; 3. Prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja; 4. Ljudski resursi, edukacija i istraživanje; 5. Poboljšanje kvaliteta; 6. Informacioni sistemi; 7. Međusektorska saradnja; i, 8. Zastupanje i javno zagovaranje. Akcioni plan je u velikoj meri ostao nerealizovan i bez adekvatne systemske i stručne podrške.

Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine

Program predstavlja usaglašen sistem mera, uslova i instrumenata javne politike, koje Republika Srbija treba da sprovede radi zaštite mentalnog zdravlja prevencijom nastanka mentalnih poremećaja, unapređenjem mentalnog zdravlja, analizom i dijagnozom mentalnog stanja lica, lečenjem i rehabilitacijom lica sa mentalnim poremećajima, kao i uspostavljanjem sumnje na postojanje mentalnih poremećaja, a uz poštovanje ljudskih prava i jačanje dostojanstva lica sa mentalnim smetnjama i primene najmanje restriktivnih oblika tretmana.

Program je kritičan prema Strategiji razvoja zaštite mentalnog zdravlja, odnosno njenoj implementaciji i, iz nedovoljno postignutih rezultata i uvida u stanje na terenu, opredeljuje ciljeve koje treba postići za nekoliko godina, mere, aktivnosti i sredstva kojima ih treba postići, aktere koji su ključni za preduzimanje mera i aktivnosti, kao i sredstva za njihovo finansiranje. Njime se, kao polazni osnov, uzima postojeća struktura, pre svega, zdravstvenih resursa i predlaže dalja nadogradnja na organizacione i kadrovske resurse, kao i umrežavanje zdravstvenih resursa sa drugim resursima u zajednici na nivou države i lokalne samouprave.

Ističe se da će se Program prilagođavati potrebama, mogućnostima i razvoju društva, međunarodnim standardima i dobroj praksi, dakle da će biti fleksibilan.

Opšti cilj Programa je reforma sistema zaštite mentalnog zdravlja u Republici Srbiji i unapređenje ljudskih prava lica sa mentalnim poremećajima u skladu sa međunarodnim standardima i najboljom praksom. Posebni ciljevi Programa su: 1) Unapređenje normativnog i institucionalnog okvira zaštite mentalnog zdravlja, 2) Prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja, 3) Razvoj ljudskih resursa, unapređenje edukacije, istraživanja i uslova rada, i 4) Poboljšanje kvaliteta, informacioni sistemi, međusektorska saradnja, zastupanje i javno zagovaranje.

Program definiše i mere za dostizanje ciljeva i definiše akcioni plan delovanja. Ovde se navode samo neke od mera, relevantne za formiranje CMZ u zajednici:

- 1) postojeća zakonska rešenja u oblasti zaštite lica sa mentalnim poremećajima treba unaprediti i prilagoditi međunarodnim standardima i dobroj praksi;
- 2) stvaranje službi u zajednici, odnosno razvijanje mreže alternativnih službi (CMZ u zajednici): a) uspostavljanje centara odvijaće se u okviru postojećih zdravstvenih ustanova (psihijatrijskih službi opštih bolnica, specijalnih bolnica za psihijatrijske bolesti, psihijatrijskih klinika i instituta); b) centri treba da budu organizovani po teritorijalnom principu (po jedan centar na populaciju od 40.000 do maksimalno 100.000 stanovnika); c) centri treba da pružaju zaštitu i da unapređuju mentalno zdravlje celokupnog stanovništva, bez obzira na uzrast, na određenoj (pripadajućoj) teritoriji; i, d) u centrima treba da se razvije što više usluga neophodnih za zaštitu mentalnog zdravlja populacije, uključujući i psihosocijalnu rehabilitaciju. Broj CMZ u upravnom okrugu zavisice od broja stanovnika, a hospitalizacija pacijenata koji se leče u CMZ, kada je to neophodno, realizovala bi se na psihijatrijskom odeljenju ustanove u čijem je sastavu CMZ, nadležne za određenu teritoriju, odnosno upravni okrug (opšte bolnice, specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti, psihijatrijske klinike ili instituta), osim upućivanja u ustanove tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite kada je to klinički neophodno;
- 3) osnaživanje postojećih psihijatrijskih službi u opštim bolnicama;
- 4) deinstitucionalizacija velikih psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne zaštite - započeti postepeno smanjivanje broja postelja u velikim bolnicama i broja korisnika u ustanovama socijalne zaštite, što je moguće tek posle stvaranja i osnaživanja CMZ u zajednici, uz učešće PZZ;
- 5) kontinuirana edukacija izabranih lekara i drugih zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika na nivou PZZ iz oblasti mentalnog zdravlja;
- 6) formiranje novih i razvoj postojećih službi psihijatrije za decu i omladinu;
- 7) neophodno je dalje raditi na skraćivanju dužine hospitalnog lečenja pacijenata sa težim mentalnim poremećajima

- uz princip kontinuiranog lečenja, odnosno brige o pacijentima i posle otpusta;
- 8) lečenje treba individualizovati i humanizovati u najvećoj mogućoj meri, primenjujući psihijatriju orijentisanu na pojedinca;
 - 9) uspostavljanje mreže multidisciplinarnih timova u okviru CMZ namenjenih deci i mladima, koji bi funkcionisali u tesnoj saradnji sa pedijatrijskim dispanzerima, timovima u centrima za rane intervencije namenjenim deci sa razvojnim smetnjama, kao i lokalnim centrom za socijalni rad, predškolskim ustanovama i školama. Važan deo buduće mreže teritorijalno organizovanih službi za zaštitu mentalnog zdravlja, koji bi bio u nadležnosti Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, kao i lokalne samouprave, predstavljalo bi i zaštićeno stanovanje, kao i posebni oblici radnog angažovanja i zapošljavanja lica sa mentalnim poremećajima (kooperative ili zadruge pacijenata, radni centri i drugo), koji su neophodni za socijalnu integraciju pojedinih pacijenata. Takođe, u nadležnosti Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, kao i lokalne samouprave, bili bi svi vidovi pružanja socijalne podrške u smislu različitih oblika socijalnih davanja, pružanja pomoći u obezbeđivanju adekvatnih uslova stanovanja i drugih neophodnih mera u cilju zaokružene zaštite u zajednici. Proces reforme službi za mentalno zdravlje zahteva i promene u načinu njihovog finansiranja, od finansiranja zasnovanog na broju bolničkih dana ka finansiranju zasnovanom na pruženim uslugama;
 - 10) Program sadrži i niz mera koje se tiču dece i mladih;
 - 11) Potrebno je, takođe, ojačati PZZ kada se radi o ranom otkrivanju i dijagnostikovanju alkoholizma, a kada se radi o starijim licima treba razviti mrežu ustanova u kojima se zbrinjavaju i leče stara lica sa mentalnim poremećajima;
 - 12) Potrebno je unaprediti edukativne programe u oblasti mentalnog zdravlja na dodiplomskim i postdiplomskim studijama, kao i vid kontinuirane edukacije po pitanju mentalnog zdravlja u zajednici, i to za lekare, psihologe, socijalne radnike i specijalne pedagoge. Specijalisti

psihijatrije i specijalisti dječje i adolescentne psihijatrije treba da budu uključeni u edukaciju lekara i zdravstvenih saradnika PZZ. Edukacija treba da se obavlja i u službama za mentalno zdravlje u zajednici;

- 13) U ovoj oblasti treba da budu razvijena i istraživanja, i to kao deo dodiplomskih i postdiplomskih studija;
- 14) Na poslovima mentalnog zdravlja treba da se poboljšaju uslovi rada, odnosno da se kadar stimuliše;
- 15) Potrebno je poboljšati kvalitet usluga u različitim službama mentalnog zdravlja i to tako što će se: a) izmeniti normativi o uslovima u pogledu kadrova u psihijatrijskim službama opštih bolnica i psihijatrijskim ustanovama u skladu sa potrebama koncepta zaštite mentalnog zdravlja u zajednici; b) usklađivati i unaprediti procedure dijagnostike i lečenja u skladu sa međunarodnim standardima; c) unaprediti standardi za akreditaciju zdravstvenih ustanova; i, d) razviti procedura za unapređenje kvaliteta rada, proveru kvaliteta stručnog rada i pruženih usluga;
- 16) Potrebno je unaprediti informacioni sistem, formirati baze podataka i pratiti sve pacijente u službama mentalnog zdravlja uz obaveznu zaštitu podataka, kao i formirati nacionalne registre za određene mentalne poremećaje;
- 17) Potrebno je uspostaviti partnerstvo za mentalno zdravlje na nivou ministarstava, kao i na lokalnom nivou;
- 18) Potrebno je uključiti pacijente u planiranje i organizaciju službi mentalnog zdravlja, kao i podsticati javno zagovaranje sa ciljem unapređenja prava lica sa mentalnim poremećajima;
- 19) Potrebno je formirati interresorno koordinaciono telo Vlade, kao i koordinaciona tela na nivou upravnog okruga sa predstavnicima lokalne samouprave i svih institucija odgovornih za obezbeđivanje zaštite mentalnog zdravlja u zajednici na teritoriji za koju su nadležni, u cilju koordinisanja aktivnosti, upravljanja i kontrole u sprovođenju Programa.

Program je sveobuhvatan i detaljan, sa preciziranim aktivnostima, merama, akterima, rokovima i indikatorima uspešnosti preduzetih mera. Iako je sve što je propisano vrlo prihvatljivo i

obećavajuće, interesantno je to što se predlaže razvoj CMZ na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, odnosno institucionalno u okviru ustanova na ovim nivoima. Inače, tendencija evropskih sistema je da CMZ, ako je moguće, budu institucionalno autonomni, a vezani za zdravstvenu zaštitu, u prvom redu za njen primarni nivo. I sam program sadrži konstataciju da službi za mentalno zdravlje trenutno ima 70 u okviru domova zdravlja, pa se može reći da postoji institucionalna osnova i okvir za organizovanje centara za mentalno zdravlje u zajednici, na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Osim toga, mogućnost organizovanja na primarnom nivou sadržan je i u *Pravilniku o vrsti i bližim uslovima za oblikovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici*, koji članom 3 propisuje da se centar za mentalno zdravlje u zajednici obrazuje kao posebna organizaciona jedinica za obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u domovima zdravlja koji obavljaju i delatnost lečenja lica sa mentalnim smetnjama i u psihijatrijskim ustanovama. Ovde su domovi zdravlja dati kao jedno od opcionih rešenja za organizacioni okvir centara za mentalno zdravlje u zajednici. Pored toga, kao što je već pomenuto, ovaj Pravilnik sadrži i druge vidove usluga u zajednici. Oni, međutim, nisu dalje razrađeni i ne predstavljaju obavezu nego mogućnost, bez opredeljivanja sredstava, standarda rada i usluga ili načina koordinisanja sa drugim službama u zajednici. U tom smislu, samo pokazuju tendenciju sistema ka zbrinjavanju u zajednici, ali ne predstavljaju pouzdan organizaciono-finansijsko-pravni okvir.

S druge strane, takođe je interesantna konstatacija u Programu da se povećanje broja dugotrajnih hospitalizacija psihijatrijskih pacijenata objašnjava nedostatkom kapaciteta u sistemu socijalne zaštite, zbog čega je u tom sistemu potrebno osnovati više rezidencijalnih ustanova. Naime, ceo Program teži sveobuhvatnosti i multi-sektoralnosti, pa samim tim ukazuje da bi trebalo da postoji uvid u sistem socijalne zaštite i tendenciju ovog sistema da upravo smanji rezidencijalni smeštaj, a poveća broj usluga u zajednici korisnicima usluga socijalne zaštite, koji su ujedno vrlo često i korisnici usluga zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja. Da se i u sistemu socijalne zaštite teži deinstitutionalizaciji jasno je iz pilot-projekata koji su, u okviru fondova EU, sprovedeni i kroz koje su razvijane usluge u zajednici, te osobe sa mentalnim smetnjama izvođene iz

ustanova u stanovanje uz podršku (o ovim pilot-projektima će kasnije biti reči). Čak je 2014. godine doneta odluka ministarstva nadležnog za socijalna pitanja kojom se, između ostalog, nekim pilot-ustanovama socijalne zaštite zabranjivao prijem potencijalnih korisnika rezidencijalnog smeštaja. Te ustanove su odabrane za pilot-ustanove u kontekstu sprovođenja reforme sistema socijalne zaštite, a u okviru realizacije projekta „Unapređenje položaja korisnika rezidencijalnih ustanova sa intelektualnim i mentalnim poteškoćama“ („Otvoreni zagrljaj“), finansiranog od strane Evropske unije i realizovanog u saradnji sa Ministarstvom rada, zapošljavanja i socijalne politike i Ministarstvom zdravlja RS.¹

Dakle, i sistem socijalne zaštite, u načelu, teži smanjivanju broja rezidencijalnih ustanova i broja kreveta u istim, a povećanju usluga u zajednici. Ukoliko ne bi bilo tako, nego bi se smanjivali samo kapaciteti psihijatrijskih ustanova, a povećavali kapaciteti ustanova socijalne zaštite ili otvarale nove, došlo bi se u rizik od transinstitucionalizacije ili reinstitucionalizacije – rizik da će osobe koje su formalno deinstitutionalizovane završiti u drugim ili drugoj vrsti institucija, a ne u sopstvenim domovima, podržani uslugama u zajednici (prelivanje pacijenata/korisnika po principu „spojenih sudova“). Ova opasnost naročito postoji kod osoba sa dugotrajnim smetnjama ili kod osoba sa „forenzičkom“ istorijom (De Almeida, Killaspy, 2011, 2). Pored toga, dešava se da zatvaranje psihijatrijskih ustanova nije uvek praćeno razvojem usluga u zajednici (De Almeida, Killaspy, 2011, 11), što dovodi do rizika da osobe sa mentalnim smetnjama ostanu bez ikakve podrške. Da do svega ovoga ne bi došlo, ova dva sistema (zdravstveni i socijalni) treba da zajedno ili usaglašeno prave programe i strategije deinstitutionalizacije i transformacije ustanova u usluge u zajednici, jer su korisnici usluga jednog istovremeno korisnici usluga drugog, odnosno drugih sistema. Naime, da bi se u jednom sistemu smanjio prijem u rezidencijalne ustanove nije potrebno pribеći prelivanju iz jednog u drugi sistem. Aktivnosti u oba sistema treba preduzimati istovremeno i usaglašeno, sa prethodnim akcentom na razvoj usluga u zajednici: CMZ u

¹ <https://www.minrzs.gov.rs/sr/aktuelnosti/vesti/otvoreni-zagrljaj-podrška-osoba-sa-mentalnim-problemima/>; <http://europa.rs/podrška-evropske-unije-osoba-sa-mentalnim-problemima/>

zdravstvu, umreženi sa drugim uslugama u zajednici, što sve zajedno čini uslugu i službu za mentalno zdravlje u zajednici. Uz to, uvek treba imati u vidu da je u ove aktivnosti potrebno uključiti i usluge drugih sistema.

Strategija razvoja socijalne zaštite

Strategija razvoja socijalne zaštite definiše više strateških pravaca razvoja, pa su neki od njih, koji bi mogli biti relevantni za razvoj službi za mentalno zdravlje u zajednici: decentralizacija nadležnosti i sredstava na lokalni nivo; obezbeđivanje raznovrsnih socijalnih usluga u zajednici; jačanje profesionalnih kapaciteta zaposlenih u socijalnoj zaštiti.

Jedan od posebnih ciljeva Strategije je razvijanje mreže usluga u lokalnoj zajednici. On u okviru sebe ima kao podciljeve: identifikovanje potreba grupa korisnika i međusistemski usklađeno planiranje usluga na različitim nivoima, donošenje protokola o saradnji na lokalnom nivou za procenu i zadovoljavanje potreba posebno ranjivih grupa, formiranje lokalnih saveta za socijalna pitanja, celovitu procenu potreba korisnika, planiranje usluga na osnovu potencijala korisnika, porodice i zajednice i njihove uključenosti u pripremu i ostvarivanje planova.

Cilj Strategije je, takođe, da usluge budu teritorijalno i funkcionalno dostupne, te da podržavaju život u zajednici. U tu svrhu je potrebno, pored utvrđivanja standarda usluga i kontrole ostvarivanja prava, definisati minimalnu stopu izdvajanja iz budžeta opštine za socijalnu zaštitu. Shodno Strategiji, potrebno je, takođe, doneti propis o kriterijumima za distribuciju sredstava solidarnosti iz budžeta Republike i Autonomne Pokrajine.

Potrebno je razviti usluge i službi za podršku u prirodnoj porodici, usluge smještaja u drugu porodicu, razvoj ustanova malih smještajnih kapaciteta i drugih inkluzivnih usluga u zajednici.

Strategija kao neke od načina realizacije ciljeva navodi: saradnju i delovanje u okviru istog konceptualnog, strateškog i vremenskog okvira između različitih učesnika u reformi sistema socijalne zaštite; obezbeđivanje potrebnih inputa jednih drugima; donošenje srednjoročnog plana transformacije ustanova i donošenje posebnih

planova transformacija za svaku ustanovu, te prilagođavanje postojeće mreže transformaciji ustanova; podsticanje neprofitnog sektora u cilju postizanja pluralizma davalaca usluga; razvoj univerzalnih, posebnih i indikovanih usluga; smanjenje pritiska na smeštaj u ustanove; smanjenje broja korisnika smeštenih u ustanove, kao i obezbeđivanje malih smeštajnih kapaciteta na lokalnom nivou.

Neke od ovih aktivnosti su preduzete za ustanove socijalne zaštite za smeštaj osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, a u toku pomenutog projekta „Otvoreni zagrljaj“. Sačinjeni su pojedinačni planovi transformacije ustanova, donete odluke o zabrani prijema u 2-4 pilot-ustanove, dati podsticajni grantovi za razvoj usluga u zajednici. Nakon završetka projekta je deo ovih aktivnosti stao, a deo nastavljen (kod onih ustanova koje su obezbedile sredstva). Ovakav tok procesa deinstitutionalizacije i transformacije ustanova ukazuje na to da ceo proces treba organizaciono i finansijski da preuzme država jer će se samo tako obezbediti održivost. Projektno finansiranje je kratkoročno u odnosu na predviđeni tok ovog procesa (u Italiji već 40 godina) i njegov prekid dovodi i može dovesti do nesagledivih posledica po korisnike koji se, po konačnom sticanju neke samostalnosti, opet moraju vratiti u institucionalno okruženje.

Sadržina Strategije koja se tiče deinstitutionalizacije i inkluzije lica sa mentalnim oboljenjima i intelektualnim poteškoćama, a koja je napred u glavnim crtama navedena, ukazuje na nameru države da se na ozbiljan način pozabavi procesom izvođenja ovih lica iz ustanova i njihovim uključivanjem u zajednicu. Ovo je jedna od nacionalnih strategija koja je u velikoj meri primenjena u praksi, ali pre svega u odnosu na ciljeve čija realizacija primarno zavisi od ministarstva nadležnog za poslove socijalne zaštite, i često tamo gde je projektno podržana. Ciljevi usmereni ka međusektorskoj saradnji nisu u odgovarajućoj meri implementirani, kao ni oni usmereni ka decentralizaciji finansijskih sredstava.

Kada se radi o deinstitutionalizaciji, Strategija je u određenoj meri dotiče, ali to nije njen glavni fokus. Ne postoji, zapravo, nijedan dokument niti intersektorsko telo koje kao osnovni predmet ima deinstitutionalizaciju osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama i koji efektivno koordiniše sve sektore (zdravlja, socijalnog zbrinjavanja, pravde, unutrašnjih poslova, zapošljavanja, obrazovanja) u ostvarivanju istog cilja.

Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji

Strategija predstavlja srednjoročni plan aktivnosti svih društvenih aktera za unapređenje položaja osoba sa invaliditetom u RS. Jedan deo Strategije se odnosi na promenu paradigme "od pacijenta ka građaninu" i sadrži mapu procesa od medicinskog ka socijalnom modelu invalidnosti. Ova mapa prepoznaje kretanje od procene nesposobnosti lica sa invaliditetom ka proceni njihove sposobnosti; usredsređuje fokus na zajednicu, a ne na institucije; insistira na uključenosti osoba u zajednicu, a ne na njihovoj izolovanosti.

Strategija ima više opštih i posebnih ciljeva. Jedan od posebnih ciljeva je unapređivanje sistema podrške i usluga usmerenih ka korisniku u skladu sa njegovim potrebama. U okviru ovog cilja, neke od aktivnosti koje se sprovode su: obezbeđenje da sistem socijalnih, zdravstvenih i drugih usluga za osobe sa invaliditetom u potpunosti poštuje princip dostupnosti usluga u lokalnoj zajednici, uz potpunu primenu procesa deinstitutionalizacije; osiguranje kontinuiteta, komplementarnosti i međusektorske saradnje, uz pružanje usluga osobama sa invaliditetom; podsticanje i podržavanje razvoja novih usluga u lokalnoj zajednici uz primenu individualizovanih planova koji podstiču aktivizam i podržavaju samostalnost osoba sa invaliditetom; razvoj modela "sredstva prate korisnika", tako da osoba sa invaliditetom ima pravo izbora vrste i pružaoca usluga.

Opšti i posebni ciljevi relevantni za deinstitutionalizaciju su takođe i: osnaživanje porodica osoba sa invaliditetom kroz sistem pružanja adekvatne podrške odgovarajućih servisa i službi koje pomažu integraciju osoba sa invaliditetom u zajednicu; razvijanje politike mera i primena programa, naročito u oblastima obrazovanja, zapošljavanja, rada i stanovanja, koji osobama sa invaliditetom pružaju jednake mogućnosti i podstiču samostalnost, lični razvoj i aktivan život u svim oblastima; poboljšanje kvaliteta života osoba sa invaliditetom stvaranjem mogućnosti za slobodan izbor uslova i načina života u izabranom okruženju; obezbeđenje svim osobama sa invaliditetom socijalne sigurnosti i puno i nesmetano uživanje tog prava.

Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji za period od 2020. do 2024. godine

U međuvremenu je doneta i nova Strategija, mada je na snazi ostala i prethodna. Strategija ističe dostignuća i mane u implementaciji prethodne strategije i predlaže ciljeve, aktivnosti, indikatore, kao i subjekte odgovorne za sprovođenje aktivnosti.

Strategijom se konstatuje da su specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti započele proces deinstitutionalizacije, tako da je zauzetost postelja u konstantnom padu od 2012. godine. Prema podacima Ministarstva zdravlja, u Specijalnoj bolnici "Sveti Vračevi" zauzetost postelja u 2012. godini je sa 89% u 2015. godini smanjena na 78%, u Klinici za psihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević" je u 2012. godini bila 76,1% a 2015. godine 69,8%, u Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti "Gornja Toponica" u 2012. godini zauzetost je bila 88% a u 2015. godini 70%. Podaci Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" pokazuju da je stacionarno lečeno 34.993 osoba sa smetnjama mentalnog zdravlja u toku 2017. godine (od toga 15.882 žena), dok je u 2018. godini taj broj iznosio 33.212, od toga 15.168 žena.

Ističe se da jedan od izazova u procesu deinstitutionalizacije osoba sa invaliditetom iz psihijatrijskih bolnica predstavlja to što mnoge osobe nemaju gde da odu, s obzirom da nemaju porodice ili porodice nisu u mogućnosti da se o njima brinu, a alternativni vidovi podrške, koji bi uključivali i stanovanje, nisu razvijeni.

Strategijom se konstatuje da u Republici Srbiji ima svega nekoliko CMZ u zajednici, te da oni nisu dovoljno razvijeni, odnosno da do sada nije mnogo urađeno na transformaciji velikih psihijatrijskih bolnica i osnivanju službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. U tom smislu, neophodno je u ovaj proces uključiti najpre same korisnike i njihovu mrežu društvene podrške, organizacije civilnog društva, nezavisne institucije, a posebno nacionalni preventivni mehanizam i druge relevantne aktere.

Centri za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici trebalo bi da budu osnovna podrška osobama sa psihosocijalnim invaliditetom, da pokrivaju teritoriju od 50.000 do maksimalno 100.000 stanovnika po centru i da se nalaze u zajednici. Iako su Strategija i

Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine doneti u istom periodu, čini se da imaju različitu koncepciju i da njihovi kreatori nisu u koordinaciji sačinjavali ove dokumente, pa je prva više fokusirana na primar, a Program na sekundar i tercijar. Čini se da se Strategijom prati tendencija evropskih zemalja da službe za mentalno zdravlje budu više vezane za primarnu zdravstvenu zaštitu.

Opšti cilj Strategije je izjednačavanje mogućnosti osoba sa invaliditetom u uživanju svih građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava, uz puno poštovanje njihovog dostojanstva i individualne autonomije, obezbeđivanja nezavisnosti, slobode izbora i pune i efektivne participacije u svim oblastima društvenog života, uključujući i život u zajednici. Pored opšteg cilja Strategije, utvrđena su tri posebna cilja: 1) povećana društvena inkluzija osoba sa invaliditetom; 2) obezbeđeno uživanje prava osoba sa invaliditetom na poslovnu sposobnost i porodični život na ravnopravnoj osnovi sa drugima, i efikasna zaštita od diskriminacije, nasilja i zlostavljanja; i, 3) sistemsko uvođenje perspektive invaliditeta u donošenje, sprovođenje i praćenje javnih politika. Svaki od ciljeva praćen je konkretnim merama za njihovo postizanje.

Svaka od navedenih mera za sva tri posebna cilja ima opis i efekte mere, definisanu instituciju nadležnu za sprovođenje mere i pokazatelje rezultata, dok su procena potrebnih finansijskih sredstava i izvori finansiranja ostavljeni za naknadni akcioni plan Strategije.

Sva izložena strateška i zakonska dokumenta Republike Srbije ili njihove relevantne izmene donete su u poslednjih 10-15 godina i iz njih se vidi da se na nivou donosilaca odluka razmišlja o poboljšanju položaja osoba sa invaliditetom, pa time i osoba sa mentalnim smetnjama, kao i da se trend kreće u smeru deinstitucionalizacije i transformacije ustanova u usluge u zajednici. Ovim aktima, koji su opšti akti najvišeg nivoa, nedostaje, međutim, konkretizacija i primena u praksi. Osim toga, svi navedeni dokumenti su proizvod pojedinačnih sektora (zdravstvenog, socijalnog), a ne proizvod njihovog zajedničkog rada, pa u tom smislu nisu u potpunosti usaglašeni niti imaju zajednički organizacioni i finansijski plan pokretanja i toka navedene transformacije i razvoja usluga u zajednici.

Budući da je za planiranje službi u zajednici važno znati konkretan pravni okvir u kome se krećemo, u daljem tekstu će biti reči i o podzakonskim aktima Republike Srbije relevantnim za oblast mentalnog zdravlja. Prilikom planiranja je važno, naime, iskoristiti postojeće pravne, organizacione i finansijske resurse, pre nego preduzimati korake koji iziskuju novu regulativu, sredstva i organizacione forme.

GLAVA DRUGA

Podzakonski pravni akti Republike Srbije relevantni za oblast mentalnog zdravlja

Većina navedenih pravnih akata daje osnova za donošenje podzakonske regulative koja na detaljniji način uređuje pojedina pitanja. U daljem tekstu će biti navedeni oni podzakonski propisi koji su, organizaciono i suštinski, relevantni za pitanja zaštite mentalnog zdravlja.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju proraćeni su sledećim relevantnim podzakonskim aktima: Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, Pravilnici o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova i unutrašnji akti zdravstvenih ustanova.

Uredbom o planu mreže zdravstvenih ustanova utvrđuje se mreža zdravstvenih ustanova - broj, struktura, kapaciteti i prostorni raspored zdravstvenih ustanova u javnoj svojini i njihovih organizacionih jedinica po nivoima zdravstvene zaštite, kao i organizacija pružanja hitne medicinske pomoći. Kada se radi o razvoju službi za mentalno zdravlje u zajednici, nakon odluke o modelu usluga u zajednici, trebalo bi izmeniti plan mreže uporedo sa smanjivanjem broja postelja u specijalnim psihijatrijskim bolnicama i klinikama za psihijatriju, a razvojem usluga u zajednici. U skladu s tim, treba izmeniti način finansiranja, odnosno preći sa finansiranja bolničkih kreveta u finansiranje usluga (što za sobom povlači izmenu različitih akata, u zavisnosti od toga koji se model finansiranja usvoji: akta RFZO, ugovori sa RFZO, budžet RS, budžeti lokalnih samouprava, itd).

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe definiše uslove u pogledu kadra, opreme i prostorija (strukturnalni standardi), ali ne i usluga (funkcionalni standardi). Kada se radi o funkcionalnim standardima, bilo bi ih korisno uvesti u Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, da se ne bi remetila dosadašnja struktura ovog prvog. Treba, međutim, imati na umu da je njihovo propisivanje nužno jer se upravo time određuje sadržina usluga koje se pružaju. Na određen način, potrebno je u ovaj drugi pravilnik ili u *Pravilnik o standardima za pružanje usluga u socijalno-zdravstvenim ustanovama* (koji još uvek nije donet, a osnov mu je stav 3, člana 60 Zakona o socijalnoj zaštiti) uvesti i multidisciplinarnost tima za pružanje usluga mentalnog zdravlja u zajednici.

Osim toga, i strukturalne standarde, a prevashodno kadar, treba vremenom prilagoditi novim potrebama organizovanja službi za mentalno zdravlje u zajednici. Prema Pravilniku o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, koji definiše bliže uslove (kadar, opremu, prostor i lekove) za osnivanje i obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti, dom zdravlja (član 6) može obavljati zdravstvenu delatnost i u oblasti psihijatrije ako u pogledu kadra ima jednog doktora medicine specijalistu psihijatrije (neuropsihijatrije) i jednu medicinsku sestru - tehničara sa srednjom/višom školskom spremom na 40.000 stanovnika, a na dva ovakva tima i po jednog psihologa, socijalnog radnika i višeg radnog terapeuta. Opšta bolnica (član 19 Pravilnika) za obavljanje specijalističko-konsultativne i stacionarne delatnosti na 100 bolničkih postelja u psihijatriji treba da ima 15 doktora medicine i 50 medicinskih sestara - tehničara sa srednjom/višom školskom spremom, od čega na nezi bolesnika 38. Opšta bolnica koja obavlja samo specijalističko-konsultativnu delatnost iz oblasti psihijatrije (neuropsihijatrije) treba da ima najmanje jednog doktora medicine specijalistu i jednu medicinsku sestru - tehničara sa srednjom/višom školskom spremom. Opšta bolnica (član 22) u dnevnoj bolnici iz psihijatrije i zaštite mentalnog zdravlja treba da ima jednog doktora medicine specijalistu psihijatrije (neuropsihijatrije) i jednu medicinsku sestru - tehničara sa višom odnosno srednjom školskom spremom na 15 bolesnika u

smeni, a na dva tima i po jednog psihologa, socijalnog radnika i višeg radnog terapeuta. Za obavljanje manje složenih poslova zdravstvene nege, umesto medicinskih tehničara opšta bolnica može angažovati pomoćne radnike (negovatelje). Saglasno principu po kom će se osnivati službe za mentalno zdravlje u zajednici, i tome za koji će nivo zdravstvene zaštite biti vezane, trebalo bi vremenom prilagoditi i kadar. Naravno, u međuvremenu, treba analizirati i koristiti raspoložive kadrovske kapacitete.

Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite treba menjati u zavisnosti od toga za koji se model zbrinjavanja u zajednici bude odlučilo i u zavisnosti od toga šta se u uslugama bude menjalo. S obzirom da trenutni sistem plaćanja stacionarnih zdravstvenih ustanova po bolničkoj postelji zapravo održava ove ustanove kao standard zbrinjavanja (jer dokle god se plaća krevet, opstaće i broj kreveta, odnosno ustanove u tom kapacitetu u kome jesu), trebalo bi postepeno preći na sistem plaćanja po usluzi, pa bi se izmena ovih pravilnika, u vezi s tim, svakako očekivala.

U slučaju izmene strukture i organizacije postojećih zdravstvenih ustanova trebalo bi planirati i izmenu *Pravilnika o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova*, kao i unutrašnjih akata zdravstvenih ustanova.

Zakon o socijalnoj zaštiti praćen je sledećim relevantnim podzakonskim aktima: Uredba o namenskim transferima u socijalnoj zaštiti, Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite i Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada Centra za socijalni rad.

Uredbom o namenskim transferima u socijalnoj zaštiti utvrđuju se: visina namenskog transfera za finansiranje usluga socijalne zaštite, kriterijumi za njegovu raspodelu po pojedinim jedinicama lokalne samouprave, kriterijumi za učešće lokalne samouprave i dinamika prenosa sredstava, kao i usluge socijalne zaštite od posebnog značaja za Republiku Srbiju. U budžetu Republike Srbije obezbeđuju se sredstva za namenske transfere, kojima se u skladu sa Zakonom o socijalnoj zaštiti i u skladu sa propisima o finansiranju lokalne samouprave finansiraju, između ostalog, usluge socijalne zaštite u jedinicama lokalne samouprave na čijoj teritoriji imaju sedište

ustanove za domski smeštaj u transformaciji, uključujući i troškove transformacije tih ustanova. Uredba, odnosno njome propisan mehanizam relevantni su zbog toga što predstavljaju pravni osnov za finansijsku podršku transformaciji ustanova socijalne zaštite u usluge u zajednici.

Uredbom o mreži ustanova socijalne zaštite utvrđuje se mreža ustanova socijalne zaštite koje pružaju usluge domskog smeštaja i centara za porodični smeštaj i usvojenje, koje osniva Republika Srbija odnosno autonomna pokrajina, i bliže se uređuju prostorni raspored i delatnost ustanova koje pružaju usluge domskog smeštaja, njihovi kapaciteti i grupe korisnika. Uredba je relevantna za deinstitucionalizaciju s obzirom na okolnost da Zakon o socijalnoj zaštiti u članu 54 određuje da dom za smeštaj odraslih i starijih ne može imati kapacitet veći od 100 korisnika. Ukoliko ovo zakonsko rešenje opstane trebalo bi i Uredbu uskladiti sa njim, a broj korisnika usluga rezidencijalnog smeštaja vremenom smanjivati, uporedo sa povećanjem broja usluga u zajednici.

Pravilnikom o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite uređuju se minimalni strukturalni standardi (infrastrukturni, organizacioni i kadrovski uslovi za pružanje usluga) i minimalni funkcionalni standardi (vrednosne, kvantitativne i kvalitativne dimenzije stručnih postupaka). Pravilnikom se daju i specifikacije usluga u socijalnoj zaštiti. Takođe se preciznije uređuju usluge smeštaja i dnevne usluge u zajednici. Strukturalni i funkcionalni standardi mogu biti zajednički i posebni. U okviru zajedničkih minimalnih funkcionalnih standarda Pravilnikom se uređuje i način određivanja stepena podrške korisnicima socijalnih usluga s obzirom na celokupno individualno funkcionisanje korisnika i vrsta potrebne pomoći, i o tome je već bilo reči. Posebni minimalni strukturalni standardi su propisani za sledeće usluge smeštaja: domski i predah smeštaj odraslih; domski i predah smeštaj dece i mladih; male domske zajednice za decu i mlade III i IV stepena podrške; male domske zajednice za decu i mlade I i II stepena podrške; usluge smeštaja u prihvatilište. Posebni minimalni funkcionalni standardi propisani su za usluge smeštaja u prihvatilište i za predah smeštaj.

Pravilnik specificira i dnevne usluge u zajednici i to: dnevni boravak, pomoć u kući, svratište i lični pratilac deteta. Za ove

usluge su propisani posebni strukturalni standardi. Posebni funkcionalni standardi su specificirani za uslugu svratišta.

Pravilnik specificira i usluge podrške za samostalan život, i to stanovanje uz podršku i personalnu asistenciju. Za obe ove usluge su specificirani posebni strukturalni i funkcionalni standardi.

Ove standarde treba uzeti u obzir kada se sačinjavaju multidisciplinarni timovi za pružanje usluga u zajednici, sačinjeni od profesionalaca zdravstvenog i socijalnog profila.

Pravilnikom o organizaciji, normativima i standardima rada Centra za socijalni rad uređuje se obavljanje delatnosti centara za socijalni rad u vršenju javnih ovlašćenja, i to: organizacija, normativi i standardi stručnog rada i sadržaj i način vođenja evidencije o korisnicima i dokumentacije o stručnom radu.

Prilikom prijema, na osnovu obavljenog intervjua sa podnosiocem zahteva centru, stručni radnik na prijemu 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 ako službeno lice na prijemu oceni da centar nije nadležan za prijem podneska, obavestiće 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 drugih socijalnih, zdravstvenih ili drugih službi u zajednici. Ovo bi trebalo rešiti kroz neki pravni akt – 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 (Sjeničić, Jovanović, 2017, 104). Ove nedoumice, naravno, neće biti u slučaju da se formiraju centri/službe za mentalno zdravlje, koje će na formalan način objedinjavati članove tima iz različitih sektora.

U okviru centara rade voditelji slučajeva. Oni su stručni radnici u socijalnoj zaštiti zaduženi za konkretan slučaj. Voditelji slučajeva procenjuju potrebe konkretnog korisnika, preduzimaju mere i koordinišu preduzimanje mera zaštite i podrške korisniku, koristeći potencijale centra i drugih službi i resursa u lokalnoj zajednici. Potencijale obučених voditelja slučajeva treba iskoristiti za rad u službama za mentalno zdravlje kada ih bude.

Član 62 Pravilnika uređuje da nalaz i stručno mišljenje sačinjava voditelj slučaja u pisanom obliku kada je potrebno sudu, drugom organu ili ustanovi dostaviti rezultate procene ili kada je potrebno uputiti korisnika na korišćenje usluga u drugu ustanovu ili organizaciju. Nalaz i stručno mišljenje, između ostalog, sadrži i: preduzete i planirane mere i usluge od strane centra i drugih relevantnih službi i ustanova, kao i druge mere i usluge potrebne za stabilizovanje stanja korisnika i zadovoljavanje potreba, koje se traže od drugih službi i organa (član 64). Ovaj član vrlo direktno upućuje na saradnju sa drugim sektorima, pa ga treba i iskoristiti. Ovakva vrsta upućivanja u okviru regulative u oblasti socijalne zaštite je relativno česta, ali nema značajan pandan u regulativi drugih sektora, pa međusektorsku saradnju nije lako ostvariti bez podrške drugih sistema.

Kada se radi o izradi plana usluga i mera za odraslog korisnika, član 74 propisuje, između ostalog, da će "centar zajedno sa drugim službama u zajednici, korisnikom.....preduzeti razumne napore da uz primenu principa najmanje restriktivne intervencije ili okruženja korisnik dostigne ili održi optimalan nivo psihofizičkog i socijalnog funkcionisanja, da predupredi ili otkloni okolnosti zbog kojih korisnik može biti izmešten iz svoje sredine, ili će preduzeti sve napore da se korisnik održi ili uspostavi produktivne veze i odnose sa novom sredinom".

Obrazac broj 3, koji je priložen uz Pravilnik i tiče se procene odraslih i starih, u stručnim postupcima navodi i mogućnost davanja nalaza i mišljenja drugim institucijama.

Sve navedene odredbe Pravilnika ukazuju na tendenciju ostvarivanja saradnje, ali ona mora postojati i na strani zdravstvenog, odnosno drugih sistema, i biti nekako formalizovana.

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama proračun je sledećim relevantnim podzakonskim aktima: Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama.

Pravilnikom o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici definišu se, kao što je već pomenuto, isključivo strukturalni standardi (kadrovi, prostor, oprema), dok standardi kvaliteta, odnosno

konkretnih usluga koje se pružaju (funkcionalni standardi), izostaju. Pravilnik ne definiše stručne postupke, te je u tom smislu paternalistički formulisan. Poslovi socijalnog radnika su tradicionalno definisani, analogno „medicinskom modelu socijalnog rada“. Kao što je napred rečeno, Pravilnik definiše dnevne usluge u zajednici (dnevni boravak za lica sa mentalnim smetnjama, zaštićeno stanovanje, dnevni centri za starija lica, udruženja korisnika usluga i dr.), koje se mogu (ali i ne moraju) osnovati u zajednici, i predviđa donošenje protokola o saradnji sa drugim službama i institucijama u zajednici, što uglavnom nije realizovano. Pored toga što ne sadrži funkcionalne standarde, Pravilnik ne prikazuje potrebu za učešćem pacijenta u sopstvenom oporavku niti tendenciju ka sačinjavanju individualnog plana ili plana oporavka. U smislu svega rečenog, ima prostora da se na Pravilniku dalje radi i to u pravcu bližeg opisa samih usluga koje se pružaju, kao i u pravcu obavezne participacije pacijenta u oporavku i sačinjavanju plana istog. U praksi se već, u toku 2017-2019, uz podršku Svetske zdravstvene organizacije i Saveta Evrope radilo na kreiranju i otpočinjanju rada na individualnim planovima tretmana i oporavka.

Pravilnikom o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama uređuju se uslovi za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama, koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama. U principu, uvođenjem adekvatne prevencije kroz CMZ mogle bi biti izbegnute mere fizičkog sputavanja i izolacije (u čemu je dobar primer trščanski model).

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom praćen je *Pravilnikom o bližim uslovima, kriterijumima i standardima za sprovođenje mera i aktivnosti i profesionalne rehabilitacije* (Sl. glasnik RS, br. 112/2009). Članom 3 Pravilnika uređuje se da se mere i aktivnosti profesionalne rehabilitacije nezaposlene osobe sa invaliditetom sprovode ako je: 1) osoba sa invaliditetom na evidenciji nezaposlenih lica Nacionalne službe; 2) izvršena procena profesionalnih mogućnosti te osobe; i, 3) postoji potreba da ta osoba bude korisnik usluga profesionalne rehabilitacije, kao dela njene celokupne rehabilitacije. Ovo treba imati u vidu kada se govori o osnaživanju korisnika socijalnih usluga, te vraćanju njihove poslovne i radne sposobnosti, o čemu je već bilo reči.

Zakon je praćen i drugim podzakonskim aktima na nivou Republike i lokalnih samouprava, kojima se razrađuju mogućnosti zapošljavanja osoba sa invaliditetom i aktiviranje njihove radne sposobnosti: *Pravilnik o načinu praćenja izvršavanja obaveze zapošljavanja osoba sa invaliditetom i načinu dokazivanja izvršenja te obaveze; Odluka o otvaranju budžetskog fonda za profesionalnu rehabilitaciju i podsticanje zapošljavanja osoba sa invaliditetom; Pravilnik o bližem načinu, troškovima i kriterijumima za procenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja osoba sa invaliditetom; i niz akata na nivou lokalnih samouprava koji se tiču konkretnih preduzeća za profesionalnu rehabilitaciju.*

DEO ČETVRTI

ZAKLJUČAK I PREPORUKE ZA OSNIVANJE SLUŽBI ZA MENTALNO ZDRAVLJE U ZAJEDNICI

Nacionalni zakonski i podzakonski pravni okvir Republike Srbije na temu zaštite prava lica sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama postoji, a svakako je dalje bitno unapređen donošenjem *Programa o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine*. U tom smislu postoji pravni osnov za razvoj usluga u zajednici, kao i za početak transformacije ustanova zdravstvene i socijalne zaštite za smeštaj osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, u usluge u zajednici, i time deinstitucionalizacije ovih osoba. Ono što nedostaje je objedinjen, međusektorski obavezujući propis koji će se baviti eksplicitno deinstitucionalizacijom i uključivanjem osoba sa mentalnim smetnjama u zajednicu, kao i intersektorsko telo koje će ovim procesom upravljati i koordinisati učesnike procesa iz različitih sektora. Naime, kroz postojeću regulativu se vidi da pravni akti podržavaju deinsitucionalizaciju, ali je ta podrška rasuta, nekoordinisana i nema potporu u konkretnim finansijskim i organizacionim merama na terenu. Uska saradnja i koordinacija, i zajedničko finansiranje i upravljanje zdravstvenim i socijalnim sektorom su fundamentalni u savladavanju izazova koji se nacionalnim sistemima postavljaju u transformaciji hospitalnog u sistem zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u zajednici (De Almeida, Killaspy, 2011, 4).

Svakako uvek ima mesta poboljšanju pojedinačnih akata, naročito u oblasti poslovne sposobnosti osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama. No, i važeći pravni okvir bi se mogao iskoristiti za proces formiranja usluga u zajednici ako bi bilo volje, dovoljnog finansiranja i adekvatnog rukovođenja procesom koji bi obuhvatio sve učesnike u sistemu. Ovo naročito imajući u vidu da je Srbija ratifikovala Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom, te je po

pitanju poslovne sposobnosti, kao i drugim pitanjima vezanim za socijalno uključivanje, obavezana odredbama ove Konvencije kao subjekt koji je dužan da obezbedi osobama sa invaliditetom sva prava koja imaju i drugi građani i da im pomogne da ista realizuju.

Pitanje deinstitucionalizacije i uključivanja osoba sa mentalnim smetnjama u zajednicu, odnosno pitanje primene Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom je izazov i drugim evropskim zemljama. Teško je porediti zemlje u Evropi, s obzirom da, u ovom kontekstu, pružaju različite vrste usluga (Barbato i drugi, 28). Svaka zemlja ili čak i regije evropskih država imaju specifičnosti u organizacijama zdravstvene i psihijatrijske službe, kao i različita iskustva u razvoju službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Ne postoji jedinstven, univerzalni koncept za zaštitu mentalnog zdravlja niti ga je moguće ponuditi u obliku određenog modela. Službe pokazuju heterogenost, fluidnost, prilagođenost potrebama korisnika, a ne uspostavlja se jedinstvena institucija koja bi delovala zaokruženo (Jović i drugi, 2016, 7). Teško je upoređivati usluge i iskustva bez nekog zajedničkog imenitelja, odnosno standarda klasifikacije stručnih radnika u socijalnoj zaštiti i zdravstvenih radnika. No, ipak, iz iskustava evropskih sistema koji su izloženi, kao i iz iskustava projekata koji su sprovedeni u Srbiji, mogu se izvesti neke preporuke za osnivanje službi za mentalno zdravlje u zajednici:

Pre svega, promene u pružanju usluga treba da budu pažljivo planirane da bi se obezbedila postepena, balansirana i održiva reforma, koja uzima u obzir lokalne uslove i resurse, kao i kulturološki kontekst.

Potom, da bi usluge bile dostupne celoj populaciji potrebna je kontinuirana integracija usluga mentalnog zdravlja u PZZ i unapređenje kvaliteta tih usluga. Ovo se može postići dovoljnim brojem zaposlenih u PZZ, organizovanjem adekvatne i stalne supervizije profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja nad zaposlenima u PZZ, time što će se ukazivati na potrebne stavove zaposlenih, razvijati koordinisane mreže podrške sa specijalizovanim uslugama mentalnog zdravlja i drugim relevantnim uslugama u zajednici (socijalnim, obrazovnim i drugim).

Zbog toga je potrebno ojačati kapacitet zaposlenih u primarnoj zaštiti da efektivno identifikuju i tretiraju mentalne poremećaje, i diseminuju efektivne modele integrativnog tretmana,

uključujući lekove, strategije psiholoških intervencija i psihosocijalne podrške u PZZ.

Potrebno je ojačati psihijatrijske jedinice u opštim bolnicama za kratkotrajno urgentno zbrinjavanje u slučaju akutnih epizoda i potrebe komunikacije sa specijalistima drugih zdravstvenih profila.

Za zbrinjavanje osoba sa mentalnim smetnjama potrebno je, pored zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, povećati dostupnost multidisciplinarnih timova, ako je potrebno, uključujući profesionalce sa psihološkim i psihosocijalnim sposobnostima u PZZ.

Potrebno je ojačati sposobnost specijalista mentalnog zdravlja da promovišu lak i rani pristup zbrinjavanju ljudima sa psihozama ili onima koji su u riziku od psihoza. Oni treba da budu angažovani u manjim forenzičkim jedinicama i manjim smeštajnim jedinicama u zajednici, potrebnim za hospitalizaciju. Ovi specijalisti i jedinice, međutim, treba da budu povezani sa uslugama u zajednici, jer hospitalizacija nije finalni korak u oporavku već jedan od početnih za osobe koje treba pripremiti za izlazak iz institucionalnog zbrinjavanja (De Almeida, Killaspy, 2011, 14).

Potom je potrebno implementirati studije o vezama između troškova, kvaliteta i rezultata u cilju dobijanja kompletne procene mogućnosti sprovođenja sistema mentalnog zdravlja u zajednici, kao i implementirati evropske programe u cilju podizanja znanja o problemima mentalnog zdravlja u okviru konteksta antistigme i strategija osnaživanja.

Značajno je implementirati studije o fizičkim, ekonomskim i kulturološkim barijerama zbrinjavanju i strategijama koje se njima bave.

Potrebno je dalje raditi na promociji mentalnog zdravlja i borbi protiv diskriminacije i stigmatizacije osoba sa mentalnim poteškoćama, i to u lokalnoj zajednici.

U kontekstu zbrinjavanja u zajednici, treba pružiti pomoć porodicama osoba sa mentalnim smetnjama kroz različite usluge, a svakako kroz usluge za krizne situacije koje će biti dostupne 24 časa, sedam dana u nedelji (De Almeida, Killaspy, 2011, 15).

Kada se radi o legislativnom okviru, potrebno je pažljivo formulisati i doneti propise i politike u oblasti mentalnog zdravlja, što je jedan od prvih koraka u obezbeđivanju pravičnog pristupa uslugama. Ova regulativa treba da obuhvati veliki broj učesnika i

njihovih mišljenja. Sveobuhvatne nove nacionalne politike (koje sadrže i promociju mentalnog zdravlja, prevenciju i zagovaranje) treba da budu razvijene tamo gde su odsutne, a stari modeli treba da budu ažurirani. Kao preduslov tome, potrebno je obavezivanje ne samo ministarstava zdravlja nego i drugih sektora koji su pomenuti. Pored toga, u ovoj oblasti je potrebno razviti detaljne i praktične planove primene donetih akata. Nacionalni programi i planovi treba da budu implementirani tako da obezbede da se poštuju ljudska prava osoba sa mentalnim smetnjama i njihovu potpunu integraciju u društvo, a da se smanje stigma i diskriminacija. Implementacija propisa treba da bude sprovedena kroz promociju mentalnog zdravlja, zagovaranje i programe podizanja svesti opšte populacije, kao i zdravstvenih i drugih profesionalaca. I pored postojanja regulative (pa, donekle, i prenormiranosti u nacionalnim okvirima) ne postoji objedinjena strategija deinstitucionalizacije koja bi obuhvatala sve relevantne potrebe i resurse u zajednici, pa je treba doneti. U vezi s tim, potrebno je na nivou Vlade oformiti zajedničko telo za koordinaciju deinstitucionalizacije, transformacije ustanova, formiranje službi za mentalno zdravlje u zajednici i rada u tom procesu, a sa realnim nadležnostima i realnim budžetom.

Postojeće propise i obaveze je potrebno implementirati i iskoristiti za stvaranje celovite i pouzdane mreže usluga na nivou lokalnih samouprava, kao i održivog finansiranja ove mreže. To se odnosi, pre svega, na odredbe vezane za namenske transfere, procenat dobitka od igara na sreću, budžetski fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom, socijalne stanove, obaveze lokalnih samouprava da podstiču osnivanje službi podrške za osobe sa invaliditetom, obaveze Republike u nerazvijenim regionima, sva strateška dokumenta (a naročito Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019–2026.godine) i sve druge obaveze koje su pomenute kao relevantne i podobne da se iskoriste u svrhu osnivanja službi za mentalno zdravlje u zajednici, u delu vezanom za nacionalnu regulativu. Pored toga je, naravno, potrebno sredstva RFZO i budžeta Republike i lokalnih samouprava usmeriti ka kreiranju celovite mreže usluga za mentalno zdravlje u zajednici.

U cilju praćenja uspešnosti, unapređenja rada službi za mentalno zdravlje u zajednici i unapređenja mentalnog zdravlja

populacije, potrebno je postići konsenzus između donosilaca odluka u različitim sistemima o tome koji su relevantni indikatori mentalnog zdravlja i koje su usluge mentalnog zdravlja i oblici zaštite mentalnog zdravlja, koji će biti korišćeni u rutinskom prikupljanju podataka. Samim tim će donosiocima politika biti lakše da unaprede kvalitet izveštavanja o mentalnom zdravlju i monitoring prevalencije mentalnih poremećaja i pristupa zbrinjavanju. Nadzor nad uslugama zbrinjavanja je relevantan i sa stanovišta obezbeđivanja postupanja u skladu sa standardima ljudskih prava.

Iako postoje razni izazovi, oni ne treba da sprečavaju u tome da se krene u postupak transformacije ustanova i, paralelno, razvoj usluga u zajednici. To, naime, nije jednokratni akt, već proces koji u svakoj zemlji traje više godina, pa i decenija, i zapravo se ne zaustavlja, jer je i pružanje usluga kontinuirano. Izazovi su uvek prisutni i stalno ih treba imati na umu, te tražiti načine za njihovo uspešno prevazilaženje.

Summary

LEGAL AND ORGANISATIONAL FRAMEWORK FOR ESTABLISHING SERVICES FOR PROTECTION OF MENTAL HEALTH IN THE COMMUNITY

There are several concepts relevant for establishing services for protection of mental health in the community and these are: institution, institutional care, de-institutionalization, independent life, services in the community. Manuscript begins with the definitions of these concept. To understand the relevance of establishment of mental health services in the community, it is important to have an insight into international and European instruments for protection of human rights of persons with mental disabilities, and into the examples of European instruments for establishing of services for mental health in the community. Therefore, the manuscript provides the overview of the instruments and specific examples existing throughout Europe. The author also presents the national legal framework relevant for the topic, which comprises laws and strategic acts, but also of a number of significant by-laws in the areas of health, social protection, and jurisprudence.

All international and European acts, European examples of good practice and existing national framework provide the basis for establishment of services for mental health in the community, and, in the conclusion, the author provides recommendations towards this objective. These start from the most prevalent model in Europe, with primary health care as the basis, connected to other services, which make forming of multidisciplinary teams possible. Also, emphasis is put on the need for strengthening psychiatric units in general hospitals for the purpose of short hospital stay for urgent care in the cases of acute episodes, and the need for communication with the specialists of other health profiles.

The author also emphasises the need for education of professionals in different areas: health, social protection, and judiciary, as well as the need of proper financing and managing and/or coordination of multidisciplinary services.

Beside reorganization and/or strengthening of specific subjects/units in health and social system and linking them, it is also necessary to examine the connection between expenditures, quality and results, for the purpose of obtaining complete assessment of the possibility of implementation of mental health services in the community. To achieve these goals and raise awareness of the problems of people with mental health problems, their stigmatization and the need for their strengthening, it would be useful to implement different European programs and funds. Promotion of mental health and fight against discrimination and stigmatization of people with mental and intellectual disabilities are especially important to implement in local communities.

National legal framework related to the protection of rights of persons with mental and intellectual disabilities has been significantly improved by the adoption of *Program on the protection of mental health in the Republic of Serbia for the period 2019-2026*. This improvement consists specifically of providing an explicit legal basis for the development of services for persons with mental disabilities in the community. This Program also emphasizes the need for transformation of healthcare and social residential institutions to the services in the community. However, the need for transformation already had a legal basis in other health and social protection regulations. What was and is missing, even at this moment, is intersectoral, comprehensive, legally binding document which would be focused explicitly on de-institutionalization and inclusion of persons with mental disabilities in the community. Also, an intersectoral body which would manage and coordinate this process and its participants from different sectors, is presently lacking.

Although there is a need to set up a multisectoral body and adopt a common strategy, the existing regulation still makes a valuable basis for the establishment of a comprehensive service network at the level of local municipalities, as well as for its financing. This is primarily related to the regulation on dedicated transfers, budget fund for rehabilitation and employment of persons with disabilities, social housing, obligations of local municipalities to establish supporting services for persons with disabilities, obligations of the Republic of Serbia towards undeveloped regions and other regulation prescribing the responsibilities, which provide a suitable framework for the establishment of services for mental health in the community.

Special commitment to the realization of rights of persons with disabilities is a "must" for the Republic of Serbia, since it ratified the Convention on the rights of persons with disabilities, and is thus legally bound by the provisions of the Convention, as the subject obliged to provide the persons with disabilities all the rights that other citizens have, as well as to ensure that these rights can be realized.

Of course, to monitor the establishment of services in the community and their work, it is necessary to reach a consensus between policy makers in different systems on the most relevant indicators of mental health, relevant services and forms of protection of mental health, which would be used in the routine data collection. It would help policy makers to improve the quality of mental health services, as well as reporting their implementation and quality, and to monitor prevalence of mental disorders and access to services. Such surveillance is also relevant from the standpoint of acting in line with human rights standards.

Although different challenges exist, they should not prevent the start of the transformation process from institutions to community services. Transformation is not a single act, but a process lasting for several years, and even decades in every country. It is, actually, a never-ending story, since the service provision is also continuous. There have always been, and always will be challenges which should be taken into consideration, but we must always keep searching for ways to overcome them.

LITERATURA

- Andalusian Public Foundation for Social Integration of the People with Mental Disorders. Dostupno na: <https://www.faisem.es/en/>. Pristupljeno 25.04.2020.
- Barbato, A., Mallarino, M., Raspisarda, F., Lora, A. & De Almeida, C.M.J. (2016). *Access to Mental Health Care in Europe, EU Compass for Action on Mental Health and Well-being*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co04_en.pdf. Pristupljeno 30.08.2020.
- Cardoso, G. (2019). Improving access to integrated mental health services in community-based settings in Portugal. *European Journal of Public Health*, (29) Supplement 4, 112-113.
- Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. Dostupno na: <https://deinstitutionalisation-dotcom.files.wordpress.com/2017/07/guidelines-final-english.pdf>. Pristupljeno 30.08.2020, 1-168.
- Convention for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment and Punishment. (2002). Council of Europe. Dostupno na: <https://rm.coe.int/16806dbaa3>. Pristupljeno 06.05.2020.
- Convention on the rights of persons with disabilities. (2006). United Nations. Dostupno na: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf. Pristupljeno 01.05.2020
- Ćirić Milovanović, D. (2017). *Modeli deinstitutionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici*. Akcija za ljudska prava/Human Rights Action (HRA). Dostupno na: [http://www.hraction.org/wp-content/uploads/Modeli-deinstitutionalizacije-i-zastite-mentalnog-zdravlja-u-zajednici1.pdf](http://www.hrraction.org/wp-content/uploads/Modeli-deinstitutionalizacije-i-zastite-mentalnog-zdravlja-u-zajednici1.pdf). Pristupljeno 25.08.2020.
- De Almeida, J., M. & C., Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Union. Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf. Pristupljeno 08.08.2020.

- De Stefani, R., Bertotti, K., Baldo, O. & Capitanio, M. (2011). Patients and families involvement in the mental health department of Trento: how their 'experiential knowledge' improves the quality of care. Dostupno na: https://plus.rjl.se/info_files/infosida35103/b3_cathleen_destefani.pdf. Pristupljeno 06.09.2020.
- Deklaracija o mentalnom zdravlju za Evropu. (2005). Dostupno na: <https://npm.rs/attachments/Helsinska%20deklaracija%20o%20mentalnom%20zdravlju%20za%20Evropu.pdf>. Pristupljeno 07.05.2020.
- Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole. Le Centre Frontiere. Dostupno na: <https://www.epsm-lille-metropole.fr/le-centre-frontiere>, Pristupljeno 28.09.2020.
- European Convention on Human Rights. (1953). Council of Europe. Dostupno na: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf. Pristupljeno 05.09.2020.
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care. Dostupno na: <http://enil.eu/wp-content/uploads/2016/09/Guidelines-01-16-2013-printer.pdf>. Pristupljeno 07.05.2020.
- European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing Final Conference—Brussels. (2016). Dostupno na: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf, pp.1-26. Pristupljeno 25.04.2020.
- European Social Charter. (1961). Council of Europe. Dostupno na: <https://rm.coe.int/t/168007cf93>, Pristupljeno 06.05.2020.
- Housing and rehabilitation. (2007). Development recommendation regarding housing services for mental health rehabilitees. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1-32.
- Ikiz, E. (2011). Self-perceptions about properties affecting assertiveness of trainee counselors. *Social behaviour and personality*. 39(2), 199-206.
- Individualised services, functional accommodation and accessible environment – A quality recommendation for housing services for people with disabilities. (2003). Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 1-60.
- Innovative Practices 2015 on Independent Living and Political Participation, De-Institutionalisation and Community Living since 1980. Mental Health Department & WHOCC – Italy/Trieste. Dostupno na: <https://zeroproject.org/practice/mental-health-department-whocc-italytrieste/>. Pristupljeno 01.05.2002.

- Jović, V., Palibrk, Lj. & Mirkov, J. (2016). *Priručnik za uspostavljanje i razvoj centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*. Beograd: Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, IAN Međunarodna mreža pomoći.
- Legge n. 180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. (1978). Dostupno na: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>. Pristupljeno: 05.09.2020.
- Lora, A., Barbato, A., Cerati, G., Erlicher, A. & Percudani, M. (2012). The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 447–454.
- Lora, A., Lesage, A., Pathare, S. & Levav, I. (2016). Information for mental health systems: an instrument for policy-making and system service quality. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 1-12.
- Mezzina, R. (2014). Community Mental Health Care in Trieste and Beyond An "Open Door/No Restraint"- System of Care for Recovery and Citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 440-445. doi: 10.1097/NMD.0000000000000142
- National service framework for mental health. (1999). Dostupno na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf. Pristupljeno 06.05.2020.
- Odluka o otvaranju budžetskog fonda za profesionalnu rehabilitaciju i podsticanje zapošljavanja osoba sa invaliditetom (Službeni glasnik RS, br. 36/2010, 83/2012 i 46/2013).
- Palermo, G.B. (1991). The 1978 Italian Mental Health Law - a personal evaluation: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84, 99-102.
- Porodični zakon (Službeni glasnik 18/2005, 72/2011 i 6/2015).
- Povelja Evropske unije o osnovnim pravima. (2007). Dostupno na: http://ravnoopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images_files_Povelja%20Evropske%20unije%20o%20osnovnim%20pravima.pdf. Pristupljeno 07.05.2020.
- Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite (Službeni glasnik RS, br. 70/2019 i 42/2020).
- Pravilnik o nomenklaturi zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite (Službeni glasnik RS, br. 70/2019).
- Pravilnik o bližem načinu, troškovima i kriterijumima za procenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja osoba sa invaliditetom (Službeni glasnik RS, br. 36/2010 i 97/2013).
- Pravilnik o bližim uslovima i standardima za pružanje usluga socijalne zaštite (Službeni glasnik RS, br. 42/2013, 89/2018 i 73/2019).

Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (Službeni glasnik RS, br. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012, 119/2012, 22/2013 i 16/2018).

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, br. 94/2013).

Pravilnik o bližim uslovima, kriterijumima i standardima za sprovođenje mera i aktivnosti i profesionalne rehabilitacije (Službeni glasnik RS, br. 112/2009).

Pravilnik o načinu praćenja izvršavanja obaveze zapošljavanja osoba sa invaliditetom i načinu dokazivanja izvršenja te obaveze (Službeni glasnik RS, br. 101/2016).

Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada Centra za socijalni rad (Službeni glasnik RS, br. 59/2008, 37/2010, 39/2011, 1/2012, 51/2019 i 12/2020).

Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova (Službeni glasnik RS, br. 43/2006 i 126/2014).

Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici (Službeni glasnik RS, br. 106/2013).

Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine (Službeni glasnik RS, br. 84/2019).

Quality recommendations for building new housing solutions for people with intellectual disabilities. (2010). The Cooperation Forum for Developing Housing of People with Intellectual Disabilities. Helsinki.

Recommendation No R (83)2 of the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorders placed as involuntary patients. Dostupno na: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016804fe027. Pristupljeno 01.05.2020.

Recommendation on psychiatry and human rights 1235 (1994). Parliamentary Assembly, Council of Europe. Dostupno na: <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbmQvbnNveG1sL1h5ZWYwWDILURXLWV-4dHIuYXNwP2ZpbGVpZD0xNTI2OSZsYW5nPUVO&xsl=aHR0cDovL3NlbW-FudGljcGFjZS5uZXQvWHNsdc9QZGYvWFJlZi1XRC1BVC1YUwyUERGLnhz-bA==&xsltparams=ZmlsZWlKPTE1MjY5>. Pristupljeno 01.05.2020.

Recommendation no. 10/2004 of the Committee of Ministers of the Council of Europe to member States concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Dostupno na: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf). Pristupljeno 01.05.2020.

- Roelandt, J.L., Daumerie, N., Defromont, L., Caria, A., Bastow, P. & Kishore, J. (2014). Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 1(19), 10–18.
- Roles and Responsibilities of Mental Health Services in Veneto. Mental Health in Veneto Region. Dostupno na: https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=823ce670-af52-414b-bde4-54756606907a&groupId=10793. Pristupljeno 05.09.2020.
- Salisbury, T.T., Killaspy, H. & King, M. (2016). And international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*, 16(54), 1–10.
- Semrau, M., Barley, E., Law, A. & Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10, 217–225.
- Sjeničić, M. (2014). Pravni okvir relevantan za deinstitutionalizaciju osoba sa mentalnim smetnjama i intelektualnim poteškoćama. *Socijalna politika*, 49(2), 45–64. doi.org/10.22182/sp.22014.3
- Sjeničić, M. & Vesić, Z. (2017). Politika zapošljavanja osoba sa mentalnim poteškoćama. *Socijalna politika*, 52(2-3), 67-84.
- Sjeničić, M. & Jovanović, M. (2017). Međusektorska saradnja u pružanju usluga i zaštita prava korisnika rezidencijalnog smještaja. U: *Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama u skladu sa ljudsko-pravnim standardima*. (str. 101-120). Beograd: Udruženje pravika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije-SUPRAM, Institut društvenih nauka.
- Sjeničić, M. & Perić, S. (2020). Right of persons deprived of legal capacity and their protection. U: Dukanac, V., & Đurić, M. (ed.) *Thematic collection of proceedings of the international importance Latest developments in speech therapy, occupational therapy and social work: Between tradition and transition*. (Str. 65-80). Beograd: Visoka škola socijalnog rada.
- Sjeničić, M., Perić, S. & Marčetić, D. (2020). Politika pravosudnog sistema i sistema socijalne zaštite prema pitanju poslovne sposobnosti – Prikaz istraživanja na teritoriji grada Beograda. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Nišu*, 59(88), 135-156.
- Strategija razvoja socijalne zaštite (Službeni glasnik RS, br. 108/2005).
- Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja (Službeni glasnik RS, br. 8/2007).
- Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji (Službeni glasnik RS, br. 1/2007).
- Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji za period od 2020. do 2024. godine (Službeni glasnik RS, br. 44/2020).

- SZO, Mental Health Policy and Service guidance package. (2003). Dostupno na https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/. Pristupljeno 04.05.2020.
- SZO, Mental Health Action Plan for Europe. (2005), 1-12. Dostupno na https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf. Pristupljeno 24.09.2020.
- SZO, Quality Rights Tool Kit, Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. (2012). Dostupno na https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/#:~:text=The%20WHO%20QualityRights%20tool%20kit,Rights%20of%20Persons%20with%20Disabilities. Pristupljeno 27.08.2020.
- SZO, Mental health, human rights and standards of care, Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. (2018). Dostupno na https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf?ua=1#:~:text=QualityRights%20is%20WHO's%20global%20initiative,approach%20to%20mental%20health%20care. Pristupljeno 27.08.2020.
- Third EU Health Programme. 2014-2020. EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing. (2018), 1-53, Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_compass_activityreportssummary_en.pdf. Pristupljeno 09.05.2020.
- UNICEF, At Home or in a Home?: Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia. (2010), 1-69. Dostupno na <http://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/At%20Home%20or%20In%20a%20Home%20-%20Formal%20care%20and%20adoption%20of%20children%20in%20Eastern%20Europe%20and%20Central%20Asia.pdf>. Pristupljeno 05.09.2020.
- Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova (Službeni glasnik RS, br. 5/2020, 11/2020 i 52/2020).
- Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite (Službeni glasnik RS, br. 16/2012 i 12/2013).
- Uredba o namenskim transferima u socijalnoj zaštiti (Službeni glasnik RS, br. 18/2016).
- Uredba o utvrđivanju jedinstvene liste razvijenosti regiona i jedinica lokalne samouprave za 2014. godinu (Službeni glasnik RS, br. 104/2014).
- Zakon o igrama na sreću (Službeni glasnik RS, br. 18/2020).
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom (Službeni glasnik RS, br. 42/2009).

Zakon o pravima pacijenata (Službeni glasnik RS, br. 45/2013 i 25/2019).

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

Zakon o socijalnoj zaštiti (Službeni glasnik RS, br. 24/2011).

Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom (Službeni glasnik RS, br. 33/2006 i 13/2016).

Zakon o stanovanju i održavanju zgrada (Službeni glasnik RS, br. 104/2016 i 9/2020).

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).

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

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Službeni glasnik RS, br. 25/2019).

Zakon o zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, br. 25/2019).

REGISTAR POJMOVA

- akreditacija 80, 117
- aktivno uključivanje 31, 37
- alokacija resursa 27, 47
- ambulanta 15, 30
- anksioznost 47
- asertivni tretman 45
- autonomija 16, 19, 50, 63, 87
- azil 9, 31, 47, 63, 103
- baza podataka 80
- bezbednost 19, 60
- bolnički dan 23, 79
- bolnički krevet 89
- boravište 63
- bottom-up pristup 33
- centar u zajednici 28, 30, 86
- centar za mentalno zdravlje 11, 26, 28, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 46, 50, 59
- centar za socijalni rad 11, 71, 73, 79, 91, 93, 112
- centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici 7, 10, 11, 26, 28, 31, 32, 34, 36, 59, 86
- degradirajući tretman 19, 64
- deinstitucionalizacija 7-9, 23, 25, 32, 39, 68, 75, 76, 78, 81, 82, 84-86, 92, 99, 100, 102, 109
- delimična poslovna sposobnost 71, 74
- delimično lišenje poslovne sposobnosti 71
- depresija 18, 27, 33, 47, 49
- diskriminacija 16, 19, 55, 74, 75, 87, 101, 102
- dispanzer 24, 79
- dnevna podrška 38, 44
- dnevni boravak 59, 92, 95
- dnevni centar 16, 31, 34-36, 44, 59, 95
- dobra praksa 24, 29, 47, 52, 77, 78
- dom zdravlja 57, 59, 60, 81, 90
- dostupnost 9, 10, 15, 28, 62, 85
- edukacija 17, 20, 25, 33, 44, 52, 56, 58, 72, 74, 76-80
- finansiranje 8, 20, 25, 46, 57, 66, 67, 69, 75-77, 79, 84, 87, 89, 91, 99
- građanska prava 43
- hospitalizacija 7, 38, 40, 41, 46, 81, 101
- hraniteljska porodica 11, 38
- hraniteljstvo 10
- individualni plan 32, 66, 95
- individualni pružalac usluga 17
- individualni tretman 19, 36, 49, 95
- informacioni sistem 76, 77, 80
- inkluzija 19, 23, 27, 28, 32, 40, 41, 43, 87
- inovativne usluge 33, 67
- institucija 7, 8, 10, 11, 80, 82, 85-87, 94, 95, 100
- institucionalna nega/zbrinjavanje 25, 26, 81
- integracija 20, 23, 24, 28, 33, 39, 42, 79, 85, 100, 102
- integrisana zaštita 25
- intersektorsko koordinaciono telo 84, 99

- izabrani lekar 34, 49, 58, 78
 jedinica lokalne samouprave 66, 67, 75
 konsultacije 33, 40
 kontinuitet 7, 15, 29, 31, 35, 36, 41, 42, 51, 85
 koordinacija 15, 16, 28, 29, 33, 34, 36, 42, 43, 87, 102
 korisnik 7, 24, 26, 31, 32, 34, 37-45, 50, 51, 59, 66, 68, 72-74, 76, 78, 82-85, 92-95, 100
 krizna situacija 37, 46, 47, 49, 101
 kućna poseta 41, 48, 49
 kućno zbrinjavanje 24
 lični asistent 10
 ljudska prava 7, 13, 16-19, 24, 29, 32, 61-63, 65, 76, 77, 102, 103
 ljudski resursi 7, 20, 32, 65, 76, 77
 lokalne usluge 31
 medicinski model sposobnosti 72
 međunarodna organizacija 24
 međusektorska saradnja 15, 68, 69, 76, 84, 85
 mentalne smetnje 7, 15, 16-20, 27, 28, 30, 42-45, 48, 49, 51, 55-60, 64, 67-70, 74, 77, 81, 82, 86, 87, 94, 95, 99, 101
 mentalno zdravlje u zajednici 7, 10, 11, 18, 20, 21, 24, 27-29, 30-33, 36, 46, 48, 57-60, 64, 67-69, 79, 81, 83, 86, 89-91, 93, 94, 97, 100-102
 model izbalansirane nege 23
 model zbrinjavanja 35, 36, 56, 57, 61, 91
 monitoring 29, 103
 mreža 31, 33, 43, 50, 51, 89, 92
 multidisciplinarnost 59
 nadzor 17, 18, 56, 66, 72, 103
 namenski transferi 67-69, 91, 102
 neprimeren uticaj 82
 neurotični poremećaj 8
 nevladin sektor 37, 47
 nevladina organizacija 24, 36
 nomenklatura 57, 91
 obrazovanje 10, 11, 18, 19, 26, 43, 59, 63, 85, 90, 94
 odeljenje za mentalno zdravlje 31, 32, 34, 36-38, 46
 oporavak 19, 37, 43, 47, 49, 51
 opšta bolnica 9, 16, 23, 28-37, 41, 45-47, 76, 78, 80, 90, 91, 101
 osiguranik 56, 58
 osiguranje 55, 57, 60, 67, 85
 osoba sa invaliditetom 10, 11, 17, 19, 28, 38, 45, 51, 55, 56, 60, 61-64, 69-71, 74-76, 85-87, 95, 96, 100, 102
 otvoreni dijalog 50, 51
 outreach model 34, 42
 outreach team 34
 pacijent 7, 8, 18, 19, 31, 34, 35, 41, 42, 45, 48, 50, 61, 80, 85, 95
 paket usluga 35
 participacija 25, 39, 47, 51, 87, 95
 partnerstvo za mentalno zdravlje 80
 peer support 37
 personalni asistent 11, 93
 pilot-projekat 23, 81, 82
 pilot-ustanova 84
 plan transformacije 8, 83, 84
 planiranje 8, 37, 43, 49, 51, 80, 83, 88
 poliklinika 51
 politika 15, 18, 20, 24, 27, 28, 43, 47, 77, 87, 101, 102, 103
 porodica 7, 10, 11, 24, 30, 31, 36-41, 43, 44, 48-50, 55, 58, 60, 61, 63, 70, 71, 74, 76, 83, 85-87, 92
 porodično okruženje 10, 11
 porodično zbrinjavanje 10
 poslovna sposobnost 19, 61, 62, 70, 71-75, 87, 95, 99, 100

- potpuno lišenje poslovne sposobnosti 71, 73
 pravna pomoć 37
 pravni kapacitet 19, 60-62, 64, 74
 prebivalište 17, 19
 preduzeće za profesionalnu rehabilitaciju 69, 70
 prevencija 8, 10, 18, 27, 40, 47, 49, 68, 76, 77, 95, 102
 primarna zdravstvena zaštita 9, 15, 16, 18, 20, 25, 34, 48, 52, 58, 67, 81, 87, 101
 pristanak 19, 59, 60, 61
 procena poslovne sposobnosti 70, 72, 73
 procena radne sposobnosti 70, 96
 profesionalna rehabilitacija 41, 55, 69, 70, 95, 96, 102
 promocija 27, 28, 101, 102
 protokol o saradnji 47, 68, 83, 95
 psihijatar 30, 32, 33-41, 49, 72, 73
 psihijatrija u zajednici 31, 32, 37
 psihijatrijska bolnica 7, 9, 20, 23, 25, 26, 28-31, 33, 39, 42, 45, 46, 48, 49, 51, 78, 80, 86, 89
 psihijatrijska reforma 24
 psihijatrijska sestra 34
 psiholog 9, 32, 34-36, 49, 79, 90, 91
 psihosocijalna rehabilitacija 16, 28, 39, 78
 radna terapija 29, 43, 44, 70
 radni centar 69, 70, 79
 rana intervencija 11, 46, 79
 reinstitucionalizacija 82
 resocijalizacija 7, 44, 58
 rezidencijalne ustanove u zajednici 28
 rezidencijalni smeštaj 32, 35, 36, 44, 81, 82, 92
 rezidencijalno stanovanje 9
 rezidencijalno zbrinjavanje 8
 samostalan život 62, 64-66, 93
 savetodavni centar 49
 sektorska psihijatrija 23
 sekundarna zdravstvena zaštita 57, 89
 servis 39, 41, 46, 85
 šizofrenija 16, 35, 50
 sloboda 18, 19, 47, 61, 64, 85
 služba za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici 7, 80
 socijalna inkluzija 23, 27, 28, 32, 41
 socijalna isključenost 42
 socijalna psihijatrija 23
 socijalne zadruge 32
 socijalni model sposobnosti 72
 socijalni radnik 9, 32, 34, 36, 42, 50, 79, 90, 91, 95
 socijalno preduzeće 44, 70
 socijalno stanovanje 40, 48, 63, 64
 socijalno-zdravstvene organizacione jedinice 59
 socijalno-zdravstvene ustanove 59
 sposobnost za rasuđivanje 62, 71
 sredstva prate korisnika 66
 standard 19, 36, 64, 77, 78, 80, 81, 90, 93, 95, 100, 103
 stanovanje uz podršku 9, 31, 51, 66, 67, 82, 93
 starateljstvo 44, 71-74
 stigmatizacija 8, 101
 strategija 20, 24, 39, 43, 48, 55, 76, 77, 82-87, 101, 102
 substitute decision making 62
 sukob interesa 62
 supported decision making 62
 terapijska zajednica 36
 tercijarna zdravstvena zaštita 57, 59, 78, 81, 91
 terenske ekipe 37
 teritorijalni princip 78

tim 24, 39-42, 45, 46, 48-51, 57, 79, 90, 93	ustanova socijalne zaštite 7, 66, 68, 75,
transformacija ustanova 8, 67, 69, 83,	78, 82, 84, 91, 92
84, 87, 92, 99, 102, 103	veštak 72, 74
transinstitucionalizacija 82	voditelj slučaja 93, 94
tranzicija 9, 28, 29, 41, 69	volonter 38, 45
tretman 7-9, 16, 19, 20, 26, 28, 30, 33,	zadruga pacijenata 79
35, 36, 39, 45-47, 49, 52, 58, 64, 77, 100	zajednički rad 37, 87
tržište rada 32, 70	zapošljavanje 10, 11, 18, 19, 23, 29, 38,
udruženje korisnika 43, 44, 59, 95	41, 43, 44, 55, 59, 69, 70, 75, 79, 82, 84,
uključivanje u zajednicu 62-64, 84, 99, 100	85, 95, 96, 102
umrežavanje 11, 50, 75, 77	zasnovanost na dokazima 18, 23, 27, 28
upravni okrug 78, 80	zaštićeno stanovanje 32, 36, 79, 95
usluge mentalnog zdravlja 7, 9, 15-20,	zbrinjavanje 7-10, 15-19, 24-36, 39-52,
23-29, 32-34, 36, 37, 42-44, 47, 48, 50,	56-61, 64-69, 81, 84, 91, 99, 101, 103
51, 56-58, 67, 78, 90, 100, 103	zdravstvo 24, 43, 82, 83

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

342.726-056.34
613.86
364-3

СЈЕНИЧИЋ, Марта, 1969-

Pravni i organizacioni okvir za osnivanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici / Marta Sjeničić. - Beograd : Institut društvenih nauka, 2021 (Beograd : RIC grafičkog inženjerstva TMF). - 120 str. ; 21 cm. - (Edicija Monografije)

Tiraž 150. - Bibliografija: str. 109-115. - Summary Legal and organisational framework for establishing services for protection of mental health in the community. - Registar.

ISBN 978-86-7093-240-1

а) Ментално здравље -- Заштита б) Особе са менталним поремећајем -- Правна заштита в) Установе социјалне заштите

COBISS.SR-ID 29811209

Lektura: Aleksandar Arsenijević | Lektor za engleski jezik: Marija Majkić |
Grafičko oblikovanje: Milorad Mitić | Tiraž: 150 primeraka | Štampa: Razvojno
istraživački centar Grafičkog inženjerstva Tehnološko-metalurškog fakulteta



Nedostatak sličnih pravnih studija, naročito monografskih radova o ovom značajnom društvenom i pravnom problemu u Srbiji je više nego očigledan. Monografija koja bi obuhvatila teorijsku, sistemsku, uporedno-pravnu analizu i ponudila donosiocima odluka rešenja za osnivanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja ne može se naći među pravnom literaturom u Srbiji. Ova značajna praznina biće popunjena izlaskom iz štampe monografije dr Marte Sjenčić.

prof. dr. Jelena Simić



Interesantno je da autorka s lakoćom povezuje naučnu analizu i predloge javnih i praktičnih politika, demonstrirajući ovim rukopisom da društvene nauke neće izgubiti na kvalitetu i ozbiljnosti ako se uhvate u koštac s aktuelnim društvenim problemima. Štaviše, ona na naučnoj analizi – sopstvenoj, kao i kolega koje se bave oblašću kojoj je posvećen rukopis – zasniva predlog praktične reformske politike.

prof. dr. Miloš Milenković



Posebna vrednost rukopisa je što je autorka, pored sistematizovanog pregleda i analize normativnog okvira značajnog za tematiku zaštite i zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama, pružila i značajan uvid u kontekstualne faktore socijalne prirode koji u velikoj meri opredeljuju formiranje zakonskog okvira i strateških dokumenata.

dr. Lilijana Čičkarić