



HELSINŠKI ODBOR ZA LJUDSKA PRAVA U SRBIJI

Helsinške sveske br. 33



Briga o mentalnom zdravlju

Po meri ljudskog dostojanstva

Helsinški odbor
za ljudska prava
u Srbiji

33
HELŠINŠKE SVESKE

Briga o mentalnom zdavlju
**PO MERI LJUDSKOG
DOSTOJANSTVA**

Beograd, april 2014

Briga o mentalnom zdravlju
PO MERI LJUDSKOG DOSTOJANSTVA
Biblioteka Helsinške sveske, knjiga br. 33

Izdavač:
Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji
www.helsinki.org.rs

Za izdavača:
Sonja Biserko

Autori:
Dejan Milenković, Miloš Janković, Nikola Grujić, doc.dr Vladimir Jović,
dr Paolo Serra, Darko Sekulić, Jelena Marković, Milan Marković, Ljiljana Palibrk

Prelom i korice: Ivan Hrašovec
Štampa: Diginet, Zrenjanin
Tiraž: 500 primeraka

Beograd, april 2014.



Ova publikacija je štampana u okviru projekta „Kampanja civilnog društva za efikasnu zaštitu osoba sa mentalnim smetnjama“, koji je podržala ambasada Kraljevine Norveške u Beogradu. Projekat je realizovan u partnerstvu sa Međunarodnom mrežom pomoci (IAN) i saradnji sa Ministarstvom zdravlja, zaštitnikom građana, NPM i pokrajinskim ombudsmanom



Sadržaj

Predgovor.....	4
DEJAN MILENKOVIĆ	
Potreba za jačanjem procesa deinstitutionalizacije osoba sa mentalnim smetnjama.....	6
MILOŠ JANKOVIĆ	
Položaj osoba sa mentalnim smetnjama shodno Zakonu o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama	18
NIKOLA GRUJIĆ	
Poslovna sposobnost u Srbiji: neispunjenost standarda u zaštiti prava osoba sa invaliditetom na jednakost pred zakonom.....	26
VLADIMIR JOVIĆ	
Psihijatrijske bolnice u Srbiji: Rezime.....	44
DR PAOLO SERRA	
Primeri dobre prakse organizacionog modela mentalnog zdravlja – Toskanski model.....	50
DARKO SEKULIĆ	
Trentino – inspiracija za teške trenutke u životu.....	56
JELENA MARKOVIĆ, MILAN MARKOVIĆ	
Neka opažanja u vezi sa deinstitutionalizacijom osoba sa mentalnim smetnjama.....	62
Preporuke Vladi Srbije i ministarstvima za uspešno sprovođenje procesa deinstitutionalizacije	70

Predgovor

Publikacija “Briga o mentalnom zdravlju po meri ljudskog dostojanstva” predstavlja skup tekstova o nekim od najvažnijih problema koji usporavaju reformu sistema zaštite mentalnog zdravlja i odlažu početak deinstitutionalizacije u Srbiji.

Predstavljene analize rezultat su kontinuiranog rada više organizacija civilnog društva koje se zalažu za promenu odnosa prema osobama sa mentalnim smetnjama, reformu psihijatrije i prelazak sa institucionalnog zbrinjavanja na sistem usluga podrške u zajednici. Time bi se, vremenom, stvorili uslovi za zatvaranje ustanova azilarnog tipa i omogućilo korisnicima psihijatrijskih usluga, deci sa smetnjama u razvoju i drugim osobama sa invaliditetom, da vode dostojanstven život sa jednakim pravima i mogućnostima.

4

Nevladine organizacije okupljene u okviru radne grupe za deinstitutionalizaciju bavile su se, samostalno ili u međusobnom partnerstvu, brojnim temama od značaja za mentalno zdravlje, imajući sve vreme u fokusu povredu osnovnih ljudskih prava osoba sa mentalnim poteškoćama. Osim Helsinškog odbora za ljudska prava u Srbiji i IAN, kao nosilaca projekta „Kampanja civilnog društva za efikasnu zaštitu osoba sa mentalnim smetnjama”, u pripremi ove brošure su učestvovali i zaštitnik građana, Komitet pravnika za ljudska

prava – YUCOM, MDRI-S (Menthall Disability Rights Serbia), Beogradski centar za ljudska prava i Udruženje korisnika psihijatrijskih usluga “Duša”, a svoj doprinos su dali i dr Paolo Serra, psihijatar i konsultant Caritasa za mentalno zdravlje, aktivni učesnik u procesu deinstitucionalizacije u psihijatrijskoj bolnici u Goriciji i rukovodilac u službama u zajednici u Arecu i Firenci, kao i Dejan Milenković, profesor na Fakultetu političkih nauka u Beogradu.

Projekat „Kampanja civilnog društva za efikasnu zaštitu osoba sa mentalnim smetnjama” ima za cilj da podstakne i pomogne uspostavljanje Centara za mentalno zdravlje širom Srbije, smanjivanje broja korisnika/pacijenata u socijalnim i zdravstvenim ustanovama i njihovo postepeno zatvaranje ili transformaciju, izmenu postojećih i usvajanje novih propisa u različitim oblastima, koji će obezbediti odgovarajući pravni okvir za sistemsku zaštitu ljudskih prava osoba sa mentalnim poteškoćama, okupljanje i zajedničko delovanje organizacija civilnog društva, kampanju za podršku javnosti itd.

U tom smislu, nadamo se da će i ova publikacija doprineti boljem sagledavanju problematike i pronalaženju adekvatnijih rešenja koja će biti u skladu sa razvojem medicinske nauke, psihijatrije i sa međunarodnim standardima.

Potreba za jačanjem procesa deinstitutionalizacije osoba sa mentalnim smetnjama

Uvod

6 Deinstitutionalizaciju osoba sa mentalnim smetnjama treba razumeti kao proces u kome različite i često glomazne državne sisteme u zdravstvu, socijalnoj zaštiti i u drugim oblastima, naročito u zemljama u tranziciji, treba transformisati i prilagoditi novim uslovima u kojima se posebno vodi računa o poštovanju i zaštiti ljudskih prava ove osetljive društvene grupe. Deinstitutionalizacija podrazumeva čitav niz različitih aktivnosti koje treba do obezbede suštinsku promenu, kojima dosadašnji sistem koji se oslanja na rezidencijalnu brigu i staranje treba pretvoriti u sistem u kome je akcenat stavljen na život ovih osoba u prirodnom okruženju; to podrazumeva uspostavljanje i širenje efikasnih usluga podrške, kako bi odrasli i deca sa mentalnim smetnjama mogli da ostanu i žive u svojim porodicama.

Suštinski, deinstitutionalizacija označava prelazak sa sistema rezidencijalne brige u sistem zbrinjavanja u okruženju i zajednici, uspostavljanjem aktivnog sistema podrške, koji, između ostalog, podrazumeva i: obezbeđivanje brze i lako dostupne zdravstvene usluge i medicinskih tretmana za ova lica; obezbeđivanje uslova za samostalno stanovanje odraslih osoba sa intelektualnim i psihičkim smetnjama, individualnog ili u grupi; obezbeđivanje uslova za individualni ili porodični smeštaj odraslih uz podršku za odraslu osobu/e o kojima nema ko da brine, kao i brojnim drugim uslugama koje bi bile na raspolaganju ovim osobama i ili/članovima njihovih porodica, kako bi njihov svakodnevni život u zajednici, uz pomoć službi koje nisu diskriminišuće i koje su i terapijski i preventivno lako dostupne, bio kvalitetan.

S druge strane, za uspešnu transformaciju potrebna je i podrška javnosti, odnosno širokog kruga građana. To zahteva i jačanje svesti o tome da mentalne smetnje nisu „zarazne”, te da su od ključnog značaja u ovom procesu ne samo službe i usluge, već „zajednica” odnosno okruženje kao celina. Postojeće predrasude i stigme koje su u Srbiji široko rasprostranjene u odnosu na osobe sa mentalnim smetnjama (što obuhvata i različite oblike obeležavanja, etiketiranja, isključivanja i sl), treba menjati organizovanim kampanjama antistigmatizacije, u koje će biti uključeni kako stručnjaci za mentalno zdravlje, tako i udruženja, škole i mediji. Svest građana još uvek je, nažalost, na relativno niskom nivou kad je reč o ovoj osetljivoj društvenoj grupi, a za promenu odnosa neophodna je aktivna i stalna kampanja jačanja svesti, tolerancije i nediskriminacije prema ovim osobama.

7

Razvoj procesa

U Republici Srbiji, tokom devedesetih godina XX veka, među najugroženijim institucijama, odnosno ustanovama, svakako su bile psihijatrijske bolnice. Pacijenti su živeli u degradirajućim uslovima i bez imalo ljudskog dostojanstva, a nedostatak hrane, kreveta, posteljine, lekova i dr. pokazao je do odsustva ljudske brige i humanosti.

Sa početkom perioda tranzicije dolazi do prvih zalaganja, pre svega specijalizovanih udruženja građana i branilaca ljudskih prava da se smeštaj u psihijatrijskim bolnicama i drugim sličnim ustanovama obezbeđuje samo za akutne pacijente, kao i da treba započeti sa procesom deinstitucionalizacije osoba koja se nalaze u njima i transformacijom takvih ustanova u skladu sa principom života u zajednici.¹

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije formiralo je, u januaru 2003. godine, Nacionalnu komisiju za mentalno zdravlje (NKMZ), čiji je cilj bio da organizuje reforme u ovoj oblasti. Ovo telo činilo je 10 psihijatara iz različitih delova zemlje, ali ostale profesije nisu bile uključene.²

Tokom 2003. godine, u okviru Pakta za stabilnost za jugoistočnu Evropu inicirana je reforma mentalnog zdravlja. Projekat je rezultirao potpisivanjem regionalne izjave osam zemalja Jugoistočne Evrope (Bugarska, Rumunija, Moldavija, Albanija, Hrvatska, Bosna i Hercegovina, Srbija i Crna Gora, Bivša Jugoslovenska Republika Makedonija) u Sinaji 2003. godine i dopunjena u novembrau 2003. godine u Ljubljani.³

NKMZ je bila odgovorna za sprovođenje projekta, čiji su osnovni ciljevi bili: (1) procena opšte situacije sistema za mentalno zdravlje; (2) stvaranje strategije i akcionog plana za mentalno zdravlje; (3) pisanje novog zakona za zaštitu prava mentalno obolelih; (4) prihvatanje ovih dokumenata u vladi i u parlamentu; (5) uspostavljanje pilot centra za mentalno zdravlje u zajednici.

8

NKMZ je pripremila Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja koju je republička vlada usvojila 19. januara 2007. godine sa Akcionim planom, a pilot Centra za mentalno zdravlje u zajednici, uspostavljen je u opštini Mediana, u Nišu.⁴ Zvanični izveštaj o realizaciji Strategije ne postoji, te se postavlja pitanje da li je i u kojoj meri ova strategija, sedam godina nakon usvajanja, zaista i sprovedena.

Izveštaj Mental Disability Rights International – MDRI iz 2007. godine, značajno je skrenuo pažnju širokog kruga građana na stanje u

1 O ovom procesu opširnije u: Mučenje kao lečenje: Segregacija i zloupotreba dece i odraslih sa posebnim potrebama u Srbiji, Mental Disability Rights International – MDRI, 2007. str. 30–44.

2 Više podataka na veb prezentaciji Međunarodne mreže pomoći IAN – <http://www.ian.org.rs/mentalnozdravlje/reforme.htm>.

3 Uporedi: Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, Vlada Republike Srbije, 2007.

4 <http://www.ian.org.rs/mentalnozdravlje/reforme.htm>.

specijalizovanim ustanovama i centrima u Republici Srbiji, kao i na način na koji se država (ne)suočava sa ovim problemom. Izveštaj ove organizacije dokumentovan video snimcima i fotografijama pokazao je brojne probleme sistema institucionalizacije, ali ukazao i na značaj i neophodnost uspostavljanja efikasnog sistema deinstitutionalizacije. Zahvaljujući ovom, i izveštajima drugih nevladinih organizacija, kao i medijima, skrenuta je pažnja na loše uslove i nehumane metode postupanja sa licima sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama.⁵

Donošenje Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama usledilo je tek 2013. godine. Ovaj zakon po prvi put na sistemski način uređuje pitanja koja se neposredno i posredno odnose na ovu osetljivu grupu. Zakonom su bliže uređena osnovna načela, organizovanje, sprovođenje zaštite mentalnog zdravlja, način i postupak, organizacija i uslovi lečenja, kao i smeštaj bez pristanka lica sa mentalnim smetnjama u stacionarne i druge zdravstvene ustanove.⁶ Novim zakonodavnim rešenjima načinjena su određena poboljšanja, naročito u pogledu postupka u vezi sa zadržavanjem ovih lica bez pristanka, čime su prestale da važe zastarele odredbe iz glave druge Zakona o vanparničnom postupku (Zadržavanje u zdravstvenoj organizaciji koja obavlja delatnost u oblasti neuropsihijatrije).⁷ Međutim, usvajanje Zakona pratile su i brojne kontroverze u pogledu pojedinih predloženih rešenja koja ne korespondiraju sa postojećim standardima u ovoj oblasti.

9

Osim Vlade koja je predložila zakon, i Narodna skupština je pre njegovog donošenja pokazala interesovanje za ovaj problem. U organizaciji Odbora za ljudska i manjinska prava i ravnopravnost polova i zaštitnika građana, u Domu Narodne skupštine je 28. februara 2013. godine održana sednica i rasprava na temu problema i dilema koji prate proces deinstitutionalizacije, odnosno izmeštanja lica iz ustanova socijalne i zdravstvene zaštite u otvorenu sredinu. Na ovoj konferenciji, ispred Evropske ekspertske grupe – ECCP,

5 Usporedi: Ljudi na margini-Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama, Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, 2007 – <http://www.helsinki.org.rs/serbian/doc/sveske25.pdf> i Ljudi na margini (4) Izveštaj o stanju u socijalnim ustanovama za smeštaj dece i omladine ometene u mentalnom razvoju, odnosno za odrasle ometene u mentalnom razvoju i duševno obolela lica, Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, 2009 – <http://www.helsinki.org.rs/serbian/doc/Ljudi%20Na%20Margini%20-%204.pdf>.

6 Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, „Službeni glasnik RS”, 45/2013, čl. 1.

7 Zakon o vanparničnom postupku, „Službeni glasnik SRS”, br. 25/82 i 48/88 i „Službeni glasnik RS”, br. 46/95 – dr. zakon, 18/05 – dr. zakon i 85/12.

predstavljen je i dokument „Jedinstvene evropske smernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici”, koji suštinski utvrđuje set najznačajnijih standarda koje jedna država treba da poštuje u vezi sa pravima lica sa mentalnim smetnjama.⁸

Međutim, Narodna skupština je morala učiniti znatno više u toku usvajanja zakona. Bez obzira na brojne primedbe koje je iznosio blagovremeno zaštitnik građana sa predstavnicima civilnog društva, još dok je Nacrt/predlog zakona bio u proceduri, one nisu otklonjene, već je preovladao stav da je bolje da se donese bilo kakav zakon, nego nikakav. Osnovne primedbe na usvojeni zakon su:

1. nije predviđena obaveznost obrazovanja posebnih jedinica za obavljanje poslova mentalnog zdravlja u zajednici, kao što je to predloženo u javnoj raspravi, već je ovo i dalje fakultativna obaveza;
2. zakon predviđa meru izolacije koja je u suprotnosti sa stavom Komiteta UN protiv torture kojim je utvrđeno da izolacija osoba sa teškim i akutnim mentalnim smetnjama nije dozvoljena;
3. rokovi u novom postupku u vezi sa zadržavanjem, odnosno smeštajem bez pristanka u psihijatrijsku ustanovu su veoma dugi (sedam dana).⁹

10 Na osnovu usvojenog zakona, Ministarstvo zdravlja je krajem 2013. godine usvojilo i dva pravilnika: Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja¹⁰ i Pravilnik o bližim uslovima za primenu fizičkog sputavanja i izolacije lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama.¹¹ Oba pravilnika bliže razrađuju upravo ona zakonska rešenja koja su se još u javnoj raspravi smatrala spornim.

Prvim pravilnikom bliže je razrađeno da se centri za mentalno zdravlje u zajednici obrazuju kao posebne organizacione jedinice za obavljanje poslova

8 Uporedi: Asocijacija za promociju inkluzije u Srbiji – API Srbije, dostupno na: <http://www.sapi.rs/2012/index.php/sr/item/452>.

9 Uporedi: Zamenik zaštitnika građana, Miloš Janković, Veb prezentacija dnevnog lista Danas, 26. mart 2014. www.danas.rs.

10 Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja, „Službeni glasnik RS”, br. 106/2013.

11 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. 94/13.

zaštite mentalnog zdravlja u domovima zdravlja koji obavljaju i delatnost lečenja lica sa mentalnim smetnjama i u psihijatrijskim ustanovama.¹² Nedostatak u zakonskom rešenju se konsekventno odražava i na sam pravilnik i leži u činjenici da se ova aktivnost ne može tretirati kao „dopunska”, već je potrebno predvideti formiranje centara za zaštitu mentalnog zdravlja kao posebnih, autonomnih ustanova u zajednici, što zakonom nije predviđeno.

Drugi pravilnik, između ostalog, bliže razrađuje primenu sporne mere „izolacije”. Mera izolacije lica sa mentalnim smetnjama, shodno Pravilniku, podrazumeva izolovano zatvaranje te osobe u bilo koje doba dana i noći, u prostoriji čija su vrata i prozori zaključani spolja, a koju odobrava nadležan psihijatar u psihijatrijskoj ustanovi, pri čemu se mera izolacije ne sme koristiti kao oblik kažnjavanja te osobe. Pravilnikom su predviđeni i razlozi zbog kojih psihijatar može da naloži meru izolacije: (1) radi sprečavanja tog lica da povredi sebe ili drugo lice i (2) radi primene njegove medicinske terapije. Nadležni psihijatar koji je doneo odluku da se lice sa mentalnim smetnjama drži u izolaciji, mora da navede period tokom kojeg će se to lice držati u izolaciji.¹³

Moglo bi se konstatovati, da je posle 14 godina, realni proces deinstitutionalizacije još uvek na samom početku. Čak bi se moglo i tvrditi, da su na ovaj način učinjeni samo prethodni koraci (čini se, pojedini i pogrešni) koji su neophodni za početak deinstitutionalizacije, a da faktički, ovaj proces još uvek nije počeo.

11

U Republici Srbiji, oko 8500 odraslih osoba sa intelektualnim i psihosociološkim poteškoćama i invaliditetom boravi u različitim rezidencijalnim institucijama. Ove osobe, u skladu sa članom 19. Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, imaju pravo da žive u zajednici i da izaberu svoje mesto boravka, kao i gde će i sa kim živeti, a uvođenje takvog sistema podrazumeva čitav spektar usluga koje bi trebalo da imaju na raspolaganju.¹⁴

12 Pravilnik o vrsti i bližim uslovima za obrazovanje organizacionih jedinica i obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja, „Službeni glasnik RS”, br. 106/2013, čl. 3–4.

13 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. 94/13, čl. 27–31.

14 Uporedi: Saopštenje stalnog koordinатора UN u Srbiji Jurga Staudenmana, sa konferencije o deinstitutionalizaciji, Beograd, 22–10.2013. godine. Dostupno na: <http://www.ombudsman.rs/index.php/lang-sr/2011-12-25-10-17-15/3051-2013-10-22-13-46-02>.

Standardi sadržani u pojedinim međunarodnim dokumentima u vezi sa pravima osoba sa mentalnim smetnjama

Na ovom mestu ukazaćemo samo na dva međunarodna dokumenta koja su od značaja za osobe sa mentalnim smetnjama. Prvi je Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, a drugi su Jedinstvene evropske smernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici.

Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Republika Srbija je ratifikovala 2009. godine. Principi na kojima se ona zasniva, predstavljaju razvojne standarde medicinske brige i rehabilitacije koji se odnose na osobe sa invaliditetom. Ključni princip ove konvencije jeste da se osobama sa invaliditetom mora zagarantovati poštovanje dostojanstva i lične autonomije, uključujući slobodu sopstvenog izbora. Države – strane ugovornice će preduzeti efikasne i odgovarajuće mere, uključujući podršku osoba sa sličnim tegobama, kako bi se osobama sa invaliditetom omogućilo da postignu i očuvaju maksimalnu nezavisnost, punu fizičku, mentalnu, socijalnu i stručnu sposobnost, kao i puno uključivanje i učešće u svim aspektima života. U tom cilju, države – strane ugovornice će organizovati, ojačati i pružiti sveobuhvatne usluge i programe održavanja i rehabilitacije, posebno u oblasti zdravlja, zapošljavanja, obrazovanja i socijalnih usluga. Takođe, treba obezbediti one zdravstvene usluge koje su konkretno potrebne osobama sa invaliditetom zbog njihovog invaliditeta, uključujući i rano otkrivanje i intervenciju po potrebi, kao i usluge namenjene svođenju na najmanju meru i sprečavanju daljeg invaliditeta (...). Postojanje invaliditeta ni u kom slučaju ne može biti opravdanje za lišenje slobode.¹⁵

Jedinstvene evropske smernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici je, praktično uputstvo za sprovođenje i podršku održivom prelasku sa institucionalne zaštite na alternativne usluge pružanja brige i podrške u porodici i zajednici za decu, osobe sa invaliditetom, osobe sa psihičkim smetnjama i za starije osobe u Evropi.¹⁶ One su rezultat inicijative

15 Uporedi: *Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom*, „Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori” br. 42/09. čl. 3, 14, 25–26.

16 Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, Brussels, Belgium, November 2012. Ovaj dokument preveden je na srpski jezik i štampan od strane Programa UN za razvoj (UNDP), 2012.

koju je pokrenuo Komesar EU za zapošljavanje, koji je uspostavio radnu grupu za prelazak sa institucionalne zaštite na podršku u zajednici. Nakon višegodišnjeg procesa analize i prikupljanja primera dobre prakse i objedinjavanja znanja iz svih delova Evrope, zaključeno je da je potrebno izvršiti određene reforme u zemljama članicama Evropske unije u skladu sa ovim Smernicama i Priručnikom, a koje korespondiraju sa Strategijom Evrope 2020. Strategijom su postavljeni ambiciozni ciljevi za inkluzivan rast, koji iziskuje preduzimanje radnji kojima se promoviše integracija i adekvatan život za siromašne i socijalno isključene osobe.

Smernicama su detaljno utvrđeni „koraci” koje treba preduzeti u funkciji punog procesa deinstitutionalizacije, a to su: (1) stvaranje uslova za razvoj usluga staranja u zajednici kao zamena za institucionalno staranje; (2) procena postojećeg stanja; (3) izrada strategije i akcionog plana deinstitutionalizacije; (4) uspostavljanje adekvatnog i odgovarajućeg pravnog okvira za pružanje usluga u okviru zajednice; (5) utvrđivanje načina razvoja niza usluga u okviru zajednice; (6) izrada pojedinačnih planova za efektivno sprovođenje procesa deinstitutionalizacije; (8) podrška pojedincima i zajednicama u toku prelaska sa institucionalnog staranja na staranje u okviru zajednice; (9) utvrđivanje indikatora, načina procene i praćenja kvaliteta usluga i (10) usavršavanje kvaliteta usluga.¹⁷

U Smernicama se govori o obezbeđivanju podrške procesu prelaska sa institucionalne zaštite na pružanje brige i podrške u zajednici na evropskom i međunarodnom nivou, što podrazumeva i obuhvata i ljudska prava i vrednosti, političke obaveze i naučne i ekonomske dokaze koji potvrđuju neophodnost i potrebu uspostavljanja realnog procesa deinstitutionalizacije. Smernicama su pruženi dokazi vladama ne samo zemalja Evropske unije već i drugim, o tome kako je deinstitutionalizacija ispravan korak koji ne koristi samo onima na koje se direktno odnosi, već i društvu u celini.¹⁸

13

17 Uporedi: Jedinstvene evropske smernice, str. 33–142. na srpskom jeziku se mogu naći na veb sajtu: http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/09/smer-nice_korigovane_priprema.pdf.

18 Uporedi: Jedinstvene evropske smernice, str. 33.

Uloga i značaj zaštitnika građana u zaštiti prava lica sa mentalnim smetanjama

Tokom poslednjih nekoliko godina, u ovom procesu u Republici Srbiji značajan doprinos daje zaštitnik građana (ombudsman). Ovaj nezavisni državni organ, štiteći prava građana na različite načine nastoji da ubrza proces deinstitutionalizacije, kako svojim preporukama u mišljenjima u vezi sa konkretnim slučajevima, tako i u vezi sa realnim sprovođenjem međunarodnih dokumenata i standarda ljudskih prava sadržanih u njima, naročito onih koji se odnose na ovu posebno osetljivu društvenu grupu. Takođe, u organizaciji zaštitnika građana održano je više konferencija i okruglih stolova na ovu temu. Predstavnici institucije prisustvuju i drugim okruglim stolovima, tribinama i konferencijama na kojima se raspravlja o ovom pitanju, posebno onim koje organizuju nevladine organizacije, a ovaj nezavisni državni organ dao je, kao što je to prethodno i ukazano, i značajne primedbe na pojedina predložena rešenja u procesu koji je pratio donošenje Zakona o zaštiti mentalnog zdravlja.

14

Na ovom mestu, ukazaćemo samo na dva izveštaja zaštitnika građana u kojima se na više mesta otvara pitanje i konstatuju problemi koji su, posredno ili neposredno povezani sa procesom deinstitutionalizacije i zaštitom prava lica sa mentalnim smetnjama. Prvi je Redovni godišnji izveštaj zaštitnika građana za 2013. godinu, a drugi je Posebna izveštaj Nacionalnog mehanizma za za prevenciju torture (NPM) za 2012. godinu.

U Redovnom godišnjem izveštaju za 2013. godinu, zaštitnik građana u delu koji se odnosi na predloge za poboljšanje položaja građana u odnosu na organe uprave, a u vezi sa ovom osetljivom društvenom grupom, ukazuje na to da Ministarstvo zdravlja treba da započne sa reformom zaštite mentalnog zdravlja i predloži sisteme zaštite i prevencije mentalnog zdravlja, posebno uspostavljanjem daljeg razvoja lečenja i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, a da Vlada treba da donese jasnu odluku i plan transformacije rezidencijalnih i psihijatrijskih ustanova.¹⁹

U delu Redovnog godišnjeg izveštaja koji se odnosi na prava lica lišenih slobode i Nacionalni mehanizam za prevenciju torture, zaštitnik konstatuje

¹⁹ Uporedi: Redovni godišnji izveštaj Zaštitnika građana za 2013. godinu, Zaštitnik građana, 15 mart 2014. godine, str. 72–73. Izveštaj dostupan na veb prezentaciji Zaštitnika građana www.ombudsman.rs.

da je donet Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, te da su usvojeni prethodno pomenuti pravilnici, ali da još uvek postoje značajne manjkavosti na državnom nivou u vezi sa procesom deinstitutionalizacije, a to su:

- (1) Ne poštuju se rokovi za sprovođenje procesa deinstitutionalizacije u postupanju prema osobama sa mentalnim smetnjama predviđeni Akcionim planom uz Strategiju razvoja zaštite mentalnog zdravlja u Republici Srbiji;
- (2) u velikim psihijatrijskim bolnicama i dalje je smešten veliki broj pacijenata kojima nije potrebno dalje bolničko lečenje, jer ne postoje uslovi za njihovo zbrinjavanje u zajednici;
- (3) Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama predviđena je izolacija lica sa mentalnim smetnjama koja se nalaze na lečenju u psihijatrijskim ustanovama;
- (4) u rezidencijalnim ustanovama socijalne zaštite i dalje je smešten veliki broj korisnika, isključivo zbog toga što ne postoje uslovi za njihovo zbrinjavanje u zajednici;
- (5) rezidencijalne ustanove socijalne zaštite azilarnog tipa, ne samo što same po sebi nisu podobne za zbrinjavanje korisnika, već u njima postoji i nedostatak osoblja – lekara, pedagoga i negovatelja;
- (6) nisu vidljive aktivnosti koje će u zakonom predviđenim rokovima dovesti do upodobljavanja broja korisnika rezidencijalne ustanove socijalne zaštite sa zakonom utvrđenim ograničenjima;
- (7) u pojedinim rezidencijalnim ustanovama socijalne zaštite prisutna je pojava da su pojedini korisnici stalno zatvoreni u izolaciji, što predstavlja njihovo zlostavljanje;
- (8) velikom broju lica smeštenih u najrazličitijim rezidencijalnim ustanovama socijalne zaštite ograničena je sloboda kretanja (zaključani su), mnogi od njih se povremeno fizički sputavaju (vezuju se), za šta ne postoji valjan pravni ostov, niti su propisane odgovarajuće procedure.

Za sve ove konstatacije, zaštitnik građana daje odgovarajuće obrazloženje.²⁰

20 Uporedi: Redovni godišnji izveštaj Zaštitnika građana za 2013. godinu, Zaštitnik građana, 15 mart 2014. godine, str. 86–88.

U okviru ovog nezavisnog državnog organa, uspostavljen je i Nacionalni mehanizam za prevenciju torture (NPM). U Posebnom izveštaju NPM za 2012. Godinu,²¹ NPM, između ostalog, u vezi sa stanjem u rezidencijalnim ustanovama ukazuje:

„NPM je tokom 2012. godine obavio četiri posete psihijatrijskim bolnicama, tri najavljene dnevne i jednu nenajavljenju, noćnu. Upućeno je 25 preporuka za usaglašavanje postojećeg stanja sa važećim propisima i standardima. Tokom poseta, uočene su brojne negativne posledice dugoročnog zadržavanja osoba sa mentalnim smetnjama u dislociranim psihijatrijskim bolnicama. Po navodima lekara, pacijenti se ne otpuštaju iz bolnica kad prestane potreba za bolničkim lečenjem, jer u zajednici nije ustanovljen sistem koji bi im omogućio pružanje neophodne zdravstvene zaštite i socijalnu podršku shodno njihovim potrebama. U jednoj od velikih psihijatrijskih bolnica u Srbiji više od polovine pacijenata je na lečenju duže od godine, a njih više od sto, duže od 10 godina. Postavlja se pitanje, da li se može govoriti o lečenju ako ono traje 10 godina ili doživotno, ili je pre u pitanju svojevrsan azil. Pacijenti koji su dugi niz godina smešteni u psihijatrijskim bolnicama, potpuno izopšteni iz redovnog socijalnog okruženja, mnogi zaključani, vremenom gube socijalne i druge veštine i postaju sve manje sposobni za samostalan život. Dugoročno zadržavanje pacijenata u dislociranim psihijatrijskim bolnicama, posebno u smeštajnim uslovima koji ne ispunjavaju važeće standarde, samo po sebi – kao sistem može biti izvor pojedinačnih slučajeva torture, a u svakom slučaju predstavlja nečovečno i ponižavajuće postupanje. (...) Uočen je nedostatak stručnog medicinskog osoblja; nedostaci edukacije srednjeg medicinskog kadra; nepostojanje adekvatnih kriterijuma podobnih za obezbeđenje finansiranja rada bolnica; nedostaci radnog angažovanja pacijenata i isplate naknada za obavljeni rad; pacijenti nisu dovoljno ohrabreni da učestvuju u donošenju odluka relevantnih za njihov boravak i lečenje; osoblje navodi da nedostaje služba za obezbeđenje. (...) Utvrđeni su nedostaci u postupku i evidencijama vezivanja uznemirenih/nasilnih pacijenata. Upućene su preporuke da do vezivanja dolazi samo ako kontrola agresije nije mogla biti uspostavljena ni na jedan drugi medicinski opravdan način, da mora da predstavlja krajnju meru, nakon što se pokazalo

21 Zaštitnik građana, Nacionalni mehanizam za prevenciju torture (NPM). Izveštaj za 2012. godinu, Zaštitnik građana, Beograd, april 2013. godine, str. 27–30. Izveštaj dostupan na veb prezentaciji Zaštitnika građana www.ombudsman.rs.

da su manje restriktivne mere neuspešne, da je određuje isključivo lekar, da se vrši na propisan način odgovarajućim sredstvima vezivanja koje onemogućavaju povređivanje, da traje što kraće i da se prekine čim primenom drugih sredstava i metoda prestane uznemirenost pacijenta, da je zdravstveni radnik sve vreme u neposrednom kontaktu sa vezanim pacijentom, te da vezani pacijent nije u istoj prostoriji sa ostalim pacijentima. Osim toga, potrebno je da se o svim aktivnostima tokom vezivanja i razlozima za njihovo preduzimanje vodi uredna evidencija. (...) Utvrđeno je da u psihijatrijskim bolnicama farmakoterapija predstavlja osnovni metod lečenja i da je pristup okupacionoj terapiji, grupnoj terapiji, individualnoj psihoterapiji, umetnosti, drami, muzici i sportu, dodatnom obrazovanju, često nedovoljan za većinu pacijenata, ili nije jednak za sve pacijente.”

* * * * *

Prethodno pomenuti međunarodni dokumenti, nalazi zaštitnika građana i Nacionalnog preventivnog mehanizma, kao i nalazi i preporuke nevladinih organizacija, trebalo bi da dovedu do toga da Republika Srbija ubrzo usvoji nekoliko važnih dokumenata i instrumenata javne politike u vezi sa procesom deinstitutionalizacije: (1) Studiju o izvodljivosti Strategije deinstitutionalizacije; (2) Strategiju deinstitutionalizacije i (3) Akcioni plan za sprovođenje Strategije deinstitutionalizacije.

Sva tri dokumenta, izrađena na podlozi prethodne analize stanja, trebalo bi na kraju da obezbede jasne vremenske rokove, aktere i mere, što sve zajedno, u narednih nekoliko godina treba da doprinesu istinskoj realizaciji i sprovođenju procesa deinstitutionalizacije i povratku značajnog broja lica sa mentalnim smetnjama životu u zajednici i slobodnom okruženju.

Položaj osoba sa mentalnim smetnjama shodno Zakonu o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama

Uskoro će se navršiti godinu dana od donošenja Zakona o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama. Iako su Zaštitnik građana i predstavnici civilnog sektora blagovremeno i argumentovano ukazivali na njegove brojne nedostatke, prevladao je stav, kog su delile i pojedine međunarodne organizacije, da je bolje da se donese bilo kakav zakon nego nikakav. Ne ulazeći u debatu tim povodom, verujemo da smo se približili trenutku u kom treba postaviti pitanje šta u njemu treba menjati.

18

I

Zaštitnik građana je, 18. decembra 2012. godine, saglasno članu 18. stav 4. Zakona o zaštitniku građana,²² Ministarstvu zdravlja i široj javnosti uputio Mišljenje povodom Nacrta zakona o zaštiti osoba sa mentalnim smetnjama, ocenjujući da će na taj način doprineti unapređenju prava osoba sa mentalnim smetnjama.

Konstatujući da pojedine odredbe Nacrta zakona zabranjuju diskriminaciju po bilo kom osnovu,²³ i predviđaju zaštitu dostojanstva pacijenta,²⁴ kao i da se u Nacrtu zakona očigledno teži zaštititi ljudskih prava osoba s mentalnim smetnjama, zaštitnik građana je izneo ocenu da postoji širok prostor za nužna unapređenja. Naveo je da Nacrt zakona nije u potpunosti usklađen sa

22 „Službeni glasnik RS”, br. 79/2005 i 54/2007.

23 Član 4. Nacrta.

24 Član 5. Nacrta.

standardima utvrđenim Konvencijom UN o pravima osoba s invaliditetom,²⁵ Konvencijom UN o pravima deteta²⁶, i Strategijom razvoja zaštite mentalnog zdravlja Vlade Republike Srbije²⁷ (Strategija). Ukazao je da se Nacrtom zakona, lečenje osoba sa mentalnim smetnjama generalno usmerava na postojeće stacionarne ustanove (psihijatrijske bolnice) i domove zdravlja i da se nedovoljno pažnje posvećuje podršci lokalnim zajednicama, koja je neophodna da bi se, tamo gde je to moguće, lečenje deinstitucionalizovalo i da bi se stvorili uslovi za socijalno uključivanje osoba s mentalnim smetnjama i postepeno zatvaranje „velikih” stacionarnih ustanova.²⁸ Naveo je da se stiče se utisak da se rešenjima iz Nacrta zakona insistira na lečenju osoba s mentalnim smetnjama u već postojećim ustanovama zdravstvene zaštite, da se odstupa od načela utvrđenih Strategijom, kao i nedovoljno upućuje na socijalno uključivanje osoba s mentalnim smetnjama, čime se „nedovoljno ide za najboljim interesom tih građana”.

19

U tom smislu, zaštitnik građana je istakao da se Strategijom težilo da „službe mentalnog zdravlja treba da pruže savremeno, sveobuhvatno lečenje

25 „Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori”, br. 42/2009.

26 „Službeni list SFRJ – Međunarodni ugovori”, br. 15/90 i „Službeni list SRJ – Međunarodni ugovori”, br. 2/97.

27 „Službeni glasnikRS”, br. 8/2007.

28 Mapping Exclusion, Institutional and community-based services in the mental health field in Europe, Mental Helt Europe, Brussels, 2012; Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, Novembar 2012. (www.deinstitutionalisationguide.eu).

koje podrazumeva bio-psiho-socijalni pristup, i koje treba da se odvija u zajednici, što je moguće bliže porodici obolele osobe”,²⁹ a čiji cilj je unapređenje mentalnog zdravlja koje treba da „zaštiti, podrži i održi emocionalnu i socijalnu dobrobit kroz unapređenje faktora koji jačaju i štite mentalno zdravlje, uz iskazivanje poštovanja prema kulturi, jednakosti, socijalnoj pravdi i ličnom dostojanstvu i kroz vođenje računa o socijalnim i ekonomskim faktorima i akcijama za zaštitu ljudskih prava”.³⁰ Strategija, oslanjajući se na principe Deklaracije Svetske zdravstvene organizacije donete 1986. godine u Otavi,³¹ ukazuje i da je cilj da se osobama sa mentalnim smetnjama omogućiti „da povećaju kontrolu nad sopstvenim životom i da poboljšaju njihovo mentalno zdravlje razvojem ličnih veština i otpornosti stvaranjem podržavajuće okoline i osnaživanjem ljudi u zajednici”. Navedene odredbe Strategije jasno ukazuju na to da reforma u oblasti mentalnog zdravlja treba da proširi konvencionalni pristup mentalnom zdravlju zasnovan na lečenju bolesti, sa „sveobuhvatnim, multidimenzionalnim pristupom mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima”³².

20

Uprkos tome što su Nacrtom zakona usvojeni stavovi iz Strategije i što je predviđeno da se zaštita osoba s mentalnim smetnjama ostvaruje bez diskriminacije po bilo kom osnovu (član 4), uz zaštitu dostojanstva pacijenta (član 5), te da „zaštita mentalnog zdravlja podrazumeva prevenciju nastanka mentalnih smetnji, unapređenje mentalnog zdravlja, analizu i dijagnozu mentalnog stanja osobe, lečenje i rehabilitaciju zbog mentalnih smetnji, kao i sumnje na postojanje mentalnih smetnji” (član 3), kao i da „osoba sa mentalnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja kroz prevenciju, negu, lečenje i psihosocijalnu rehabilitaciju u odgovarajućim zdravstvenim i drugim ustanovama, oporavak i uključenje u porodičnu, radnu i društvenu sredinu, uz puno uvažavanje izbora osobe sa mentalnim smetnjama, uvek kada je to moguće” (član 6), da ove osobe imaju pravo „na lečenje u najmanje restriktivnoj okolini, uz primenu najmanje restriktivnih i prinudnih medicinskih postupaka” i uz poštovanje i uvažavanje njihove verske i kulturne pripadnosti (član 8, stavovi 2 i 3), Nacrt zakona ipak ne sadrži

29 Tačka 3.2. Strategije

30 Ibid.

31 The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.

32 Tačka 3.1. Strategije.

jasne garancije da će ova načela biti sprovedena. Ovo tim pre što saznanja o dužini trajanja i uslovima boravka i lečenja osoba sa mentalnim teškoćama u ustanovama zdravstvene zaštite, koje su Nacrtom predložene da i ubuduće budu osnovni nosioci njihovog lečenja, ukazuju na rizik, kako za sprovođenje pomenutih načela, tako i za ostvarivanje ljudskih prava.

Zaštitnik građana je tokom proteklih godina obavio više kontrolnih poseta psihijatrijskim bolnicama, od kojih tokom 2012. godine četiri u svojstvu Nacionalnog mehanizma za prevenciju torture³³ i uverio se da postoje brojne negativne posledice dugoročnog, u pojedinim slučajevima čak doživotnog smeštanja osoba sa mentalnim smetnjama u psihijatrijskim bolnicama koje su, po mnogim obeležjima, prerasle u azil. Samo u psihijatrijskoj bolnici u Vršcu, u vreme jedne posete obavljene 2012. godine, zaštitnik je utvrdio da je smešteno 820 pacijenata, od kojih se njih 460 leči duže od godine, a njih 111 duže od 10 godina. Sve te osobe, među kojima ima i onih koje su zatvorene, potpuno su i dugo izopštene iz socijalnog okruženja i vremenom su sve manje sposobne za socijalno uključivanje. Ukoliko se u obzir uzmu i nepovoljni materijalni i smeštajni uslovi koji ne ispunjavaju važeće međunarodne standarde koje je država dužna da poštuje, kao i činjenica da se pacijenti ne otpuštaju iz bolnica kad im se poboljša zdravstveno stanje, jer u zajednici nije uspostavljen sistem koji bi im omogućio pružanje neophodne zdravstvene zaštite i odgovarajuću socijalnu podršku, zaštitnik građana je izneo stav da se očekivao značajniji pomak radi promene postojećeg nedopustivog stanja.

21

U Mišljenju je iznet stav da je potrebno da se zakonom propišu adekvatna rešenja za razvoj sistema socijalne podrške osobama sa mentalnim smetnjama. Navodi se da je nužno predvideti način na koji će se organizovati prevencija, rehabilitacija i uključivanje osoba s mentalnim smetnjama u lokalnoj zajednici, te da je oslanjanje na postojeće sisteme podrške koji su obezbeđeni u sistemu socijalne zaštite dobrodošlo, ali nedovoljno da bi se obezbedilo puno socijalno uključivanje osoba s mentalnim smetnjama i zaštita njihovih ljudskih prava.

Zaštitnik građana je učinio spornim i opredeljenje da se prevencija mentalnih smetnji prvenstveno obavlja u „primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uvek kada je to moguće”, jer ukoliko se prevencija mentalnog zdravlja shvati kao

33 Zakon o ratifikaciji Opcionog protokola uz Konvenciju protiv torture i drugih surovih, neljudskih ili ponižavajućih kazni i postupaka („Službeni list SCG-Međunarodni ugovori”, br. 16/2005 i 2/2006 i „Službeni glasnik RS-Međunarodni ugovori”, br. 7/2011).

javno dobro, kako je to učinjeno u Strategiji mentalnog zdravlja, onda je nužno i otklanjanje uzroka koji dovode do mentalnih poremećaja, a koji se odnose na porodicu, školu, radno okruženje, odnosno na sveukupno socijalno okruženje. Preventivno delovanje je naročito od značaja kad je reč o mentalnom zdravlju dece i mladih. Zbog toga, po mišljenju zaštitnika građana, potrebno je zakonom predvideti i odredbe kojima se deci obezbeđuju mere prevencije mentalnog zdravlja, naročito prevencije samoubistava dece i adolescenata, sprečavanja uzroka bolesti zavisnosti kod ove populacije i omogućavanja efikasne rane intervencije u slučaju promena u mentalnom zdravlju deteta i adolescenta.

II

22

Iako je tokom javne rasprave prihvaćeno da se, umesto fakultativnosti unese obaveznost obrazovanja posebnih jedinica za obavljanje poslova zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, time nije otklonjen suštinski nedostatak. Naime, usvojenim Zakonom je predviđeno da se jedinice za zaštitu mentalnog zdravlja organizuju kao dopunska delatnost postojećih psihijatrijskih ustanova i domova zdravlja. Zaštita mentalnog zdravlja se ne može obavljati kao usputna aktivnost postojećih zdravstvenih ustanova. Potrebno je predvideti formiranje centara za zaštitu mentalnog zdravlja, kao autonomnih ustanova, te urediti njihovu organizaciju, nadležnost i način postupanja. Polovičnim rešenjima se ne mogu ostvariti potrebni uslovi za prevenciju u oblasti mentalnog zdravlja, niti efikasno lečenje, zbrinjavanje i svakovrsna podrška osobama sa mentalnim smetnjama u zajednici.

Očigledno je da je proces uspojene deinstitucionalizacije u Srbiji posledica nedostatka stvarne volje relevantnih političkih struktura, ali i opstrukcije velikog broja psihijatarata koji strahuju za svoju profesionalnu budućnost zbog racionalizacije službi u sekundarnim i tercijarnim psihijatrijskim institucijama. Psihijatrijske bolnice u kojima se pacijenti zadržavaju na dugi rok, neki i doživotno, poprimile su azilarni karakter, jer je u brojnim slučajevima reč o izopštavanju iz zajednice, a ne o njihovom lečenju. Potpuno su nelogične tvrdnje psihijatarata koje dugoročno zadržavanje u psihijatrijskim bolnicama pravdaju lečenjem. Zanimljivo je činjenica da takav način višegodišnjeg „lečenja”, po pravilu ne dovodi do ozdravljenja, već naprotiv:

godine provedene u psihijatrijskim bolnicama osobama sa mentalnim smetnjama oduzimaju i životne sposobnosti koje su imale pre dolaska na „lečenje”. Posebno zabrinjava da je dugoročno zadržavanje osoba sa mentalnim smetnjama u psihijatrijskim bolnicama u velikom broju slučajeva rezultat potrebe njihovog socijalnog zbrinjavanja. U svakom slučaju, ta lica vremenom postaju zavisna od života u bolnici i nesposobna, ne samo za samostalni, već i za život uz podršku u zajednici.

Navedenim se ignoriše i to da i osobe sa mentalnim smetnjama, kao i ostali, imaju sva prava koja im nisu oduzeta odlukom nadležnog organa. Oduzimanje prava se ne može pravdati lečenjem! Zanimaruje se da dugoročno zadržavanje pacijenata u dislociranim psihijatrijskim bolnicama, posebno u smeštajnim uslovima koji ne ispunjavaju važeće standarde, samo po sebi može biti izvor pojedinačnih slučajeva torture, a u svakom slučaju predstavlja nečovečno i ponižavajuće postupanje.

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama predviđa meru izolacije pacijenata u psihijatrijskim bolnicama. Izolacija ne spada u medicinsku meru, nije usmerena na lečenje, niti ima terapeutsko opravdanje, već je Zakonom uvedena kao mera čija je svrha otklanjanje opasnosti izazvane postupcima lica sa mentalnim smetnjama. Međutim, ta svrha se može postići na drugi način, uz manje ograničenje prava i bez zadiranja u elementarna i opšte prihvaćena prava, kao što je nepovredivost fizičkog i psihičkog integriteta zajemčeno članom 25. Ustava. Postojeće zakonsko rešenje, koje dozvoljava primenu izolacije lica sa mentalnim smetnjama, prevazilazi obim neophodnog da se ustavna svrha organičenja prava zadovolji u demokratskom društvu, zadire u suštinu zajemčenih prava, te je nesaglasno i sa članom 23. stav 1. Ustava RS, kojim je garantovana neprikosnovenost ljudskog dostojanstva i dužnost svih da ga poštuju i štite.

23

Stav Komiteta UN protiv torture je da izolacija osoba sa teškim ili akutnim mentalnim smetnjama nije dozvoljena, a specijalni izvestilac UN za torturu ukazuje da osamljivanje tih lica, u bilo kom trajanju, predstavlja surovo, nečovečno ili ponižavajuće postupanje. Shodno tome, a imajući u vidu da u psihijatrijskim bolnicama u Srbiji mera izolacije ne predstavljala ustaljenu praksu,³⁴ navedene odredbe treba brisati.

34 Izveštaj Komiteta Saveta Evrope za prevenciju torture i nehumanog ili ponižavajućeg tretmana ili kažnjavanja o poseti Srbiji, februar 2011.

Ograničenja lične slobode osoba sa mentalnim smetnjama treba svesti na ona koja iziskuje potreba za uspešnim lečenjem, odnosno nalaže njihovo zdravstveno stanje. Kad je ipak, kao krajnja mera, neophodno izvršiti sputavanje agitiranih pacijenata, to treba sprovoditi isključivo u skladu sa važećim propisima, u najmanjoj mogućoj meri, imajući u vidu da bilo koji oblik sputavanja osoba sa mentalnim smetnjama, čak i na kratak period, može predstavljati zlostavljanje. U slučaju vezivanja osobe sa mentalnim smetnjama, Zakonom je potrebno propisati neprekidno prisustvo zdravstvenog radnika uz vezano lice, jer jedan od najvažnijih standarda je da lice koje je fizički sputano ne treba da bude usamljeno.³⁵

Nedorečenosti Zakona u praksi imaju za posledicu da je veliki broj osoba sa mentalnim smetnjama koji su primljeni na osnovu njihove saglasnosti na smeštaj /prijem, zbog prirode svoje bolesti u psihijatrijskoj bolnici faktički lišen slobode – zaključani su i ne mogu svojevolumno da napuste ustanovu. Zakonom treba jasno propisati da osoba sa mentalnim smetnjama koja je u psihijatrijsku bolnicu primljena na osnovu sopstvene saglasnosti na smeštaj /prijem, naročito ako je tu saglasnost dao njegov staralac, ne može biti na bilo koji način lišena slobode (zaključana ili sputana na bilo koji drugi način). Da bi se pacijent lišio slobode, neophodno je da psihijatar, odnosno sud donesu odluku o njegovoj prinudnoj hospitalizaciji.

24

Osim toga, nepreciznosti Zakona imaju za posledicu da se u pojedinim slučajevima hospitalizacija osoba sa mentalnim smetnjama vrši na osnovu njihove izjave o saglasnosti za prijem, iako su u tom momentu bili u stanju izuzetne uznemirenosti (na primer, dovela ih je hitna pomoć i policija), što dovodi u sumnju relevantnost izjave njihove volje, odnosno njihovu sposobnost za rasuđivanje. Zakonom treba jasno opredeliti da u takvim slučajevima lice može biti smešteno u psihijatrijsku bolnicu isključivo na osnovu odluke o prisilnoj hospitalizaciji.

Zakon sadrži sporan institut „zadržavanje bez pristanka”. „Zadržavanje” predstavlja lišavanje slobode, tako da se ne može govoriti o „pristanku na zadržavanje”, niti neko može biti zadržan po sopstvenoj saglasnosti, a posebno ne na osnovu saglasnosti njegovog staraoca. „Zadržavanje” podrazumeva prinudnu aktivnost usmerenu prema određenom licu, a ne volju onoga ko je zadržan. Onaj ko slobodno izrazi svoju stvarnu volju da se leči i da bude primljen (smešten) u bolnicu, po logici stvari nije „zadržan”. Osoba koja je

35 Standardi Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja (2002) 1-Rev.2010.

hospitalizovana na osnovu sopstvene saglasnosti, u slučaju opoziva te izjave, može biti zadržana samo ukoliko tako odluči psihijatar ili sud, što predstavlja zakonom dozvoljenu prinudu prema njemu. U smislu napred navedenog, iz Zakona treba iza reči „zadržavanje” brisati reči „bez pristanka”.

Osim toga, posebnu pažnju treba obratiti na Zakonom propisane rokove koji se odnose na prisilnu hospitalizaciju. Naime, za razliku od osobe koju su zadržali policija ili tužilac, koje mora biti izvedeno pred sud najkasnije u roku od 48 sati, osoba sa mentalnim smetnjama, koju je, na primer, uoči vikend zadržao psihijatar, susreće se sa sudijom tek nakon sedam dana. Potrebno je Zakonom propisati da osoba sa mentalnim smetnjama koju je zadržao psihijatar mora biti izvedena pred sud najkasnije u roku od 48 sati. Ako se taj rok odnosi na zadržana lica za koja postoje osnovi sumnje da su izvršila krivično delo, nejasno je zašto taj rok ne bi bio primenjen i na osobe sa mentalnim smetnjama. Takođe, veštak u sudskom postupku ne bi trebalo da bude lekar zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi koja je podnela predlog za prinudnu hospitalizaciju pacijenta.

Posebno su sporne odredbe Zakona koje se odnose na ulogu policije u održavanju bezbednosti u psihijatrijskim bolnicama. Prisustvo, a pogotovo primena sredstava prinude uniformisanih policijskih službenika, opremljenih naoružanjem, palicama, lisicama, može pogoršati stanje ne samo uznemirenih pacijenata prema kojima policija primenjuje silu ili bilo koji drugi oblik prinude, već i svih ostalih zatečenih osoba sa mentalnim smetnjama. To je apsurdno imajući u vidu da pripadnici službe obezbeđenja u zatvorima ne nose oružje, palice i druga sredstva za primenu sile. Opisane odredbe o ulozi policije u održavanju bezbednosti u psihijatrijskim bolnicama treba brisati, i održavanje reda prepustiti osoblju bolnica, koje mora biti neuniformisano i nenaoružano, a pre svega, koje raspolaže savremenim nenasilnim tehnikama obuzdavanja agitiranih pacijenata. Ostvarivanje policijskih ovlašćenja u psihijatrijskim bolnicama treba da bude izuzetak, koji nije potrebno posebno propisivati. Policija na osnovu Zakona o policiji i drugih brojnih propisa može intervenisati na bilo kom mestu u slučaju narušavanja javnog reda i mira, ili ugrožavanja života ili imovine, time, u krajnjem slučaju, i u psihijatrijskim bolnicama.

Poslovna sposobnost u Srbiji: neispunjenost standarda u zaštiti prava osoba sa invaliditetom na jednakost pred zakonom

Međunarodni standardi

26

S aspekta uporednog prava, organizacije Saveta Evrope i domaćih pravnih standarda, kao i sudske prakse Evropskog suda za ljudska prava, jasno je da je sam pristup invaliditetu pretrpeo značajan napredak od vremena kad se posmatrao kroz individualna ograničenja i medicinsku pomoć, do trenutka kada se posebna pažnja posvećuje jednakosti ljudskih prava osoba sa invaliditetom i uklanjanju barijera u društvu koje nastavljaju da budu prepreka ostvarenju jednakih mogućnosti.³⁶ Savet Evrope je, 2006. godine, preporukom Saveta ministara, posebno naglasio „primer menjanja odnosa od pacijenta do građanina”, gde stoji: „*Promenilo se shvatanje da se osobe sa invaliditetom posmatraju kao pacijenti koji nemaju učešće u društvu, te se sada on ili ona posmatraju kao osobe zbog kojih moramo ukloniti prepreke da bi oni mogli da zauzmu svoje mesto kao potpuno ravnopravni članovi društva ... Iz tog razloga dužni smo da dalje nastavimo olakšavanje prelaska sa stare medicinske ideje.*”³⁷ Koncept invalidnosti kao

36 Zaključci, Godišnji izveštaj, 2011, Agencija za osnovna prava Evropske unije, takođe u publikaciji „Model zakona o razlozima i postupku ograničenja i zaštite pojedinih prava i sloboda”, Centar za unapređenje pravnih studija (CUPS), Beograd, 2012, strane 9–10, dostupno na www.cups.rs.

37 Ibid, strana 9.

pitanja ljudskih prava je umnogome unapređen usvajanjem Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom, međunarodnopravno obavezujućeg dokumenta kojim se na sveobuhvatan način uređuju osnovna prava osoba sa invaliditetom i ustanovljava posebno telo koje prati primenu ovog međunarodnog ugovora.³⁸

Osobama sa intelektualnim i mentalnim invaliditetom, kao posebno osetljivim i višestruko ugroženim, poslovna sposobnost u velikoj meri utiče na svakodnevni život. Poslovna sposobnost je pravna kategorija koja odluke i delovanje osoba potvrđuje i čini vidljivim iz ugla prava.³⁹ U državama članicama Saveta Evrope ograničavanje poslovne sposobnosti jedne osobe ima različite pravne efekte. Ovi pravni efekti mogu da variraju, od uskraćivanja poslovne sposobnosti do slobode donošenja odluka: gde i sa kim da žive, upravljanje imovinom i finansijama, brak i roditeljstvo, glasanje i pristupanje političkim strankama, sindikatima i nevladinim organizacijama, kao i svakodnevnih odluka u vezi sa namenskim ugovorima ili ugovorima sa mobilnim

38 Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom „Sl. glasnik RS – Međunarodni ugovori”, br. 42/2009.

39 Ibid, strana 10.

operaterom.⁴⁰ Poslovna sposobnost je mogućnost osobe da bude prepoznata u okviru pravnog sistema, odnosno svojstvo osobe da svojom vlastitom aktivnošću, odnosno izražavanjem volje, stiče prava i obaveze. Osoba postaje poslovno sposobna kad napuni 18 godina i od tog trenutka može sklapati ugovore, dati pristanak na lečenje, donositi odluke o tome gde će živeti, raspolagati svojom imovinom, podnositi tužbe i žalbe, sklapati brak, donositi odluke o priznanju majčinstva ili očinstva, podizati decu, birati na izborima ili glasati na referendumu, podizati kredite, odnosno preduzimati sve pravne radnje koje odrasla osoba može preduzeti u svom svakodnevnom životu. Bez poslovne sposobnosti pojedinac ne može samostalno da upravlja svojim životom, što podrazumeva donošenje odluka o raznim pitanjima u svakodnevnom životu, te gubitak poslovne sposobnosti podrazumeva i gubitak kontrole nad sopstvenim životom.⁴¹

28

Poslovna sposobnost, kao mogućnost (moć) donošenja odluka o sopstvenim pravima i obavezama (ili moć da se bude subjekat prava), segment je i uslov ostvarivanja *prava na jednako priznanje pred zakonom*, na *pravnu ličnost* i u širem smislu *prava na privatnost i porodični život*, kao nekih od osnovnih ljudskih prava. Moderan pristup invalidnosti i ljudskim pravima pretpostavlja poslovnu sposobnost kao kapacitet svakog pojedinca da donosi ovakve odluke i kao njegovo osnovno pravo i u tom smislu se reguliše postupak eventualne podrške onim osobama koje imaju poteškoća u procesu donošenja odluka (tzv. *donošenje odluka uz podršku*). U nekim modernim sistemima se, pak, reguliše postupak ograničenja mogućnosti osoba sa izvesnim intelektualnim ili mentalnim poteškoćama da donose odluke, ako bi takve mogle izazvati veću štetu po njih, njima bliska ili druga pravno zainteresovana lica, ali svako ovakvo ograničenje mogućnosti odlučivanja mora da bude opravdano. Kad je reč o ograničenjima ljudskih prava, svaki slučaj se mora ispitivati ponaosob od strane suda, a razlog ograničavanja mora srazmerno pretežati u odnosu na prava osobe da donosi odluke o svojim pravima i obavezama.⁴² Dakle, svako

40 Ibid.

41 „Poslovna sposobnost kao osnovno ljudsko pravo: Vodič kroz domaću praksu i moguće alternative starateljstvu”, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom (MDRI-S), Beograd, 2012, dostupno na www.mdri-s.org.

42 Uporedno-pravni pregled modernog instituta donošenja odluka uz podršku i regulisanja ograničenja poslovne sposobnosti u publikaciji „Poslovna sposobnost kao ljudsko pravo – vodič kroz domaću praksu i moguće alternative starateljstvu”, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom (MDRI-S), Beograd, 2012, strane 21–42.

opšte ograničavanje poslovne sposobnosti (koja se pretpostavlja sa punoletstvom) nije opravdano u demokratskom društvu, a pristup koji reguliše ovo pitanje s aspekta podrške, a ne zabrane, mnogo je bliži dostignutim međunarodnim standardima ljudskih prava. Donošenje odluka uz podršku, umesto tzv. *zamenskog ili starateljskog odlučivanja* je sistem koji u najvećoj meri uvažava osnovna prava pojedinaca, koja se stižu samim rođenjem.

U Konvenciji UN o pravima osoba sa invaliditetom, poslovna sposobnost je regulisana članom 12, u okviru *prava na jednakost pred zakonom*. Navedeni član predstavlja srž ovog dokumenta s obzirom na to da je ostvarivanje poslovne sposobnosti osnovni preduslov za ostvarivanje svih ostalih prava garantovanih Konvencijom. Član 12. navodi da države – strane ugovornice priznaju da osobe sa invaliditetom ostvaruju svoju poslovnu sposobnost ravnopravno sa drugima u svim aspektima života. U svom *Nacrtu opšteg komentara na član 12. Konvencije*⁴³ Komitet za prava osoba sa invaliditetom između ostalog ističe: „*Pravo na jednako priznanje pred zakonom je kroz istoriju već dugo prepoznato kao građansko i političko pravo, koje svoje korene ima u Međunarodnoj povelji o građanskim i političkim pravima (...) Države članice imaju obavezu da preduzmu sve korake ka neposrednoj realizaciji prava u okviru člana 12. Konvencije, uključujući pravo na podršku u realizaciji poslovne sposobnosti*”. Pojašnjavajući šta termin “legal capacity” tačno znači, Komitet navodi da ovaj termin obuhvata, kako posjedovanje prava (pravnu sposobnost), tako i praktikovanje prava (poslovnu sposobnost). Komitet UN u Opštim komentarima više puta navodi da države ugovornice moraju da „*revidiraju zakone koji omogućavaju starateljstvo i da preduzmu akcije za razvijanje zakona i politika koje će zameniti režime starateljskog donošenja odluka sa režimom donošenja odluka uz podršku, a koji poštuje autonomiju, volju i želje svake osobe*”.⁴⁴

29

Reforma sistema starateljstva u Srbiji i usklađivanje nacionalnog zakonodavstva sa principima Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom ključne su za postavljanje osnova za puno ostvarivanje prava osoba sa invaliditetom,

43 Komitet je na svojoj desetoj sednici (2–13. septembra 2013.) usvojio nacрте Opštih komentara koji razrađuju normativni sadržaj prava garantovanih članovima 9 i 12 Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom (CRPD), a koji se odnose na pristupačnost i poslovnu sposobnost. Komitet je prihvatao komentare na usvojene nacрте do 31. januara 2014, a konačna verzija bi trebalo da je usvojena na zasjedanju Komiteta 14–17. aprila 2014. godine.

44 „PERSON” – Osnovna načela za reformu sistema poslovne sposobnosti, dostupno na www.mdri-s.org.

posebno osoba sa intelektualnim i psihosocijalnim teškoćama i neophodno je sa ovim procesom početi u što pre. Reforma sistema starateljstva je dugotrajan i sveobuhvatan proces u kome treba da učestvuju prvenstveno donosioci odluka, ali i praktičari, stručnjaci, organizacije civilnog društva i, najvažnije, same osobe sa invaliditetom i njihovi predstavnici.⁴⁵

Pravni propisi u Srbiji i njihova primena

Ustav Republike Srbije, u okviru *prava na pravnu ličnost* (član 37) propisuje da svaka osoba punoletstvom stiče sposobnost samostalnog odlučivanja o pravima i obavezama. Međutim, u praksi se ova garancija ne odnosi na najveći broj osoba sa invaliditetom, koje su najčešće lišene poslovne sposobnosti, odnosno mogućnosti da samostalno donose odluke o sopstvenim pravima i obavezama. Kad je poslovna sposobnost ograničena, osobe o kojima je reč, su stavljene pod jedan od dva oblika starateljstva. Ono može biti delimično, u pogledu obima odluka koje su date staratelju (na primer, u vezi sa raspolaganjem finansijama, ali ne u pogledu zdravstvene zaštite), ili u potpunosti, dajući pravo staratelju da odlučuje o svim pitanjima (tzv. *zamensko donošenje odluka*). Alternativna rešenja u međunarodnoj praksi pružaju mogućnost *podrške prilikom donošenja odluka* (gde određena osoba ili određeni organ pruža podršku), *prethodnog mišljenja* (gde osoba izlaže svoje buduće ideje, a za koje nema pravo da donosi odluke samostalno), ili *punomoćja* (gde osoba određuje drugu osobu koja će u njeno ime donositi odluke koje ona ne može).⁴⁶

Uslovi za lišavanje poslovne sposobnosti u Srbiji regulisani su Porodičnim zakonom,⁴⁷ a postupak se odvija kroz dva povezana, ali odvojena procesa: oduzimanje poslovne sposobnosti kao sudski postupak (u skladu sa *Zakonom o vanparničnom postupku*)⁴⁸ i postavljanje starateljstva od strane organa

45 Factsheet Poslovna sposobnost, www.mdri-s.org.

46 „Model zakona o razlozima i postupku ograničenja i zaštite pojedinih prava i sloboda”, Centar za unapređenje pravnih studija (CUPS), Beograd, 2012, str. 11, dostupno na www.cups.rs.

47 „Sl. glasnik RS” br. 18/2005, članovi 146. 147 i 64.

48 “Sl. glasnik SRS”, br. 25/82 i 48/88 i “Sl. glasnik RS”, br. 46/95 – dr. zakon, 18/2005 – dr. zakon, 85/2012 i 45/2013 – dr. zakon, članovi 31–44.

starateljstva kao upravni postupak (u skladu sa *Zakonom o opštem upravnom postupku*).⁴⁹ O potpunom ili delimičnom lišenju poslovne sposobnosti odlučuje sud *hitno* u vanparničnom postupku, po kriterijumu da li je punoletno lice u sposobnosti da „normalno”⁵⁰ rasuđuje da bi se samo brinulo o svojim pravima i interesima.⁵¹ Stepem sposobnosti za „normalno” rasuđivanje u praksi utvrđuju najpre veštaci. Osoba prema kojoj se vodi ovaj postupak, prema zakonu, mora biti pregledana od najmanje dva lekara odgovarajuće specijalnosti, dok se predviđa da se veštačenje vrši u prisustvu sudije, osim kada se obavlja u stacioniranoj zdravstvenoj organizaciji. Uprkos ovim odredbama praksa u Srbiji pokazuje drugačiju tendenciju: nije zabeležen nijedan slučaj da je sudija prisustvovao medicinskom pregledu, a u gotovo 84 odsto slučajeva sudija nikada nije ni video osobu koja se lišava poslovne sposobnosti. Ističe se i podatak da se od 997 obrađenih prvostepenih sudskih rešenja u tek 53 slučaja radilo o delimičnom oduzimanju poslovne sposobnosti, koje, naspram potpunog otvara mogućnost da sud na osnovu medicinskog veštačenja odredi vrstu poslova koje to lice može preduzimati samostalno pored poslova na koje je zakonom ovlašćeno.⁵² Ovakvi podaci otvaraju vrata za zagovaranje ukidanja potpunog lišavanja poslovne sposobnosti kao i promene postojećeg načina veštačenja i suđenja u ovom postupku. Zakonodavac je predvideo da, kad prestanu razlozi za lišenje poslovne sposobnosti sud treba da donese rešenje o vraćanju, ili ako se „duševno stanje” tog lica popravi, a bilo je lišeno poslovne sposobnosti u potpunosti, sud treba da izmeni ranije rešenje i odredi delimično lišenje poslovne sposobnosti.⁵³

49 „Sl. list SRJ”, br. 33/97 i 31/2001 i “Sl. glasnik RS”, br. 30/2010.

50 Određeni termini su u ovom tekstu stavljeni pod navodnike kako bismo ukazali na stereotipnu, arhaičnu i pežorativnu terminologiju koja, smatramo, ne uvažava lično dostojanstvo osoba sa invaliditetom.

51 Član 31 važećeg Zakona o vanparničnom postupku RS.

52 Beogradski centar za ljudska prava i Incijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S sprovedi su analizu preko 1000 slučajeva (997 osnovnih sudova i 68 viših sudova) lišavanja poslovne sposobnosti ili produženja roditeljskog prava u periodu između 2008. i 2010. godine. Podaci su dostupni u publikaciji „Univerzalnost prava u praksi: analiza primene Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom u odnosu na osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji”, Incijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd, 2012, dostupno na www.mdri-s.org.

53 Član 42, stav 1, Zakon o vanparničnom postupku RS.

Postupak za lišenje poslovne sposobnosti u Srbiji može se okarakterisati kao sumaran postupak u kome se ne poštuju osnovne garancije pravičnog postupka. Osobe lišene poslovne sposobnosti su jedna od najranjivijih grupa u društvu zbog socijalne isključenosti, neadekvatnih zakonskih rešenja i raširenih društvenih predrasuda. Diskriminacija je česta u postupku lišenja poslovne sposobnosti u kome se osobe sa psihičkim i intelektualnim teškoćama lišavaju većine ljudskih prava, ili se korišćenje tih prava stavlja van njihove kontrole. Značajna diskriminacija u prošlosti može biti uzrok stereotipnog zakonodavstva koje onemogućava individualnu procenu kapaciteta i potreba lica koja se lišavaju poslovne sposobnosti.⁵⁴ Osobe sa intelektualnim teškoćama su najčešće lišene poslovne sposobnosti (u 45,3 odsto slučajeva), a zatim osobe sa psihosocijalnim teškoćama, odnosno teškoćama mentalnog zdravlja (u 31 odsto slučajeva). U 99 odsto slučajeva u rešenju o lišavanju jasno je naveden tip invalidnosti, obično u formi medicinske dokumentacije, što ukazuje na činjenicu da se ove osobe lišavaju poslovne sposobnosti samo zato što imaju neki invaliditet.⁵⁵ Ovi podaci ukazuju na najrestriktivniji pristup lišavanju poslovne sposobnosti – *medicinski model*, odnosno pristup zasnovan na zahtevu za lekarskom dijagnozom mentalnog oštećenja.⁵⁶ *Pristup zasnovan na ishodu* koristi psihijatrijsku procenu, kako bi se razrešile nedoumice o samoj mogućnosti donošenja samostalnih odluka te osobe, a u cilju sprečavanja odluka (koje drugi smatraju lošim ili iracionalnim), koje mogu imati štetan uticaj po tu osobu ili druge. *Funkcionalni pristup*, najmanje restriktivan od ova tri pristupa, bazira se na određenom testiranju osobe (na primer, sposobnosti da izvrši transakciju u banci) i utvrđivanju poslovne sposobnosti zasnovane na tome da li osoba može da obavlja tu funkciju.

54 Vidi presudu Evropskog suda za ljudska prava Alajos Kiss protiv Mađarske, ECtHR, App. No.

38832/06 (2010), st. 42.

55 „Univerzalnost prava u praksi: analiza primene Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom u odnosu na osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji”, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd, 2012, str. 18–21, dostupno na www.mdri-s.org.

56 „Model zakona o razlozima i postupku ograničenja i zaštite pojedinih prava i sloboda”, Centar za unapređenje pravnih studija (CUPS), Beograd, 2012, str. 11, dostupno na www.cups.rs.

Ovakav pristup se razlikuje od gore navedenih jer ne određuje osobu kao nesposobnu.⁵⁷

Dakle, u Republici Srbiji poslovna sposobnost se može oduzeti u potpunosti, ili ograničiti u vanparničnom postupku pred sudom, pri čemu se polazi od pretpostavke da država i porodica treba da pristupe zaštiti prava i interesa osobe koja nije sposobna da sama to čini, uključujući i one koji pate od demencije i bolesti zavisnosti. Međutim, u sudskoj praksi u Srbiji je prisutna tendencija potpunog, uz retku upotrebu delimičnog oduzimanja poslovne sposobnosti, koje ima potencijal prilagođavanja širem spektru mogućnosti osoba sa invaliditetom i većoj uključenosti u društvo. Osim toga, u najvećem broju slučajeva sudija nije ostvario lični kontakt sa osobom kojoj se oduzima poslovna sposobnost te presuda nije mogla biti odgovarajuća u smislu delikatnog određivanja granica prava i sloboda osobe sa određenom vrstom invaliditeta, koji oblikuju njen ili njegov život.⁵⁸ To je u suprotnosti sa preporukama Komiteta Saveta Evrope⁵⁹, članom 12. Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom,⁶⁰ ali i stavom Evropskog suda za ljudska prava gde se insistira na obaveznom preispitivanju postojanja razloga za lišenje poslovne sposobnosti od strane suda. Uz nemogućnost raspolaganja imovinom, osobe kojima je oduzeta poslovna sposobnost dodatno su onemogućene da artikulišu i šire poruke kao relevantni akteri u tom procesu, čiji bi glas trebalo da se čuje. To neretko vodi ka institucionalizaciji, odnosno provođenju ostatka života pod nadzorom i vođenjem u sistemu socijalne zaštite.⁶¹ Više od polovine (57 odsto) svih osoba lišenih poslovne sposobnosti nekad u svom životu ili tokom procesa

33

57 Ibid.

58 „Zapošljavanje osoba sa invaliditetom u Srbiji – Izveštaj za 2011”, Centar za orijentaciju društva (COD) i Beogradski centar za ljudska prava, Beograd 2012, strane 34–44, dostupno na www.cod.rs.

59 *Preporuka Komiteta ministara Saveta Evrope br R(99)48 o načelima koja se tiču pravne zaštite punoletnih osoba umanjene sposobnosti* predviđa jasne odrednice o principima njihove pravne zaštite u ovakvom postupku. Izvor: Ljudska prava u Srbiji 2011: pravo praksa i međunarodno standardi ljudskih prava, Beogradski centar za ljudska prava, 2012, dostupno na www.bgcentar.org.rs.

60 U tom smislu je značajan stav 4. člana 12. Konvencije koji glasi: „Države strane ugovornice će obezbediti da se svim merama koje se odnose na ostvarivanje poslovne sposobnosti pruže odgovarajuće i efikasne garancije radi sprečavanja zloupotrebe shodno međunarodnom pravu koje se odnosi na ljudska prava (...) Garancije će biti proporcionalne stepenu u kojem takve mere utiču na prava i interese osobe na koju se odnose”.

61 Ibid, str. 35.

bilo je smešteno u neku od institucija, od čega ih je 4 odsto hospitalizovano (institucionalizovano) prisilno.⁶² Naime, osoba lišena poslovne sposobnosti može biti doživotno smeštena u ustanovu socijalne zaštite bez svoje saglasnosti i bez mogućnosti žalbe.⁶³ Tokom vremena postalo je jasno da ovaj proces ne doprinosi dovoljno jednakom učešću u društvu osoba sa invaliditetom, i da bi razvijanje sistema usluga utemeljenih u zajednici trebalo da bude sprovedeno paralelno sa zatvaranjem rezidencijalnih ustanova zaštite. Međutim proces deinstitutionalizacije u Srbiji nije u predviđenoj meri odmakao, pa i dalje postoji veliki broj korisnika smeštenih u ovim institucijama.

Praksa lišavanja poslovne sposobnosti se, u trenutku pisanja ovog priloga, nije u mnogome promenila (što potvrđuje praksa pravnog zastupanja osoba sa intelektualnim i mentalnim invaliditetom) u odnosu na stanje iz istraživanja Beogradskog centra za ljudska prava i Inicijative za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI s kraja 2011. godine, koje je pokazalo da licima lišenih poslovne sposobnosti u većini slučajeva nije bilo obezbeđeno fer i pravično suđenje.⁶⁴ *Evropski sud za ljudska prava naglašava neophodnost da sud, u postupku lišenja poslovne sposobnosti, sasluša lice u pitanju i da je od presudne važnosti da makar uspostavi kratak vizuelni kontakt sa njim.*⁶⁵ Veliki procenat predmeta u kojima se staralac ili zastupnik osobe nije protivio predlogu lišenja takođe ukazuje na nedelotvornost pravnog zastupanja, a što se može dovesti u vezu sa činjenicom da je u 28 odsto slučajeva organ starateljstva, u ovom slučaju to su centri za socijalni rad, imao dvostruku ulogu – kao podnosilac predloga i kao staralac osobe. Evropski sud za ljudska prava je povodom korišćenja prava zajemčenih Konvencijom uspostavio standard da Konvencija ne štiti prava koja su formalna i iluzorna već praktična i delo-

62 „Univerzalnost prava u praksi: analiza primene Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom u odnosu na osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji”, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd, 2012, dostupno na www.mdri-s.org.

63 „Pravo da donesem odluku – pitanje lišavanja poslovne sposobnosti osoba sa invaliditetom u Srbiji i preporuke za dalji rad na usklađivanju domaćeg zakonodavstva i prakse sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, VelikiMali, Pančevo, 2010, str. 4.

64 Kompletно istraživanje je dostupno u publikaciji „Univerzalnost prava u praksi: analiza primene Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom u odnosu na osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji”, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd, 2012, dostupno na www.mdri-s.org

65 Videti predmet *Shtrukturov protiv Rusije*, ECHR, App. No. 44009/05 (2008), st. 73.

tvorna. U tom smislu treba posmatrati i činjenicu da je većina osoba kojima je oduzeta poslovna sposobnost imala privremenog staratelja, ali da su se oni u izuzetno malom broju slučajeva protivili predlogu za lišavanje. Neravno-pravan položaj predlagača i protivnika predlagača, takođe ukazuje na odsustvo tzv. jednakosti oružja (equality of arms) između stranaka u postupku. U kontekstu građanskog postupka ESLJP je zaključio da jednakost sredstava nalaže da se svakoj strani mora dati razumna mogućnost da predstavi svoj slučaj, uključujući i dokaze, pod uslovima koji je ne stavljaju u značajnije nepovoljniji položaj naspram druge strane.⁶⁶ Takođe su i obrazloženja odluka neprecizna, u pojedinim slučajevima nejasno je na osnovu kojih činjenica sud izvodi zaključak o nesposobnosti osobe da brine o svojim ili tuđim pravima i interesima, sem na osnovu dijagnoze. Često se u nalazima sudskih veštaka navode lične karakteristike osoba koje ni na koji način ne mogu predstavljati osnov za lišenje poslovne sposobnosti, a s druge strane, retko se navode specifični primeri iz kojih se može videti uzročno-posledična veza između ponašanja osobe i njenog ugrožavanja sopstvenih i/ili tuđih prava i interesa. U tom smislu, uloga veštaka u ovom procesu prilično je problematična, jer se čini da u većem broju slučajeva oni izlaze iz okvira svojih ovlašćenja, te, sem nalaza i mišljenja „o duševnom stanju i sposobnosti lica za rasuđivanje” donose zaključke o poslovnoj sposobnosti osobe.⁶⁷ Navedeni nalazi pokreću mnoga pitanja o problemu inkluzije, obrazovanja i deinstitucionalizacije. Očigledno je da oni koji učestvuju u sastavljanju ovih rešenja u većini slučajeva nisu dovoljno senzibilisani, nemaju dovoljno volje da prepoznaju kompleksnost situacije u kojima se ove osobe nalaze, odnosno da procene sve efekte lišavanja poslovne sposobnosti. Još manje postoji razumevanje mogućnosti razvijanja ličnosti ljudi, bilo od strane sudija, ili specijalista – psihologa i psihijatara.⁶⁸

66 Predmet *Dombo Beheer B. V. protiv Holandije*, ECtHR, App. No. 14448/88 (1993), st. 33.

67 Uvidom u obrazloženja sudskih rešenja primetno je da se karakterističan prikaz osobe, umesto njene osobenosti, bazira na nabranju elemenata koji pomažu argumentaciji za razvrstavanje, odnosno svrstavanje pojedinačnog slučaja u određenu kategoriju. Izvor: „Zapošljavanje osoba sa invaliditetom u Srbiji – Izveštaj za 2011”, Centar za orijentaciju društva (COD) i Beogradski centar za ljudska prava, Beograd 2012, dostupno na www.cod.rs.

68 Ibid.

Strateški okvir i ispunjavanje međunarodnih obaveza

*Strategija za prevenciju i zaštitu od diskriminacije u Srbiji za period 2013–2018. godine,*⁶⁹ kao posebnu grupu u okviru osoba sa invaliditetom izdvaja osobe sa intelektualnim teškoćama. One se dodatno sreću sa specifičnim problemima, navodi se u ovom dokumentu, na primer, sa lišavanjem poslovne sposobnosti (i posledicama donošenja takve odluke) i smeštanjem u određene ustanove koje je često doživotno. Istraživanja pokazuju da čak 55 odsto osoba sa intelektualnim teškoćama u institucijama boravi duže od deset godina. Jedna od mera (mera 7) radi realizacije opšteg cilja Strategije, koja se odnosi na sprečavanje i smanjenje diskriminacije osoba sa invaliditetom glasi: „*Pri lišavanju poslovne sposobnosti osoba sa intelektualnim invaliditetom, obezbediti postupanje u skladu sa stavovima iskazanim u presudama Evropskog suda za ljudska prava (obezbediti ostvarivanje prava na saslušanje, prava na pristup sudu, prava na pravično suđenje i dr.) i unaprediti rad centara za socijalni rad u vezi sa njihovom ulogom u primeni instituta lišavanja poslovne sposobnosti.*”⁷⁰

U kontekstu rada i zapošljavanja, odnosno reperkusija koje na ovu oblast ima lišavanje poslovne sposobnosti za osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, u Strategiji se navodi da je potrebno obezbediti uslove za sprečavanje diskriminacije osoba sa invaliditetom u oblasti rada i zapošljavanja, kako u javnom, tako i u privatnom sektoru, naročito u pogledu sprečavanja različitog tretmana u odnosu na druga zaposlena lica usled njihovog ličnog svojstva. Obezbediti doslednu i potpunu primenu (sprovođenje) Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, kaže se u Strategiji, a izmenom Zakona, obezbediti osobama sa invaliditetom zapošljavanje na „otvorenom” tržištu. U pogledu ličnog statusa, Strategija nalaže da treba izvršiti zakonodavnu reformu u oblasti lišavanja poslovne sposobnosti osoba sa invaliditetom i obezbediti alternativna rešenja koja se odnose na njihov lični status, kao i obezbediti uslove da porodično okruženje bude primarno i najbolje rešenje za osobu sa invaliditetom uz snažnu podršku procesu njihove deinstitucionalizacije i kontinuirani razvoj, unapređivanje i obožavanje podrške porodicama dece sa invaliditetom i smetnjama u razvoju.⁷¹

69 „Sl. glasnik RS” br. 60/2013.

70 Ibid, strana 52.

71 Ibid, str. 53–54.

Simptomatično je da se Strategija za unapređenje položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji za period 2007–2015, samo u jednoj tački odnosi na poslovnu sposobnost i to u okviru posebnog cilja 16 Strategije,⁷² merom 16.7 koja nalaže „*stvaranje zakonskih okvira za upravljanje nasleđstvom, zadužbinama, legatima, koje porodice ostavljaju osobama sa invaliditetom lišenim poslovne sposobnosti, kako bi se sprečilo smeštanje ovih osoba u ustanove nakon smrti roditelja ili staratelja*”.⁷³

Ukupan broj osoba koje su lišene poslovne sposobnosti u Srbiji nije dostupan. Podaci pokazuju da je broj osoba pod starateljstvom u 2011. godini uvećan čak za trećinu u odnosu na podatke iz prethodne godine (11.212 odraslih i 4083 starih osoba u odnosu na 8672 odraslih i 3049 starijih osoba u 2010. godini). Izveštaj o radu Centara za socijalni rad u Srbiji⁷⁴ navodi da je 3778 osoba potpuno lišeno poslovne sposobnosti tokom 2011. godine, iako su podaci prikupljeni za samo manji broj odraslih korisnika pod starateljstvom, odnosno za četvrtinu od navedenog broja. Logična pretpostavka je da je broj osoba lišenih poslovne sposobnosti mnogo veći. Iako to zakon dozvoljava, slučajeva delimičnog lišavanja nije bilo.

U skladu sa članom 35, stav 1. Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom Republika Srbija se obavezala da Komitetu za prava osoba sa invaliditetom dostavlja izveštaje o merama preduzetim u cilju izvršavanja obaveza iz Konvencije, čime se daje pregled mera koje je država preduzela da bi usaglasila nacionalni zakon i politiku sa odredbama Konvencije, rezultate i probleme i nedostatke u pristupu sprovođenja preduzetih obaveza. U Inicijalnom izveštaju o primeni Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji koga je Vlada sastavila 2012, posebno se kritikuju odredbe nacionalnog zakonodavstva koje regulišu lišavanje poslovne sposobnosti i preduzimanje mera starateljske zaštite.⁷⁵ Za sistem se navodi da je prevaziđen i da ga treba uskladiti sa odredbama i obavezama preuzetim Konvencijom. Konsta-

72 Posebno cilj 16 glasi: „*Obezbediti svim osobama sa invaliditetom socijalnu sigurnost i puno i nesmetano uživanje tog prava*”. Ovde je vidljiv prevaziđeni pristup pravima osoba sa invaliditetom sa aspekta socijalne zaštite, a ne sa aspekta ljudskih prava.

73 „Sl. glasnik RS” br. 1/2007.

74 Izveštaj o radu Centara za socijalni rad u Srbiji u 2011. godini, Republički zavod za socijalnu zaštitu, jul 2012.

75 „Ljudska prava u Srbiji 2012” – izveštaj o stanju ljudskih prava, Beogradski centar za ljudska prava, Beograd, strane 81–87, dostupno na www.bgcentar.rs.

tuje se da je starateljstvo nad osobama lišenih poslovne sposobnosti u Republici Srbiji regulisano zakonima koji nisu značajno menjani već godinama, a da je većina ovih propisa doneta u periodu kad su osobe sa invaliditetom bile isključene iz društva.⁷⁶

Aktuelne izmene propisa u Srbiji

Dopunom Zakona o vanparničnom postupku od 31. avgusta 2012, kao i u Predlogu Zakona o imenama i dopunama Zakona o vanparničnom postupku, koji podnosi zaštitnik građana i koji je u skupštinskoj proceduri od 19. aprila 2013, nisu vršene intervencije u ovoj oblasti.⁷⁷ Na sajtu Ministarstva pravde i državne uprave⁷⁸ se, međutim, može videti nacrt Zakona o izmenama i dopunama koji menja odredbe postojećeg Zakona o vanparničnom postupku u vezi sa ograničavanjem poslovne sposobnosti. To je radni tekst od 27.6.2013. (Nacrt iz 2013.) koji je restriktivniji u odnosu na još jedan nacrt koga je predstavila, u oktobru 2012, radna grupa pri Ministarstvu pravde i državne uprave, a koji se može naći na posebnoj adresi arhive ovog sajta (Nacrt iz 2012).⁷⁹ Dakle, taj Nacrt zakona o izmenama i dopunama Zakona o vanparničnom postupku s kraja 2012. je pretrpeo određene izmene (restrikcije), ali, nažalost, i pored značajno boljih rešenja aktuelne radne verzije zakona u odnosu na važeći, može se reći, potpuno prevaziđeni Zakon o vanparničnom postupku, ovaj predlog suštinski ne ispunjava obaveze države prema članu 12. Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. *Naime, ovaj*

38

76 Na neophodnost izmene zakona kojima se uređuje oduzimanje poslovne sposobnosti, u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom ukazao je svojevremeno i Tomas Hamarberg, tadašnji komesar Saveta Evrope za ljudska prava. U istom kontekstu, Evropski sud za ljudska prava je prethodno u presudi *Salontaj-Drobnjak protiv Srbije* ustanovio niz propusta državnih organa i nedostataka domaćeg zakonodavstva koje reguliše postupak lišenja poslovne sposobnosti – <http://www.helsinki.org.rs/hrlawyers/doc/Presuda%20ECHR.pdf>.

77 Već samo u vezi sa postupkom utvrđivanja činjenice mesta i rođenja. Dostupno na internet sajtu Narodne skupštine na www.parlament.gov.rs.

78 www.mpravde.gov.rs – Zakonodavstvo, Radne verzije propisa, *Radna verzija Zakona o izmenama i dopunama zakona o vanparničnom postupku*.

79 Zakonodavna aktivnost, *Radna verzija Zakona o izmenama i dopunama zakona o vanparničnom postupku* – www.arhiva.mpravde.gov.rs.

*nacrt zakona ne ukida institut potpunog lišavanja poslovne sposobnosti, što je direktna preporuka na osnovu Konvencije i dostignutih standarda. Takođe, ovaj nacrt ne omogućava sprečavanje sukoba interesa u postupku, kao ni ograničeno trajanje mere i njeno svođenje na najkraće moguće trajanje,*⁸⁰ što su obaveze preuzeta usvajanjem Konvencije.⁸¹ Tako, uprkos obavezi Republike Srbije da osobama sa invaliditetom prizna uživanje poslovne sposobnosti na ravnopravnoj osnovi sa drugima u svim aspektima života, zadržan je pristup koji se zasniva na ograničenju prava bez uvođenja mehanizama koji bi osobama sa invaliditetom obezbedili podršku pri donošenju odluka o pitanjima koja utiču na njihov život.

Aktuelni Nacrt zakona uvodi obavezan period preispitivanja odluke o lišavanju poslovne sposobnosti (period proveravanja), koji mora biti izrečen u rešenju o lišavanju poslovne sposobnosti, i koji može trajati i produžiti se svaki put nakon provere na najviše tri godine. Međutim, on „ide nekoliko koraka unazad” uvodeći i novi standard na štetu osoba sa invaliditetom, jer se nakon isteka perioda provere delimična poslovna sposobnost može „preinačiti” u potpunu. U pogledu terminologije primećuje se da je uveden termin mentalno zdravlje umesto duševno stanje, a u skladu sa *Strategijom razvoja zaštite mentalnog zdravlja*⁸² i posebnim *Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama*⁸³, ali da je isto tako izbegnut termin ograničenje umesto lišavanje poslovne sposobnosti, jer bi to u najmanju ruku značilo određene promene u porodičnom zakonu koji definiše ovaj institut.

39

U obrazloženju Nacrta iz 2013,⁸⁴ Ministarstvo smatra „da su ovakvim predlogom pravila ovog postupka modifikovana tako da lice koje se lišava potpuno ili delimično poslovne sposobnosti može da se u postupku izjašnjava i izrazi sopstveno mišljenje u skladu sa svojim očuvanim mentalnim kapacitetom, da se u ovom postupku poštuju dostojanstvo, privatnost i prava

80 Stav 4. člana 12. Konvencije; Nacrt iz 2012. vremenski ograničava trajanje, čini se, nevestom odredbom da „Vremensko trajanje mere ograničenja poslovne sposobnosti ne može biti neograničeno”.

81 Verzija teksta iz 2012. je sadržala odredbu koja se odnosi na sprečavanje sukoba interesa (član 33a stav 3): „Organ starateljstva koji je pokrenuo postupak za ograničavanje poslovne sposobnosti ne može zastupati u postupku lice prema kome se postupak vodi.”

82 „Sl. glasnik RS”, br. 8/2007.

83 „Sl. glasnik RS”, br. 45/2013.

84 www.mpravde.gov.rs (Zakonodavstvo – Radne verzije propisa).

lica prema kome se postupak vodi, uzima u obzir da postoje “različiti stepeni nesposobnosti”, da se „stepen nesposobnosti” može vremenom i menjati i iz tog razloga je predviđen i postupak za preispitivanje i postupak za vraćanje poslovne sposobnosti pre nego što istekne vreme proveravanja, ako se utvrdi da više ne postoje razlozi zbog kojih je lice lišeno poslovne sposobnosti”. Iako bi, nesumnjivo mogao doneti izvesni napredak, suštinski ovaj predlog ne odstupa od opšteg lišavanja mogućnosti donošenja pravnih odluka kao pravila i prevaziđenog medicinskog pristupa invalidnosti i stavljanju akcenta na nesposobnosti pojedinca, umesto na sposobnosti i stepen podrške koji je pojedincu potreban.

U odluci suda o lišenju poslovne sposobnosti mora biti određeno i vremensko trajanje izrečene mere, ali isto tako sud mora odrediti i period kad će ponovo organ starateljstva proveriti, da li i dalje postoje razlozi za izrečenu meru ograničenja poslovne sposobnosti. Nakon perioda provere, sud *ex officio* utvrđuje postojanje razloga za „zadržavanje” poslovne sposobnosti, promene stepena lišavanja ili ukidanje. U rešenju kojim je utvrdio da ne postoje uslovi za vraćanje poslovne sposobnosti sud određuje rok u kome će se proveriti da li postoje razlozi za dalje trajanje izrečene mere, a koji, kao što je navedeno, ne može biti duži od tri godine.⁸⁵ Rok za privremeno smeštanje u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu je skraćen sa tri meseca na 30 dana, a Nacrt uvodi i rok za žalbu od osam dana i definiše obavezu drugostepenog suda da odluči po žalbi u roku od osam dana od njenog prijema. Takođe, Nacrt iz 2013, uvodi obavezu da se osoba koja se nalazi u zdravstvenoj ustanovi sasluša u toj ustanovi, gde se u tom slučaju formalno i faktički održava ročište.

Postojeći predlog zakona, iako pokazuje izvestan napredak, ne uvodi jače procesne garancije osobama prema kojima se postupak vodi (nije predviđena obaveza saslušanja osobe u pitanju od strane sudije, ili bar obavezan pokušaj saslušanja lica o čijoj poslovnoj sposobnosti se odlučuje,⁸⁶ odnosno predviđen izuzetak od pravila da se lice sasluša, obavezna besplatna pravna pomoć itd). Predlog da sud određuje vrstu poslova koje osoba u pitanju *ne bi mogla* samostalno da obavlja u konkretnom slučaju, što je bio predlog Nacrta iz 2012, ipak je zamenjen ranijim restriktivnim rešenjem da sud određuje krug

85 Član 17 Nacrta.

86 U Nacrtu zakona koji je bio dostupan na sajtu krajem 2012. godine, nije korišćena reč obaveza (saslušanja), ali je jača garancija pružena postavljanjem nesaslušavanja kao izuzetka od pravila (čl. 36 stav 1).

pravnih poslova koji se *mog*u samostalno obavljati pored poslova na koje je „zakonom ovlašćeno”, s razlikom što sada u zakonu stoji imperativ sudu da to uradi.⁸⁷ Osim toga, znatno liberalniji Nacrt iz 2012⁸⁸, predviđa ograničenje poslovne sposobnosti na određeno vreme, što je u skladu sa preporukama Saveta Evrope i Konvencijom, dok aktuelna, radna verzija zakona ovo pitanje naizgled „rešava” periodom provere.

Zaključak i preporuke

Značajnijih promena tokom 2013. godine nije bilo u vezi sa problemima faktičkog lišavanja slobode pojedinih osoba (prvenstveno osoba sa mentalnim teškoćama koje se nalaze u ustanovama socijalne zaštite) ili zadržavanja u psihijatrijskim bolnicama.

Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama predviđa da lice koje se zadržava u psihijatrijskoj ustanovi može izjaviti žalbu bez obzira na stanje svog mentalnog zdravlja. Isto važi i za podnošenje zahteva za otpust pre isteka roka određenog za zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi. U ovom pogledu, odredbe ovog zakona su u skladu sa stavovima Evropskog suda za ljudska prava, koji insistira na tome da svako mora imati pravo da pokrene postupke za zaštitu fundamentalnih prava, kakvo je pravo na slobodu i bezbednost ličnosti, i to bez obzira na zdravstveno stanje.

41

Preporuke opštijeg tipa Beogradskog centra za ljudska prava i MDRI, kojima se pridružuje i Komitet pravnika za ljudska prava – YUCOM, su prestanak sa institucionalizacijom, tj. lišenjem slobode osoba lišenih poslovne sposobnosti bez njihove saglasnosti, a na osnovu saglasnosti zakonskog statelja, kao i omogućavanje ovim osobama pristupa sudu, koji bi odlučivao o opravdanosti njihovog smeštaja u instituciju u skladu s odredbama o prinudnoj hospitalizaciji. Takođe, potrebno je omogućiti osobama sa psihosocijalnim i intelektualnim teškoćama život u zajednici ili u manje restriktivnom okruženju, kao i onemogućavanje faktičkog lišavanja slobode osoba koje se nalaze u ustanovama socijalne zaštite, jer za to ne postoji pravni osnov.

87 U odredbi stava 2. člana 42. važećeg zakona stoji da sud *može* da odredi vrstu poslova, što je stvaralo značajnu pravnu nesigurnost i arbitrarnost

88 Ovaj nacrt (član 31. stav 3), propisuje i obavezu poštovanja dostojanstva osobe o čijem se statusu odlučuje, što je u skladu sa praksom modernih zakona.

Važno je, takođe, ukinuti institut potpunog lišenja poslovne sposobnosti, a ukoliko u državi i društvu ne postoji konsenzus da se uvede neki od liberalnijih modela, kao što je *donošnje odluka uz podršku*, važno je u sistemu zamenskog (starateljskog) odlučivanja prilagoditi system, kako bi u znatno većoj meri bila zaštićena prava osoba sa invaliditetom. U ovom slučaju, bilo bi primerenije koristiti izraz *ograničenje* (umesto lišavanje) mogućnosti (prava) na raspolaganje pravima i obavezama, koji je mnogo više u skladu sa suštinom ovog instituta i urođenim ljudskim pravima koja su mahom apsolutna, a u posebno opravdanim i retkim izuzecima mogu biti ograničena. Neophodno je, takođe, omogućiti „jednakost oružja” između osobe koja se lišava poslovne sposobnosti i predlagača, što bi se moglo obezbediti, najpre adekvatnom pravnom pomoći svim osobama protiv kojih se vodi postupak (najpre kroz institut obavezne besplatne pravne pomoći u ovim postupcima)⁸⁹ i kroz imperativ saslušanja (uz restriktivne izuzetke) osobe o čijoj poslovnoj sposobnosti se odlučuje (ili bar pokušati sprovođenje saslušanja uz pomoć osobe od poverenja). U tom smislu, trebalo bi omogućiti protivniku predlagača, tj. zastupniku osobe u pitanju da osporava nalaze veštaka, kao i zakonski omogućiti osobi čiji status se rešava da aktivno učestvuje u postupku.⁹⁰ Takođe, neophodno je eksplicitno sprečiti konflikt interesa, tj. situaciju u kojoj je predlagač (centar za socijalni rad) istovremeno privremeni staratelj lica o čijoj poslovnoj sposobnosti se odlučuje.⁹¹ U slučaju zadržavanja sistema sa ograničavanjem mogućnosti (prava) na raspolaganje pravima i obavezama, ograničavanje bi moralo da se u praksi svede na najkraći period trajanja i da se to eksplicitno definiše u zakonu. U vezi sa veštačenjem, trebalo bi obezbediti jaču garanciju stručnosti i nepristrasnosti nalaza mišljenja veštaka, i bliže definisanje predmeta ovog veštačenja u samom zakonu. Takođe, obrazloženje restrikcija u sudskoj odluci bi moralo da bude jasno, da se odnosi na jasne radnje u kojima se ograničenje uvodi i prirodu ograničenja. Neophodno

89 Imajući u vidu da sva dosadašnja istraživanja pokazuju veoma loše ekonomsko/materijalno stanje osoba sa intelektualnim i mentalnim smetnjama.

90 U tom smislu Nacrt iz 2013. propisuje u članu 10. da „*Sud uvažava mišljenje i stavove lica prema kome se postupak vodi, u meri u kojoj je to moguće s obzirom na stanje njegovog mentalnog zdravlja*”. Nacrt iz 2012. uvodi znatno eksplicitniju i time jaču procesnu garanciju u odredbama člana 33a.

91 Ovakva odredba stoji u Nacrtu iz 2012. U članu 33a, stav 3. je bilo predviđeno da: „*Organ starateljstva koji je pokrenuo postupak za ograničavanje poslovne sposobnosti ne može zastupati u postupku lice prema kome se postupak vodi*”.

je potom utvrditi obavezno periodično sudske preispitivanje odluke o lišenju poslovne sposobnosti,⁹² ali i obavezu izveštavanja suda o promenama od kojih bi mogao da zavisi status osobe u pitanju.⁹³ Preporuka je i da se u praksi zaista pokreću postupci za vraćanje poslovne sposobnosti po službenoj dužnosti i da se uvek postupa po predlogu za vraćanje poslovne sposobnosti koji podnese lice lišeno poslovne sposobnosti i/ili njegov staratelj.

Sve navedene normativne izmene neohodno je sprovesti u najkraćem roku, a paralelno bi trebalo da se obezbedi proces permanentne obuke i senzibilisanja sudija za postupanje u ovim predmetima, u čemu bi glavnu ulogu mogla imati Pravosudna akademija. Ovo, s obzirom na to da, po svemu sudeći, društvo i država još uvek ostaju pri sistemu sudskog ograničavanja mogućnosti raspolaganja pravima i obavezama, naspram podrške u donošenju odluka kao organizovane usluge, a koja postoji u nekim razvijenijim sistemima.

92 Radna verzija Zakona o izmenama i dopunama Zakona o vanparničnom postupku, kao što je navedeno ne ukida institut potpunog lišavanja poslovne sposobnosti, iako uvodi obavezu periodičnog preispitivanja sudske odluke o lišavanju.

93 Na primer, na način kao što je to predloženo u Nacrtu iz 2012 (članovi 41a i 41 b).

Psihijatrijske bolnice u Srbiji: Rezime

U Srbiji ima pet specijalnih psihijatrijskih bolnica, ukupnog kapaciteta oko 3000 kreveta: Specijalna psihijatrijska bolnica /SPB/ „Gornja Toponica” u Nišu (oko 800 kreveta), SPB „Dr. S. Bakalović” u Vršcu (oko 800 kreveta), SPB „Sveti Vrači” u Novom Kneževcu (oko 350 kreveta), SPB „Kovin” (900) i Institut za psihijatriju „Dr L. Lazarević” sa isturenim odeljenjem u Padinskoj Skeli (350 kreveta), koje funkcioniše poput azila. Ima još i deset klinika i instituta, i 30 psihijatrijskih odeljenja u opštim bolnicama. Premda su sve ove institucije predmet našeg interesovanja, tokom poslednjih nekoliko godina smo ipak bili najviše preokupirani sprečavanjem torture i nehumanog postupanja u specijalnim bolnicama.

44

Organizacije (poput Helsinškog odbora ili CPT), kao i Nacionalni preventivni mehanizam, objavile su mnoge izveštaje o stanju u ovim ustanovama, a te izveštaje su preneli domaći i međunarodni mediji. Može se reći da se situacija u ovim bolnicama zaista popravila u poslednjih deset godina – smanjeni su i broj kreveta i prosečno trajanje hospitalizacije. Mnoge zgrade i objekti su renovirani, a i pokrenuti su i neki programi psihosocijalne rehabilitacije.

Međutim, svih ovih pet bolnica i dalje funkcionišu poput azila: izolovane su od urbanih sredina, lokacije su im ogromni paviljoni poput zdanja, svaka soba ima veliki broj kreveta, okružene su ogradama sa bezbednosnim sistemima koji su ponekad i neophodni, pacijenti većinu vremena u njima provode ništa ne radeći, tretman se zasniva na medikamentizaciji, i nema razvijenih programa rehabilitacije, resocijalizacije, itd. Određeni broj pacijenata ovih bolnica i dalje u njima boravi godinama. Za veliki broj njih nema jasnih medicinski opravdanih razloga za tako prolongiranu hospitalizaciju: tokom monitoringa (u periodu 2011–2014) uočili smo (na osnovu podataka koje smo prikupili intervjujujući pacijente i osoblje, kao i pregledom medicinske i pravne dokumentacije) da za čak 30–40 odsto od ukupnog broja pacijenata

nema medicinskih indikacija za hospitalizaciju, i da bi svi oni mogli biti otpušteni ukoliko bi im se obezbedili siguran smeštaj i finansijska podrška. Velike, zatvorene ustanove uvek sa sobom nose rizik povrede ljudskih prava i/ili torture; premda su slučajevi otvorenog maltretiranja relativno retki, bili smo svedoci nehumanog, degradirajućeg i ponižavajućeg odnosa prema pacijentima⁹⁴. Ovu činjenicu treba sagledati iz ugla prirode mentalnih poremećaja i prirode samog sistema psihijatrijskih ustanova.

Teški mentalni poremećaji su uglavnom hronična stanja koja pogađaju ne samo pacijente, već i njihove porodice i zajednicu: javljaju se početkom zrelijeg doba pacijenata (15–25 godina) i obično su promenljivog toka, sa pogoršanjima i remisijama, koje su češće tokom prvih godina. To znači da će u našem sistemu psihijatrijske zaštite tokom ovog ranog stadijuma bolesti osoba biti hospitalizovana nekoliko puta tokom nekoliko godina – i to najčešće u psihijatrijskim odeljenjima opštih bolnica ili u klinikama i institutima (drugim rečima, još uvek u okviru svoje zajednice). No, kako na tok bolesti snažno utiču društveni faktori, veći su izgledi da će se pojedinci sa nedovoljnom društvenom podrškom (bez porodica ili bez porodične podrške, bez sigurnih prihoda, bez imovine) naći u specijalnim psihijatrijskim bolnicama, podvrgnuti dugotrajnoj hospitalizaciji (duže od deset godina), ili prebačeni u ustanove socijalne zaštite, koje se smatraju stalnim boravištem i u kojima će verovatno provesti ostatak života. Posledica toga je da u ovom trenutku nekoliko hiljada osoba sa teškim mentalnim poremećajima žive u ustanovama socijalne zaštite (što stalno treba imati u vidu kad se govori o reformi zaštite

94 Neki dehumanizujući postupci u bolnicama su deo svakodnevnice. Na primer, pacijenti su obavezni da nose pidžame tokom dana, nije im dozvoljeno da napuštaju zgradu tokom noći, gotovo da se i ne poštuje njihova intima (što je očito u grupnom tuširanju), ponekad se i vezivanje koristi kao oblik kažnjavanja, itd.

mentalnog zdravlja). Tu se jasno očitije povezanost „ludila” i siromaštva, kako je to profesor Bazalja (Basaglia) davno objašnjavao u svojim brojnim, argumentovanim radovima koji su poslužili kao teoretska osnova za razvoj centara mentalnog zdravlja u okviru zajednice, ne samo u Trstu i drugim gradovima u Italiji, već izvršili snažan uticaj na profesionalne krugove širom sveta.

Ni nakon decenija naučnog istraživanja još uvek ne znamo šta je uzrok teških mentalnih oboljenja. Veoma uticajna „biološka paradigma” koja šizofreniju i druge mentalne poremećaje tumači kao bolesti mozga, podstakla je razvoj farmakoloških terapija koje su naizgled promenile metode lečenja, ali nisu dale odgovor o mehanizmima „bolesti”. S druge strane, jasno je da lekovi, sami po sebi, ne mogu rešiti sve probleme i da je potrebno hitno se suočiti sa posledicama oboljenja, koje podrazumevaju destrukciju profesionalnog, društvenog i porodičnog života, onesposobljenost, stigmatizaciju i diskriminaciju.

Umesto stalne hospitalizacije i potpunog nedostatka bilo kakve brige o mentalnom zdravlju u okvirima zajednice, postoje različiti oblici usluga koje bi mogle promeniti tok mentalnih poremećaja kod većine osoba koje pogađaju. Niko o pacijentima ne vodi računa nakon njihovog izlaska iz bolnice: nema centara u okviru zajednice kojima se oni mogu obratiti za savet ili dalje lečenje, nema organizovanih kućnih poseta. Pacijenti veoma često, nakon izlaska iz bolnice, jednostavno prestaju da uzimaju lekove, vremenom postaju sve anksiozniji i javljaju se novi simptomi koji će ponovo rezultirati hospitalizacijom. Takođe je potrebno raditi sa porodicama – koje su retko u stanju da izađu na kraj sa svojim članovima sa teškim psihotičkim poremećajima; potrebna je i pravna podrška za poštovanje njihovih prava na rad, roditeljstvo, vlasništvo, ali i za društvenu integraciju, kulturne aktivnosti, itd.

Sve više naučne literature ukazuje na to da aktivna psihosocijalna reakcija u okvirima zajednice i njenog angažmana, može usporiti tok bolesti i značajno poboljšati kvalitet života obolelih. Ali, sve je to nespojivo sa lečenjem u zatvorenim institucijama, koje se uglavnom zasniva na medikaciji i jednostavnom „zadržavanju” pacijenata (što se objašnjava ili bezbednosnim razlozima ili onim društvene prirode). I – što je još važnije – kod nas još uvek ne postoje alternativni načini lečenja u otvorenim ustanovama u okviru zajednice, pa čak ni kada su u pitanje imućni pojedinci i aktivne porodice, spremne da se posvete poboljšanju stanja svojih članova.

Zbog toga još uvek imamo velike psihijatrijske bolnice koje liče na azile i nalaze sa na samom „dnu” sistema psihijatrijske zaštite. No, nemoguće je

razumeti te bolnice i promeniti ih, bez razumevanja (i promene) čitavog sistema. Ustvari, mi smo u svim tim bolnicama susretali visoko kvalifikovane i predane profesionalce koji su mnogo puta pokušavali da humanizuju bolničko lečenje, ali nisu u tome imali odgovarajuću sistemsku podršku.

Zašto su reforme tako spore?

Prvi pokušaj da se reformiše sistem psihijatrijske zaštite učinjen je 2003. godine kad je osnovan prvi Nacionalni komitet za mentalno zdravlje i kad se Srbija priključila projektu mentalnog zdravlja Pakta stabilnosti. U okviru ovog projekta utvrđeni su politika zaštite mentalnog zdravlja i akcioni plan (usvojeni u januaru 2007), i sačinjen prvi nacrt zakona o zaštiti mentalnog zdravlja – ali ne i usvojen. Zakon o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima usvojen je u decembru 2012, ali bez odredbi koje bi omogućile transformaciju usluga i razvoj centara za mentalno zdravlje u okviru zajednice.

U okviru tog projekta i u skladu sa akcionim planom, 2005, je u opštini Medijana u Nišu osnovan prvi, „pilot” centar za zaštitu mentalnog zdravlja. Nakon štrajka glađu u bolnici i zbog nedostatka bilo kakve podrške Ministarstva zdravlja, centar je rasformiran 2008. godine. Čak i u te tri kratke godine njegovog postojanja bili smo u mogućnosti da prikupimo podatke o prednostima koje je pružao pacijentima: broj hospitalizacija, kao i dana provedenih u bolnici, prepolovljen je za oko 100 njegovih korisnika. Ova „neugodna okolnost” je verovatno jedan od razloga što Ministarstvo zdravlja nikad, ustvari, nije podržalo akcioni plan usvojen 2007; nije ustanovljen zakonski okvir za druge slične centre, a profesionalci u okviru psihijatrijskog sistema, koji su pokrenuli promene na lokalnom nivou nisu naišli ni na kakvu podršku.

47

Ovde predlažemo šta je to što treba imati u vidu u budućim naporima za transformaciju psihijatrijskih usluga u brigu o mentalnom zdravlju u okviru zajednice.

1. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja i akcioni plan.

Kako ovo nije isključivo problem psihijatrijskih bolnica, treba mu pristupiti sistemski i na nivou čitave zemlje. Pokušaj sa politikom zaštite mentalnog zdravlja iz 2007, nije naišao na podršku. Utoliko je sada važnije usvojiti dokument za operacionalizaciju akcionog plana, na kome će se zasnivati budući programi, naročito programi iz EU (IPA). Taj akcioni plan treba da bude okvir

za sve buduće projekte, ali i mehanizam za evaluaciju, koji će koristiti oba ministarstva i zvaničnici EU.

2. Pravni okvir. Kao što je već rečeno, novi Zakon o zaštiti prava osoba sa mentalnim poremećajima ne podržava transformaciju psihijatrijskog sistema u brigu o mentalnom zdravlju u okviru zajednice. Pravilnik o uspostavljanju centara za zaštitu mentalnog zdravlja u okviru zajednice, kao podzakonski akt, je prvi koji reguliše ovu oblast, ali ga je potrebno poboljšati. Najznačajnija promena koju treba zakonski regulisati odnosi se na način finansiranja bolnica, koji se još uvek delom zasniva na broju kreveta (što destimuliše direktore za smanjenje velikih odeljenja), a ne na broju usluga koje se postepeno mogu preneti na zajednicu.

3. Institucije i/ili tela na nacionalnom i lokalnom nivou. Ne postoji jasna podela odgovornosti u procesu reformi. Psihijatrijske ustanove jesu u nadležnosti Ministarstva zdravlja, treba imati u vidu i ulogu Ministarstva rada i socijalne politike, Ministarstva obrazovanja, Ministarstva unutrašnjih poslova, kao i lokalnih samouprava. Potrebno je uspostaviti jedno telo (komitet) koje bi koordiniralo rad ovih institucija i bilo odgovorno za reforme. Nacionalni komitet za mentalno zdravlje treba da uključi u rad sve zainteresovane strane (a ne samo psihijatre, direktore institucija), ali i da vodi računa o mišljenjima korisnika, porodica, organizacija civilnog društva, profesionalnih udruženja, itd.

48

4. Međusektorska saradnja. Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo rada i socijalne politike na različitim nivoima učestvuju u procesu razvoja centara u okviru zajednice. Dok je u oblasti Ministarstva rada i socijalne politike načinjen značajan napredak u deinstitucionalizaciji, Ministarstvo zdravlja ne sprovodi strategiju zaštite mentalnog zdravlja i akcioni plan. Smatramo da su bitne razlike u prilazima ovih ministarstava odraz različitih politika: jer, sistem socijalne zaštite je preopterećen, nema sredstava i stoga mu je u interesu da smanji broj korisnika. Psihijatrijske bolnice su suočene sa sve manjom potrebom za dugoročnim lečenjem; stoga se neke okreću hospitalizaciji starijih osoba, što se objašnjava potrebom za razvojem „psihogerijatrijskih odeljenja”. Međusektorska saradnja mora biti uspostavljena, jer bez nje je nemoguće razviti sistem zaštite mentalnog zdravlja u okviru zajednice.

Primeri dobre prakse organizacionog modela mentalnog zdravlja – Toskanski model

Kada je pre 35 godina u Italiji usvojen zakon koji je izmeštao psihijatrijsku zaštitu iz bolnice u zajednicu, pokrenuta je žustra rasprava koja ni dan danas nije splasnula, o organizaciji službi za mentalno zdravlje u zajednici. Ustavom Republike Italije regionalne vlasti su delegirane da uređuju zdravstvenu zaštitu, te stoga svaka regija ima drugačiju organizaciju zdravstvenih, a samim tim i psihijatrijskih službi. Zajednički su, međutim, za sve regije osnovni principi promene:

50

- (1) izbeći hroničnost kao posledicu duge institucionalizacije;
- (2) obezbediti odgovore na potrebe zdravlja koji su
 - delotvorni,
 - brzi,
 - poštuju ljudsko dostojanstvo i, što je više moguće, volju pojedinca,
 - sigurni;
- (3) boriti se protiv stigmatizacije i marginalizacije osoba sa psihijatrijskim poremećajima, podstičući njihovu socijalnu inkluziju;
- (4) intervenisati u preventivnom smislu, čak i onda kad je poremećaj stabilan (na primer, prevencija psihijatrijske krize).

Svaka regija je pronašla sopstveni način da organizaciono konkretizuje ove principe. U regiji Toskana (3.700.000 stanovnika), organizaciju karakterišu male strukture, dovoljno elastične da se prilagode potrebama svakog korisnika. U nastavku će biti izloženo toskansko iskustvo, bez namere da se ono shvati kao predlog modela za Srbiju, imajući u vidu uverenje da služba

za mentalno zdravlje treba da bude organizovana na osnovu kulture zemlje u kojoj se uspostavlja.

Princip koji inspiriše toskanski model organizacije službi za mentalno zdravlje karakteriše njena artikulacija u dimenziji zajednice, s ciljem da promoviše zdravlje aktiviranjem resursa i kompetencija date zajednice, u funkciji menjanja realnih potreba lečenja, bez unapred strogo određenih odgovora. Službe su okrenute svakoj psihijatrijskoj bolesti i svakoj starosnoj dobi pacijenta sa direktnim pristupom do primarnog nivoa zdravstvene zaštite. Glavni zadatak je pružanje usluga nege i rehabilitacije, kao i prevencije.

51

Osnovni tehnički instrument rada jeste terapijski odnos, koji, da ne bi potonuo u spontanost, zahteva stalnu stručnu obuku osoblja. Toskanski organizacioni model stvara odgovarajuće uslove, kako bi se odnos zasnivao na kognitivnoj fleksibilnosti, na multidimenzionalnosti, na bogatstvu i raznolikosti znanja koje treba upotrebiti u posebnom kontekstu i prema potrebama lečenja. Službe za mentalno zdravlje su na organizacionom planu definisane kao kompletna i diferencirana mreža psihijatrijskih struktura koje, iako zadržavaju svoje specifične funkcije, odgovaraju potrebama lečenja, kao jedinstven i uravnotežen sistem. Mreža je, naime, integrisana i ujedinjena jedinstvenom multiprofesionalnom radnom grupom koja preuzima na sebe potrebe prevencije, nege i rehabilitacije na teritoriji identifikovanoj kontinuitetom koji je antropološko-kulturološki i geografsko-teritorijalni. Službe za mentalno zdravlje su dakle, okrenute malim lokalnim zajednicama koje su homogene. Na taj način je moguće konstruisati službe ukorenjene u socijalno-zdravstvenu

problematiku populacije o kojoj se treba brinuti i uz to, aktivirati prisutne resurse u samoj zajednici.

Mreža službi za mentalno zdravlje obuhvata slededeće strukture koje imaju specifične funkcije:

Centar za mentalno zdravlje: organizaciono i programsko sedište službe za mentalno zdravlje u kome se pruža nega. Koordinira celom mrežom službi i specifičnim funkcijama koje one obavljaju. Usluge zaštite sastoje se od terapijskih aktivnosti u ambulantni, od kućnih poseta, aktivnosti teritorijalne rehabilitacije, kao i prevencije. Centar za mentalno zdravlje je veza između čitave službe, lokalne zajednice, lokalnih i drugih institucija.

Odeljenje psihijatrije: nalazi se u okviru opšte bolnice i ima najviše 15 postelja. Funkcija odeljenja je da tretira akutnu krizu u bolničkom ambijentu, kad postoje indikacije za jakim terapijskim tretmanom i kad je neophodno da u neposrednoj blizini bude odeljenje za hitne slučajeve, kao i druga specijalistička odeljenja bolnice.

Rezidencijalne strukture koje variraju od službe do službe u zavisnosti od strukturalnih resursa i kompletne terapijske strategije:

- terapijska zajednica: smeštaj visokog psihoterapijsko-rehabilitacionog intenziteta, sa najviše 12 postelja i osobljem koje je prisutno 24 sata dnevno; namenjena je pretežno mladim pacijentima, po mogućstvu na početku bolesti, a koji imaju teža oboljenja i složene psihosocijalne probleme i kojima je potrebna intenzivna i kratka terapijska intervencija;
- terapijsko-rehabilitaciona rezidencijalna struktura: rehabilitacioni smeštaj s terapijskim intervencijama, sa najviše 12 postelja i osobljem koje je prisutno 24 sata dnevno; namenjena je mladim/odraslim pacijentima, sa teškim oboljenjima i psihosocijalnim teškoćama, onima kojima je potrebna terapijsko-rehabilitaciona intervencija srednjeg trajanja;
- socijalno-rehabilitaciona rezidencijalna struktura: smeštaj sa pretežno rehabilitacionim intervencijama, sa najviše 12 postelja i osobljem koje je prisutno 24 sata; pacijenti su mladi/odrasli koji imaju teže hronične i psihosocijalne poremećaje i kojima je potrebna rehabilitacija dužeg trajanja;
- zaštićene kuće: rehabilitacioni smeštaj sa osam postelja i osobljem koje je prisutno 12 sati dnevno; koristi se za pacijente sa manjim psihosocijalnim

smetnjama koji su pretežno autonomni, u fazi uključivanja u društvo sa ekstenzivnom rehabilitacijom i promenljivog trajanja;

- stanovi: stan u gradu sa najviše četiri – pet kreveta koja odgovara potrebama stanovanja, u društvenom vlasništvu, ili pripadaju pacijentima; asistencija je edukativnog tipa nekoliko sati nedeljno; pacijenti su autonomni, a neki mogu biti u fazi socijalnog uključivanja.

Dnevni centar: polurezidencijalna struktura jakog rehabilitacionog intenziteta, sa najviše 15 mesta, otvoren 6–8 sati dnevno. Namenjen je polusamostalnim pacijentima koji žive sami ili u porodici, ima programe različitog trajanja.

Kao što je očigledno, postojanje službi pretežno zdravstvenog i pretežno socijalnog tipa, ili čak isključivo socijalnog, omogućava kontinuitet između službe i lokalne zajednice i time favorizuje uključivanje u sredinu porekla terapeutsko-rehabilitacionim procesom koji pruža najveću moguću autonomiju. S tim ciljem, mreža službi nudi skalu intenziteta nege koja ide od pretežno zdravstvene intervencije (oddeljenje psihijatrije), do socijalne intervencije (društvena zajednica). Aktiviranje različitih etapa može biti sekvencijalno, sinhronično ili parcijalno, prema potrebama nege. Aktivnosti usmerene na samu društvenu zajednicu, sa formalnim i neformalnim socijalnim subjektima koji u njoj žive, nastoje da omoguće normalne društvene krugove dostupnih pacijentu. Ovo je potpuno suprotno od zatvorenog prostora koji odvaja pacijenta od normalnog ambijenta.

53

Radna grupa je multiprofesionalna i sastavljena je na sledeći način:

- psihijatar,
- psiholog,
- tehničar,
- socijalno-sanitarni radnik,
- edukator,
- socijalni radnik,
- neformalna socijalna mreža (koja se aktivira pri intervenciji),
- formalna socijalna mreža (koja se aktivira pri intervenciji).

Sastav radne grupe može da se shvati kao skup koji je uređen prema skali intenziteta nege, koji polazi od profesionalaca kompetentnih da izvode intervenciju pretežno zdravstvenog tipa, da bi se došlo do socijalnih subjekata,

formalnih ili neformalnih koji se uključuju na osnovu terapeutsko-rehabilitacionog projekta. Takva kompozicija omogućava da se dekodifikuje kompleksnost potreba pacijenta i da se napravi individualni plan bio-psiho-socijalnog tipa, koji favorizuje uključivanje pacijenta u datu zajednicu.

Izjednačavanje prema stepenu intenziteta nege u mreži službi i u multi-profesionalnoj ekipi u pravcu bio-psiho-socijalne intervencije omogućuje prisustvo propulzivne sile u sistemu koja tera napred, ka uključivanju pacijenta u normalni ambijent date društvene zajednice.

Razvijajući prethodno izložene koncepte, može se konstituisati optimalna organizacija službi, uz vođenje računa o datim strukturalnim parametrima koje predviđaju regionalna pravila za teritorije koje broje između 60.000 do 80.000 stanovnika, do najviše 100.000 u gradskoj sredini:

- 0,6 postelje u bolničkom odeljenju na 10.000 stanovnika sa 1,75 medicinske sestre za svaku postelju;
- 1 lekar psihijatar na svakih 10.000 stanovnika;
- jedinstven tim i za bolnicu i za teritoriju;
- prisustvo celokupne mreže intermedijalnih struktura na teritoriji nadležnosti službe, pored centara za mentalno zdravlje i dnevnih centara;
- 1,2 postelje u smeštajnim strukturama na svakih 10.000 stanovnika.

54

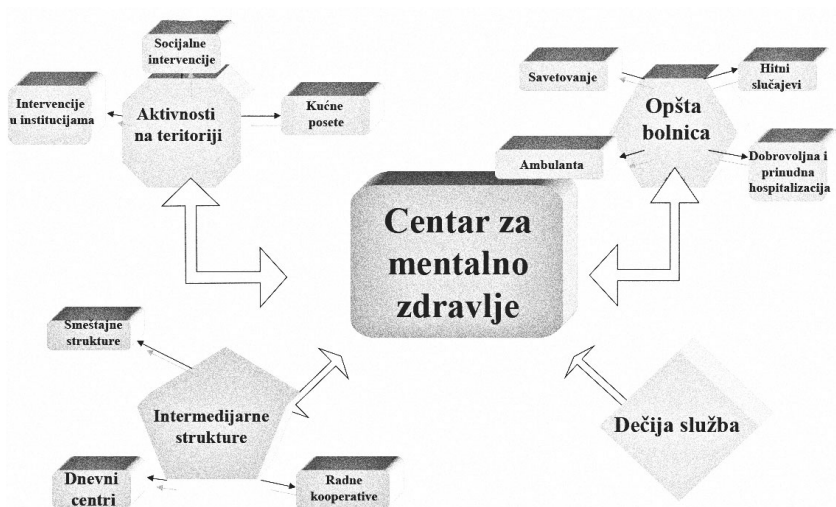
Ukoliko je ovako dimenzionirana, svaka služba mogla bi da raspolaze svim strukturama potrebnim za njeno funkcionisanje, poštujući, osim kriterijuma o efikasnosti, i one koji se tiču delotvornosti i mogla bi da funkcioniše kao prava radna grupa, jer bi broj osoblja to omogućio.

U prilog aktuelnoj debati u Srbiji, primetne su dve potencijalne opasnosti:

- (1) Zakon ne predviđa obavezno stvaranje službi u zajednici, stoga lokalne samouprave manje osetljive na ovaj problem, mogu da se odluče da ne menjaju aktuelnu situaciju;
- (2) teritorijalne službe koje Zakon predviđa hipotetički nisu “alternativne”, već predstavljaju “dopunu” hospitalizaciji; sve to, ukoliko ne bude podržano “deinstitucionalizujućom kulturom službe”, može, paradoksalno, da dovede do povećanja broja osoba hospitalizovanih u bolnici, budući da je moguće da se veći broj građana (nego ranije) obrati novoj službi, a da zaposleni, bilo zbog izbegavanja odgovornosti bilo zato što su novi u poslu u zajednici (u smislu sposobnosti da se iskoriste mogućnosti zajednice) šalju nove korisnike u bolnicu.

Ove opasnosti su realne i jedini izlaz se može naći u “kulturološkoj promeni” (od institucionalizacije do deinstitucionalizacije) zaposlenih, kao i lokalnih vlasti i običnih ljudi. Srbija mora da nađe snage i hrabrosti da sprovede ovu promenu.

Organizaciona šema službe za mentalno zdravlje



Trentino – inspiracija za teške trenutke u životu

Od 3. do 8. februara 2014. godine, organizacije Trentino za Balkan i Caritas Srbija organizovale su studijsku posetu gradu Trentu u Italiji (pokrajina Trentino, regija Trentino-Južni Tirol), pod nazivom „Srbija i Trentino zajedno na putu reforme u psihijatriji”. U poseti su bili korisnici psihijatrijskih usluga koje su delegirala udruženja korisnika iz Srbije, doktori-psihijatri i socijalni radnici. Evo, kakve su utiske iz Trenta poneli članovi Udruženja korisnika psihijatrijskih usluga „Duša” iz Beograda.

Grad Trento i pokrajina Trentino, po poslednjim podacima, imaju najviši kvalitet života u Italiji, što se vidi na svakom koraku, a njihov model i pristup licima sa mentalnim problemima predstavlja jedan od najhumanijih i najkvalitetnijih u svetu.

56

Nakon dugog procesa konstantnog napredovanja i humanizacije u ovoj oblasti, u Italiji više ne postoje velike psihijatrijske bolnice. Po zakonu, na 10.000 stanovnika ne sme biti više od jednog kreveta. Najteži slučajevi smeštaju se na odeljenje psihijatrije u opštoj bolnici, ali nisu okruženi rešetkama već prozorima koji se mogu otvarati samo na kant, odozgo. Uslovi na odeljenju su kvalitetni, komfor je na visokom nivou, a sve je ukrašeno slikama i muralima. Ostavlja utisak dečjeg, bolničkog odeljenja.

Hospitalizovani korisnici ne mogu da izađu 48 sati; posle toga mogu da podnesu zahtev, a po odobrenju – vrata bolnice su im otvorena. Fizičko spustavanje vezivanjem nije dozvoljeno i postoji propisana procedura kako primetiti indikacije i prve simptome agitiranosti hospitalizovanog korisnika. S obzirom na humanu i opuštenu atmosferu na odeljenju, do dramatičnih situacija vrlo retko dolazi. Psihijatar Klaudio Agostini koji nam je bio jedan od domaćina, a inače načelnik Dnevnog centra za mentalno zdravlje u Klesu, u svojoj 30-godišnjoj karijeri nije naložio osoblju da veže ijednog korisnika.

Kako kaže, „svaki psihijatar dobije po neki šamar, ali i svaki hirurg se ponekad poseče o nož”.

Korisnici su o agresivnosti rekli da je “ćerka straha”. Znači, kad je straha manje i agresivnosti je manje. Primećeno je i da prisustvo više žena na odeljenju smanjuje broj agresivnih ispada.

57

Osim divnog medicinskog osoblja, hospitalizovanim korisnicima društvo prave i UFE (Utenti e Familiare Esperti) – osobe koje su, ili korisnici, ili članovi porodica korisnika, koji, zahvaljujući iskustvu patnje ili blizini onoga koji pati, imaju bogato umeće da priđu korisniku, razumeju ga i olakšaju mu bolničke dane. Oni prave društvo hospitalizovanim korisnicima, idu u šetnju sa njima, kupe im ono što im je potrebno itd. Sve zajedno, to je doprinelo lepšoj klimi na odeljenju i uticalo da se smanji broj hospitalizacija, a naročito ponovnih hospitalizacija. Prosečna dužina hospitalizacije je 12 dana.

Da bi korisnik postao UFE, treba da je u dobrom stanju, stabilan, raspoložen, opušten, da prođe uspešno probni rad sa već iskusnim UFE, da bude prihvaćen od kolektiva, te da nije zavisao od alkohola ili psihoaktivnih supstanci. UFE je zastupljen i u Upravnom odboru.

Sem na odeljenju psihijatrije, UFE može da radi u centru za mentalno zdravlje (Servizio di Salute Mentale) na različitim poslovima. Veliki broj

korisnika, kao i članova njihovih porodica našlo je sebe u ovom humanom zanimanju, a pritom imaju mogućnost i da zarade, te tako dopune redovne prihode koji su zbog prirode bolesti mali. UFE stručno osoblje uvažava, on prisustvuje zajedničkom kolegijumu, njegovo mišljenje se ceni i on ima pravo na njega. UFE nikada ne može biti psihijatar, jer nije stručan za to, nije ni alternativa psihijatru, ali je prepoznata velika korist od angažovanja korisnika u ovom smislu. Njihovo iskustvo patnje i uspeha, snage da se bore i izbore sa bolešću, puno znače kao inspiracija onima koji prolaze kroz teške momente u životu.

Svakog jutra postoji kontakt preko video konferencije između Centra za mentalno zdravlje i odeljenja za psihijatriju u opštoj bolnici. Centar za mentalno zdravlje se raspituje o stanju svakog od hospitalizovanih korisnika.

Centar za mentalno zdravlje se nalazi u samom centru grada, nekoliko stotina metara od centralnog trga. U okviru Centra su i dnevna bolnica i dnevni boravak. Služba zadužena za brigu o licima sa problemima mentalnog zdravlja organizovana je teritorijalno i izuzev odeljenja za psihijatriju svi su smešteni u svojim kućama, ili u tzv. zaštićenom stanovanju gde se može ostati najduže tri godine – u slučaju teškog psihičkog stanja i socijalnog statusa.

Jednu od takvih kuća smo posetili. Nosi naziv „Il casa del Sole” (“Kuća sunca”). Reč je o vrlo komfornom smeštaju na periferiji grada, sa lepom baštom i uslovima na kojima bi mnogi pozavideli. Korisnici u sistemu zaštićenog stanovanja imaju na raspolaganju medicinsko osoblje, bave se određenim radom, kako bi zaradili za džeparac, a finansiraju se iz državnih i privatnih fondova. Korisnici u „Kući sunca” bave se nekim vidom kateringa, spremajući ukusne obroke što predstavlja i vid radne terapije. U okviru kompleksa kuće postoji igralište na koje i deca dolaze da se igraju, što najbolje govori koliko je urađeno na integraciji i destigmatizaciji.

U Centru za mentalno zdravlje psihoterapija je besplatna i dostupna svima kojima je neophodna. Dnevni boravak je otvoren od 8h do 19h radnim danom, subotom i nedeljom od 8h do 14h. Predviđen je za one korisnike koji se dobro osećaju, ali imaju potrebu da vreme provode organizovano. Takođe, kada je neko u krizi, dolazi u Centar za mentalno zdravlje, a u njemu se obavljaju i kontrole stanja korisnika. Zaposleni u Centru kažu da se oni ne bave kontrolom već pružanjem pomoći. U okviru Centra se organizuju i grupe samopomoći. Tako postoje one za depresiju (najbrojnije), zatim za bipolarni poremećaj kao i za one koji čuju glasove.

UFE, korisnici i Centar za mentalno zdravlje izdaju i časopis koji se zove „Libera la Mente” (“Oslobodi svoj um”). Takođe, organizuju se aktivnosti kojima se korisnici animiraju i resocijalizuju. Oni posećuju brojna kulturna događanja, obilaze institucije kulture, učestvuju na sportskim turnirima... Kroz mnoge medijske napise radi se na destigmatizaciji korisnika i pozitivnoj slici o UFE, kao ljudima koji su se izborili sa svojim problemima i koji danas pomažu stručnom i tehničkom osoblju u cilju poboljšanja psihičkog stanja korisnika. Razbijaju se predrasude i otklanja se nepoverenje i strah prema korisnicima.

U Trentu su uvideli da su korisnici spremniji da se otvore drugom korisniku. Svaki UFE se oseća zadovoljnim, jer je prebrodio probleme, poštovan je, koristan i lekari ga vide kao saradnika. Ukoliko dođe u krizu, prestaje da bude UFE, ali kad iz nje izađe može to ponovo postati.

Na prijemu u Centru za mentalno zdravlje gotovo uvek je jedan UFE, koji srdačno dočekuje sve koji u Centar dođu. UFE se oseća ispunjen i zato što pomaže osoblju koje je svojevremeno pomoglo njemu samom. UFE ide i u vizitu, zajedno sa doktorima i osobljem. UFE nigde ne nose bele mantile, što ih još više približava korisnicima. Sve se radi u duhu zajedništva i pod sloganom „Fiducia e Speranza” (“poverenje i nada”).

Jedan od ciljeva je i da bude što manje prinudnih hospitalizacija. U Trentu poslednjih godina ima samo oko 10 prinudnih hospitalizacija godišnje! Od 10 ozbiljnih kriza, osam se reši teritorijalno, a ne hospitalizacijom. Koliko je uspešno izvedena reforma u oblasti mentalnog zdravlja vidi se i po tome što je smanjen broj suicida, jer mnogi sada traže pravovremenu pomoć psihijatra.

Centar za mentalno zdravlje i UFE organizuju i tzv. neobične događaje, pa su 2011. godine putovali sa troje kola od istočne do zapadne obale Sjedinjenih Američkih Država, a 2010. godine pokrenuli su inicijativu da se skupi novac i napravi škola u Africi. Prikupili su 30.000 eura, s time što su 70.000 eura su dali država i privatni donatori. 2006. godine prešli su jedrenjakom Atlantik, a 2007, putovali vozom u Kinu. Oko 30 odsto troškova za ove izvanredne događaje snose UFE, a 70 odsto daju privatni sponzori. Zajedno na put idu UFE, korisnici i profesionalci.

Sistem koji smo videli u Trentu je po rečima tamošnjih lekara i stručnjaka drugih profila (ekonomista, pravnika...) u svakom pogledu mnogo isplativiji od klasičnog sistema, ali je u početku potrebno puno ulaganja. Neopravdan

je strah zaposlenih da će ostati bez posla. Naprotiv, sistem centara za mentalno zdravlje podrazumevaće potrebu za još većim brojem stručnog osoblja.

Vrlo je interesantan i značajan i centar za kooperative, u čijem sistemu veliki udeo predstavljaju socijalne kooperative koje mogu da uključe i korisnike.

Ne treba trošiti reči na to koliko smo lepo dočekani od svih ljudi iz organizacije Trentino za Balkan, Caritasa i svih lekara, medicinskih tehničara i sestara, UFE-a, psihologa, korisnika, volontera. Iz Italije nosimo samo pozitivne utiske o jako dobrim odnosima između stručnog i tehničkog osoblja sa korisnicima, o odličnoj organizaciji, o važnoj ulozi ne samo medicinskih sestara već i edukatora (terapeuta), o velikom iskustvu koje svi ovi ljudi imaju, o organizaciji zaštićenog stanovanja, o modelu UFE, o izrazito humanom odnosu prema korisnicima koji su stavljeni u centar zbivanja, pažnje i posvećenosti zaposlenih i o činjenici da je u Trentinu postignuta zavidna resocijalizacija korisnika.

Na kraju, ističemo još jedan snažan utisak koji smo svi poneli iz Italije. Naime, iako ekonomske krize pogađa i one bogatije od nas, društvena i politička elita u pokrajini Trentino nije odlučila da uživa u samodovoljnosti i sopstvenom visokom standardu, već je spremna da finansira i pomogne da se poboljša kvalitet života korisnika psihijatrijskih usluga u Srbiji. Načelnik Centra za mentalno zdravlje, dr De Stefani to objašnjava citirajući velikog Mahatmu Gandija:

„Budi promena koju želiš da vidiš u svetu”.

Neka opažanja u vezi sa deinstitucionalizacijom osoba sa mentalnim smetnjama

Ustanove socijalne zaštite

62

Mnogim osobama sa invaliditetom u Srbiji je oduzeta poslovna sposobnost, čime im je uskraćena mogućnost samozastupanja i donošenja odluka koje se tiču njihove budućnosti. MDRI je 2012. godine sproveo monitoring sedam institucija socijalne zaštite i utvrdio da je od 5364 odrasle osobe trajno smeštenih u ovim institucijama, 3493 (66,4 odsto) pod starateljstvom, tj. oduzeta im je poslovna sposobnost.

Na osnovu kontakata sa osobama sa invaliditetom i njihovim roditeljima, koji su se obraćali MDRI – Srbije za podršku u ostvarivanju prava, ali i na osnovu ličnog iskustva, imamo saznanja da institucije sistema, najčešće centri za socijalni rad, u mnogim slučajevima dezinformišu roditelje – potencijalne staratelje da je oduzimanje poslovne sposobnosti neophodno. Otud mnogi roditelji smatraju da je njihova zakonska obaveza i najbolji interes njihove punoletne dece da im se oduzme poslovna sposobnost, kao i da je ostvarivanje drugih povlastica time uslovljeno.

U procesu deinstitucionalizacije osoba sa intelektualnim poteškoćama i autizmom, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike promoviše ove vidove usluga:

- dnevni boravak za dnevno zbrinjavanje osoba sa intelektualnim poteškoćama i autizmom;
- stanovanje uz podršku;
- “predah” ili vikend program za njihovo zbrinjavanje tokom vikenda ili privremeno zbrinjavanje u slučaju da se roditelj/staratelj razboli, tj. da je iz nekog razloga sprečen da se brine o svom detetu.

63

U javnim istupima nadležni predstavnici vlasti ističu da su ove usluge osmišljene u cilju prevencije institucionalizacije, a programi koji se sprovode u okviru ovih usluga se često nazivaju inkluzivnim.

Za roditelje/staratelje je, naravno, važno da neko preuzme brigu o njihovoj deci kako bi mogli da rade i da se rasterete pritiska koji je deo života sa osobama sa intelektualnim poteškoćama i autizmom. Međutim, iako ovi oblici podrške imaju i pozitivne strane, pitanje je da li ove usluge zaista idu u smeru deinstitutionalizacije i socijalne inkluzije osoba sa intelektualnim poteškoćama i autizmom. Korisnik ovih usluga se postaje na osnovu dijagnoze, što predstavlja segregaciju i samim tim reč je o institucionalizaciji. Nije nam poznato da je u donošenju odluka o korišćenju ovih usluga traženo mišljenje osobe koja se tamo smešta.

Dnevni boravci

U Srbiji je broj dnevnih boravaka u stalnom porastu. U medijima je, otvaranje dnevnih boravaka kad to rade političari uvek praćeno isticanjem njihovog značaja i izjavama zadovoljstva roditelja. Jedna od pozitivnih strana otvaranja dnevnih boravaka je to što oni mogu da smanje broj zahteva za smeštaj u stacionarne ustanove, kao i da doprinesu povratku osoba iz stacionarnih ustanova u porodicu. Međutim, program dnevnih boravaka ne omogućava osposobljavanje korisnika za samostalan život u zajednici. Programske sadržaje osmišljavaju zaposleni stručnjaci u “najboljem interesu” korisnika, pa je pitanje kome zapravo ti programi odgovaraju. Čak je i raspoređivanje po grupama u nadležnosti stručnjaka. Uz to, dnevni boravci su skupe institucije, a postojanje dnevnih boravaka za decu je u suprotnosti sa njihovim pravom na obrazovanje.

Stanovanje uz podršku

64

U našem sistemu socijalne zaštite postoji i usluga stanovanja uz podršku, ali za sada je to manji broj jedinica koje se, koliko je poznato, projektno finansiraju. Pošto otvaranje novih institucija nije u skladu sa proklamovanom politikom vlasti o deinstitutionalizaciji, a roditelji stalno traže otvaranje novih institucija za trajni boravak, zahtevi za otvaranje stacionara se preimenuju u zahteve za stanovanje uz podršku. Ovih dana su ponovo aktuelizovani zahtevi roditelja iz Beogradskog udruženja za autizam za izgradnju nove institucije koju nazivaju stanovanje uz podršku za 36 osoba.

Samo ukoliko se uvaži princip uvažavanja volje i želje (*will and preference*), stanovanje uz podršku može se smatrati inkluzivnim vidom podrške. U suprotnom, to je samo novi oblik institucije, nezavisno od broja korisnika.

Usluga „predah” ili vikend program

Sasvim je jasno da je ova usluga namenjena zadovoljenju potreba roditelja. Kao jedino rešenje za pružanje podrške osobama sa intelektualnim

poteškoćama i autizmom kad roditelji nisu u mogućnosti da brinu o njima, nudi se boravak u institucijama (dnevni boravci ili stacionari).

Zapošljavanje

Donošenjem Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, 2009. godine, značajno su diskriminirane osobe sa intelektualnim poteškoćama i autizmom, jer su kriterijumi za zapošljavanje postavljeni tako da ove osobe ne mogu da ih ispune. Očekivati da osobe koje su društveno isključene, imaju intelektualne poteškoće ili poteškoće u komunikaciji, “aktivno traže zaposlenje”, kako piše u članu 7. ovog zakona, je besmisleno i u najmanju ruku cinično.

Zakonom je predviđeno da procenu radne sposobnosti donosi Komisija, pretežno na osnovu medicinske dokumentacije. Komisija ima mogućnost da osobu proglasi radno nesposobnom i time joj uskrati mogućnost za zapošljavanje, što je u suprotnosti sa pravom na rad i zapošljavanje koje je garantovano Ustavom.

Nedvosmislen pokazatelj dvostrukih standarda u ovom zakonu je da osobe koje imaju pravo da se samozastupaju mogu da se zapošljavaju uz mere aktivne politike, a da su za osobe sa invaliditetom koje nemaju poslovnu sposobnost predviđeni radni centri kao jedina mogućnost za radno angažovanje. Ovi centri su zasnovani na principu segregacije. Korisnici u ovim centrima su na radnoj terapiji, što predstavlja medicinski model,⁹⁵ i uskraćena im je mogućnost da zarađuju od svog rada.

65

Podrška porodici

Nedovoljna i neprimerena podrška biološkoj porodici je, svakako jedan od najvažnijih razloga zbog kojih su mnogi roditelji prinuđeni da svoju decu smeštaju u institucije. Postupak za dobijanje redovne novčane nadoknade

⁹⁵ Član 43. Zakona: Radni centar jeste poseban oblik ustanove koja obezbeđuje radno angažovanje kao radno terapijsku aktivnost osoba sa invaliditetom koje se ne mogu zaposliti ili održati zaposlenje ni pod opštim ni pod posebnim uslovima, odnosno čiji je radni učinak manji od jedne trećine radnog učinka zaposlenog na uobičajenom radnom mestu.

(tuđa nega i pomoć) treba da se pojednostavi, a nadoknada treba da bude u istoj visini kao i za hraniteljske porodice.

Veoma je važno da se spreči i praksa da stručnjaci govore roditeljima da ne treba da imaju visoka očekivanja od svoje dece sa smetnjama u razvoju. Značajni pomaci u podizanju svesti roditelja o mogućnostima njihove dece su postignuti zbog sistemske podrške inkluzivnom obrazovanju.

Osim novčane pomoći, potrebno je razviti druge oblike podrške porodici kao što su pomoć u kući, briga o osobama sa invaliditetom u kriznim situacijama, psihološka podrška, itd.

Hraniteljstvo je u velikoj meri podržano od države, ali ne postoji dovoljan sistem kontrole da li su zadovoljene potrebe osoba koje se smeštaju u hraniteljske porodice. Postoje indicije o zloupotrebama hraniteljstva. Paradoksalno je da država ne pruža dovoljno podrške biološkoj porodici, zbog čega su roditelji često prinuđeni da svoje dete smeste u instituciju, a onda se u procesu deinstitutionalizacije odvajaju veća sredstva za smeštanje tih osoba u hraniteljske porodice.

Usluge u zajednici

66

Prema našim saznanjima, ima osoba koje nemaju nikave intelektualne ili druge poteškoće, a koje su sticajem okolnosti smeštene u institucije. Dugotrajan boravak u institucijama naravno ostavlja posledice, tako da je i njima potreban visok stepen podrške da bi se prilagodili životu u otvorenoj zajednici.

Osobama koje izlaze iz institucija, osim obezbeđenja mesta za stanovanje potrebno je pružiti i podršku u podizanju nivoa samostalnosti, organizaciji života u domaćinstvu, u pronalaženju posla i njegovoj održivosti, u veštinama komunikacije sa drugim ljudima...

Podrška koju treba da dobiju osobe sa intelektualnim poteškoćama i autizmom u procesu deinstitutionalizacije je, u sadašnjim okolnostima, pretežno u nadležnosti Centara za socijalni rad. Međutim, u praksi ovi centri ne mogu da odgovore zahtevima koji se pred njih postavljaju. Na konkretnim slučajevima smo ustanovili da su zaposleni u centrima nezainteresovani i da ne pružaju podršku osobi koja treba da izađe iz institucije.

Usluge koje pružaju nevladine organizacije su najčešće samo projektno financirane, pa je njihova održivost, po pravilu, neizvesna. Poznato je da mnogi uspešni projekti namenjeni pružanju usluga u zajednici, ili nisu dobili dalju finansijsku podršku, ili se uz velike teškoće održavaju. Otuda treba stvoriti uslove da novac namenjen za deinstitutionalizaciju bude dostupan svim potencijalnim pružaocima usluga pod jednakim uslovima.

U osmišljavanju politike za usluge u zajednici treba imati u vidu da izgradnja inkluzivnog društva i socijalni model invalidnosti počivaju na principima univerzalnog dizajna. U skladu sa tim, usluge ne treba da imaju predznak kojim se definiše kome su namenjene. Na primer, ako je nekom potrebna pomoć u kući, ona treba da je dostupna nezavisno od toga da li je u pitanju stara osoba, osoba sa invaliditetom, samohrana majka, bolesna osoba... Proces osmišljavanja novih usluga treba da se zasniva na prepoznavanju potreba potencijalnih korisnika. Sadašnji sistem je skup, nefleksibilan i u većoj meri zadovoljava interese zastupnika osoba sa intelektualnim poteškoćama i autizmom nego njih samih.

Umesto zaključka

Socijalni model u pristupu invalidnosti, socijalna inkluzija i deinstitutionalizacija osoba sa invaliditetom može se sprovesti samo ukoliko se uvaži princip samozastupanja. Uz odgovarajuću podršku, svaka osoba može da iskaže svoju volju i želje, da donosi odluke i ostvari svoja ljudska prava. Predstavници vlasti i roditeljskih udruženja često zanemaruju ovu činjenicu.

Država treba da sprovodi kontrolu nad uslugama u zajednici sa mnogo više odgovornosti i sa jasnije razrađenim mehanizmima. Primarno treba utvrditi da li usluge zadovoljavaju individualne potrebe i omogućavaju ostvarivanje ljudskih prava pojedinaca kojima su namenjene. U tom smislu je potrebno u većoj meri uvažiti rezultate monitoringa nezavisnih organizacija.

Veliki problem predstavlja i to što osobe koje donose odluke u vlasti, ili nisu dovoljno stručne za oblast za koju su nadležne, ili imaju formalnu kvalifikaciju, ali pokazuju nerazumevanje i nepoznavanje suštine problematike vezane za osobe sa smetnjama u razvoju i invaliditetom. Problem je i u tome što su ljudi zaduženi da sprovedu proces deinstitutionalizacije, većinom školovani u duhu medicinskog modela i ne razumeju koncept ljudskih prava.

U porastu je broj različitih udruženja i nevladinih organizacija koje se bave osobama sa invaliditetom. Međutim, pitanje njihove reprezentativnosti, svrhe i interesa koji je inicirao njihovo formiranje, ostaje otvoreno. Deo tih organizacija služi da zaštite interese roditelja i stručnjaka, a ne prava osoba sa invaliditetom. Otuda se postavlja pitanje da li su organizacije koje finansira države zaista nezavisne, ili one služe kao pokriće državi da postoji nevladin sektor. Na ove organizacije se, dakle, ne može računati kao na autentične saradnike u procesu deinstitutionalizacije, kao i u sistemu monitoringa.

Na kraju, želimo da skrenemo pažnju na stanje u jednoj od najmanjih ustanova socijalne zaštite u koju su uložena značajna novčana sredstva, kao loš primer brige o osobama sa intelektualnim poteškoćama i autizmom.

Stacionar za decu i omladinu sa autizmom je po kapacitetu (49 korisnika) najmanja institucija u Srbiji, ali ima najveći broj zaposlenih – 52.

Citat iz Izveštaja MDRI-S “Sklonjeni i zaboravljeni – segregacija i zanemarivanje dece sa smetnjama u razvoju i odraslih osoba sa intelektualnim teškoćama u Srbiji”, iz 2012:

“Nedavno renoviran objekat Stacionara za decu i omladinu sa autizmom ukazuje u kojoj meri investicije u izgled objekata ne utiču pozitivno na kvalitet života korisnika. Čak šta više, utisak je lošiji usled postojećeg kontrasta između stanja objekta i stanja u kome se nalaze korisnici u ustanovi. U Stacionaru postoji osam spavaonica čija je struktura od trokrevetnih do sedmokrevetnih. Primećen je apsolutni izostanak ličnih predmeta, odeće, obuće, sredstava za higijenu (eventualni lični predmeti zaključani su u magacinu). Na privatnost korisnici takođe nemaju pravo jer je za njih ‘sve potencijalno opasno’. U ustanovi je postavljen video-nadzor (izuzetak su kabine u toaletima). Uprkos dobrim higijenskim uslovima svi toaleti su bez vrata i daske na WC šoljama, a kabine za tuširanje bez vrata što zaposleni pravdaju ‘stanjem korisnika’ i ‘negativnim iskustvom’ koje su imali pre nekoliko godina. U sobama spavaju zajedno muškarci i žene. Kada smo pitali zašto je to tako, psihološkinja je rekla da oni nemaju svest o svojoj seksualnosti i da ih raspoređuju na osnovu težine smetnji.

U Stacionaru za autizam je naročito primetno da zaposleni doživljavaju korisnike kao osobe koje ništa ne mogu, koje su ‘otpisane’. Smatraju da svi imaju problematično ponašanje, skloni su bežanju, agresivni su, lome, razbijaju, imaju ‘piku’– tj. jednu nejestive stvari, da su to osobe kojima se ništa ne može objasniti i da niko ne bi bio u stanju ‘da izađe na kraj’ sa neželjenim ponašanjem korisnika. Ono se percipira kao sastavni deo stanja korisnika odnosno njihovog ‘poremećaja’, a ne kao posledica neostvarenih potreba, manjka aktivnosti i dugotrajnog boravka u instituciji. Stanje osoba sa autizmom se čak meša sa, po njihovim rečima, ‘psihijatrijskim teškoćama’, odnosno psihozom i ne vide vezu između ovakvih ponašanja i tretmana odnosno posledica institucionalizacije.”

Preporuke Vladi Srbije i ministarstvima za uspešno sprovođenje procesa deinstitucionalizacije

Imajući u vidu preuzete međunarodne obaveze i opredeljenost Vlade Srbije da sprovede deinstitucionalizaciju i reformu sistema zdravstvene i socijalne zaštite, kao i činjenicu da se ovaj delikatni proces odvija previše sporo i sa velikim nepoznanicama i otporima, organizacije civilnog društva okupljene u okviru radne grupe za deinstitucionalizaciju formulisale su sledeće preporuke:

Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike treba da preduzmu neophodne mere kako bi se, za početak, zaustavila još uvek raširena praksa dugotrajnog smeštaja osoba sa mentalnim smetnjama u ustanove, odnosno pod institucionalni vid zaštite i lečenja; trajni smeštaj u specijalne psihijatrijske bolnice ili socijalne ustanove treba dozvoliti samo u ekstremnim slučajevima, kad ne postoje druge mogućnosti za život i lečenje osobe u zajednici;

- uporedo sa zaustavljanjem dalje institucionalizacije, reformisati zdravstvo, naročito psihijatriju i razvijati mrežu ostalih usluga, koje su u nadležnosti drugih ministarstava;
- početi sa ozbiljnom i sistematskom edukacijom zaposlenih u zdravstvu, socijalnim ustanovama, lokalnim samoupravama, policiji... kako bi bili spremni da efikasno i na najbolji mogući način sprovedu proces deinstitutionalizacije;
- pripremiti programe za osposobljavanje i podizanje kapaciteta institucionalizovanih osoba za život u zajednici; stručno osposobiti zaposlene u ustanovama za njihovo sprovođenje, ali i za drugačiji pristup i podršku koju će pružati u alternativnim institucijama;
- država mora da pruži veću podršku porodicama obolelih, kako finansijsku, po principu „novac prati korisnika/pacijenta”, tako i razvijanjem mreže podrške u lokalnoj zajednici;
- sprovesti javnu kampanju u cilju destigmatizacije osoba sa mentalnim smetnjama, isticanjem njihovih kapaciteta i sposobnosti, a ne dijagnoza, ali i psihijatrije kao grane medicine;
- uložiti napor da se podstaknu i intenziviraju kontakti porodica sa njihovim članovima koji su smešteni u ustanovama; obučavati porodice na temu mentalnog zdravlja;

- uraditi analizu stanja i potreba korisnika psihijatrijskih usluga na nivou cele Srbije, na osnovu koje treba planirati otvaranje savetovališta i centara za mentalno zdravlje, kao i potreban broj osoblja koji bi radio u ovim ustanovama;
- decentralizovati zdravstvo u skladu sa specifičnostima područja i potrebama;
- izraditi strategiju za razvoj centara za mentalno zdravlje i predvideti mrežu ovih ustanova na teritoriji cele Srbije;
- formirati nekoliko savetovališta u različitim sredinama širom zemlje, kao pilot projekat za kasnije otvaranje centara za mentalno zdravlje;
- doneti pravilnike i odgovarajuća uputstva za rad savetovališta;
- propisati procedure u saradnji lekara opšte prakse, specijalista, opštih bolnica i klinika, specijalnih psihijatrijskih bolnica i savetovališta ili centara, kako bi korisnici/pacijenti imali potrebnu podršku za lečenje u zajednici;
- smanjivati broj pacijenata u bolnicama i ograničiti dužinu lečenja; zaposliti više radnih terapeuta u bolnicama;
- humanizovati prostore u kojima borave lica sa mentalnim poteškoćama;
- zakonom regulisati patronažne obilaske korisnika koji su se vratili u zajednicu;
- zabraniti korišćenje elektrošokova;
- pojačati kontrolu procedura koje se sprovode u slučajevima fiksacije i izolacije pacijenata, kao i strogo kažnjavanje odgovornih za zloupotrebu; edukovati osoblje za primenu savremenih metoda nenasilne komunikacije koje će dovesti do ukidanja ovih mera;

- uskladiti zakonske propise koji se tiču položaja i prava osoba sa mentalnim smetnjama, u svim oblastima;
- uvesti dodatne mehanizme pravne zaštite prilikom prisilne hospitalizacije;
- propise o oduzimanju poslovne sposobnosti uskladiti sa najvišim standardima iz oblasti ljudskih prava; edukovati i senzibilisati sudije za postupanje u svim slučajevima u kojima su učesnici osobe sa mentalnim smetnjama;
- ustanoviti drugačije kriterijume za dodeljivanje invalidskih penzija osobama sa mentalnim poteškoćama;
- obrazovati timove za podršku pri uključivanju osoba sa mentalnim poteškoćama u život zajednice i razviti različite modele asistencije (koristiti iskustva timova za podršku inkluzivnom obrazovanju);
- obrazovni sistem prilagoditi procesu deinstitucionalizacije (u smislu otvaranja novih radnih profila za osobe sa mentalnim poteškoćama, kao i za kvalifikovano osoblje za rad sa ovim licima);
- kreirati podsticajne mere za privredna društva i preduzetnike koji mogu da zaposle osobe sa mentalnim smetnjama;
- zakonski regulisati otvaranje radnih centara i socijalnih preduzeća;
- napraviti strategiju razvoja zaštićenog stanovanja;
- oformiti telo (komisiju, sekretarijat, ministarstvo) koje će se baviti isključivo mentalnim zdravljem, a u okviru toga i deinstitucionalizacijom.