

POŠTOVANJE LJUDSKIH PRAVA PACIJENATA SMJEŠTENIH U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA U CRNOJ GORI

U SPECIJALNOJ BOLNICI ZA PSIHIJATRIJU U KOTORU, NA KLINICI
ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA CRNE GORE I NA
ODJELJENJU ZA PSIHIJATRIJU OPŠTE BOLNICE U NIKŠIĆU

IZVJEŠTAJ NEVLADINIH ORGANIZACIJA

AKCIJA ZA LJUDSKA PRAVA / *Human Rights Action – HRA*
CENTAR ZA ŽENSKO I MIROVNO OBRAZOVANJE – ANIMA

Podgorica
jun 2017.

Izdavač

Akcija za ljudska prava / Human Rights Action (HRA)

Ulica Slobode 74/II, 81 000 Podgorica, Crna Gora

Tel/fax: +382 20 232 348, 232 358

hra@t-com.me

www.hracion.org

Za izdavača

Tea Gorjanc-Prelević

Autorke

Mirjana Radović

Paula Petričević

Olivera Vulić

Martina Markolović

Oana Girlescu (Dodatak II)

Uredila

Tea Gorjanc-Prelević

Prevod

Ana Tonić

Dizajn

Dosije studio

Štampa

Mouse studio

Tiraž

300



Izdanje je objavljeno u okviru projekta „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima“ koji su sprovele nevladine organizacije Akcija za ljudska prava (HRA) iz Podgorice, Centar za žensko i mirovno obrazovanje ANIMA iz Kotora i Mental Disability Advocacy Centre (MDAC) iz Budimpešte, uz podršku Evropske unije posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori i Opštine Kotor.

Sadržaj izvještaja je isključiva odgovornost autorki i ni u kom pogledu ne odražava stavove i mišljenja donatora.

Lista skraćenica.....	7
1. Uvod.....	9
1.1. O projektu i izvještaju.....	9
1.2. Predmet, cilj, metod istraživanja i izvori informacija.....	10
1.2.1. Predmet istraživanja.....	10
1.2.2. Cilj i metod istraživanja.....	10
1.2.3. Izvori informacija.....	10
1.3. Posjete.....	11
1.4. Zaključci.....	11
1.5. Preporuke.....	13
1.5.1. Preporuke u odnosu na Bolnicu u Kotoru.....	13
1.5.2. Preporuke u odnosu na Kliniku u Podgorici.....	15
1.5.3. Preporuke u odnosu na Odjeljenje u Nikšiću.....	16
2. Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor.....	17
2.1. Opšte informacije.....	17
2.1.1. Kapacitet bolnice, broj i struktura pacijenata i trajanje hospitalizacije.....	17
2.1.2. Planovi za izmještanje forenzičkih pacijenata u posebnu bolnicu.....	18
2.1.3. „Socijalni pacijenti“ i deinstitucionalizacija.....	18
2.1.4. Preporuke.....	19
2.2. Zabrana zlostavljanja (mučenja, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja).....	20
2.2.1. Opšta zapažanja.....	20
2.2.2. Sredstva obuzdavanja – ograničavanje slobode kretanja.....	21
2.2.3. Preporuke.....	23
2.3. Materijalni uslovi.....	24
2.3.1. Smještaj i ishrana.....	24
2.3.2. Preporuke.....	25
2.4. Tretman.....	26
2.4.1. Pristanak na tretman.....	26
2.4.1.1. Usklađenost domaćih propisa i međunarodnih standarda.....	26
2.4.1.2. Preporuke.....	28
2.4.2. Sadržaj tretmana.....	28
2.4.2.1. Međunarodni standardi, zapažanja CPT i osnovne informacije o primjeni radno-okupacione terapije u Bolnici.....	28
2.4.2.2. Radno-okupaciona terapija.....	30
2.4.2.3. Akcioni plan za unapređenje radno-okupacione terapije u Bolnici.....	31
2.4.2.4. Ukupni rezultat NVO projekata na jačanju radno-okupacione terapije.....	33
2.4.2.5. Preporuke.....	33
2.4.3. Bjekstva, samoubistva i smrtni slučajevi.....	34
2.4.4. Preporuke.....	34
2.5. Osoblje.....	34
2.5.1. Nedostatak medicinskih tehničara.....	34
2.5.2. Preporuke.....	35

2.6. Zaštita prava na slobodu i lični integritet u pogledu prisilnog smještaja u Bolnicu, tokom boravka i otpusta	35
2.6.1. Opšte garancije.	35
2.6.2. Usklađenost domaćih propisa sa međunarodnim standardima.	36
2.6.3. Preporuka za Ministarstvo pravde	38
2.7. Sudska kontrola prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu	38
2.7.1. Primjena mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.	39
2.7.1.2. Izricanje mjere od strane Suda za prekršaje u prekršajnom postupku	39
2.8. Sudsko odjeljenje / jedinica sudske psihijatrije – JSP	41
2.8.1. Osnovne napomene o odjeljenju i preporuke CPT.	41
2.8.2. Smještajni kapaciteti i obezbjeđenje	42
2.8.3. Problem nedostatka zdravstvenog osiguranja i liječenje u drugim ustanovama	44
2.8.4. Zdravstveni radnici.	44
2.8.5. Tretman.	44
2.8.6. Preporuke	45
2.9. Odjeljenje za bolesti zavisnosti	45
2.9.1. Materijalni uslovi	45
2.9.2. Preporuke	47
2.10. Zaštita prava pacijenata.	47
2.10.1. Nadležna tijela	47
2.10.2. Preporuke	48
3. Psihijatrijska klinika Kliničko-bolničkog centra Crne Gore u Podgorici	49
3.1. Opšte informacije.	49
3.2. Uslovi smještaja i tretman	49
3.3. Hronologija zalaganja za unapređenje uslova rada	50
3.4. Građevinske investicije	51
3.5. Zaštita prava pacijenata.	51
3.6. Preporuke	52
4. Psihijatrijsko odjeljenje Opšte Bolnice u Nikšiću.	53
4.1. Opšte informacije.	53
4.2. Zdravstveni radnici	53
4.3. Struktura pacijenata, pristanak na liječenje i trajanje hospitalizacije	54
4.4. Tretman	54
4.5. Registri	55
4.6. Zaštita prava pacijenata.	55
4.7. Preporuke	55
DODATAK I	57
Pregled normativnog okvira i analiza javnog finansiranja Specijalne bolnice, Klinike za psihijatriju i Odjeljenja za psihijatriju	59
I.1. Uvod.	59
I.2. Normativni okvir.	59
I.2.1. Opšti propisi	59
I.2.1.1. Specijalna bolnica.	60
I.2.1.2. Klinika za psihijatriju.	60
I.2.1.3. Odjeljenje za psihijatriju	60
I.3. Finansiranje zdravstvene zaštite	60
I.3.1. Opšte informacije	60

I.3.2. Finansiranje Specijalne bolnice.	62
I.3.2.1. Opšta ocjena	62
I.3.2.2. Finansiranje iz budžeta	62
I.3.2.2. Donacije	62
I.3.3. Finansiranje Klinike.	62
I.3.3.1. Opšta ocjena	62
I.3.3.2. Finansiranje iz budžeta	62
I.3.3.3. Donacije	63
I.3.4. Finansiranje Odjeljenja za psihijatriju	63
I.3.4.1. Opšta ocjena	63
I.3.4.2. Finansiranje iz budžeta	63
I.3.4.3. Donacije	63
I.4. Zaključci i preporuke	63
I.4.1. Zaključci i preporuke.	63
DODATAK II.	65
Prisilni psihijatrijski smještaj i prisilno psihijatrijsko liječenje: međunarodni standardi i ocjena crnogorskih zakona	67
II.1. Uvod.	67
II.2. Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom – standardi	67
II.2.1. Smještanje u psihijatrijske ustanove	68
II.2.2. Prisilno liječenje	69
II.3. Standardi Savjeta Evrope	70
II.3.1. Smještaj u psihijatrijske ustanove	70
II.3.2. Uslovi za prisilno smještanje u psihijatrijske institucije.	71
II.3.3. Garancije u vezi sa postupkom prijema i tokom prijema u psihijatrijsku ustanovu.	72
II.3.4. CPT standardi – prisilni smještaj	73
II.3.5. Prisilno liječenje	74
II.3.6. CPT standardi – prisilno liječenje	74
II.4. Praksa koja obećava	75
II.4.1. Razvijanje zakonodavstva, politika i prakse.	76
II.4.1.1. Istina i pomirenje u psihijatrijskim uslugama.	76
II.4.2. Razvijanje odgovarajućeg sistema zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja	77
II.4.2.1. Zajednica zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja u Trstu: „Otvorena vrata – bez ograničenja“	77
II.4.3. Izbjegavanje upotrebe prisile u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja: podrška u relevantnom donošenju odluka	78
II.4.3.1. Konferencija porodične grupe: Ajndhoven model.	78
II.4.3.2. Aranžman koji podržava donošenje odluka uz podršku – Kancelarija javnog advokata Južne Australije	79
II.4.3.3. Švedski lični ombudsman	79
II.4.3.4. Sporazumni zastupnik: Rumunski model	80
II.5. Ocjena crnogorskog zakonodavstva po pitanju smještaja u psihijatrijsku ustanovu i psihijatrijskog liječenja	85
II.5.1. Lišavanje poslovne sposobnosti.	81
II.5.2. Diskriminacija	81
II.5.3. Ograničenja prava i sloboda	82
II.5.4. Prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu.	82
II.5.4.1. Dobrovoljna i prisilna hospitalizacija.	83
II.6. Deinstitutionalizacija.	85
II.7. Zaključci i preporuke	86

CONCLUSIONS	89
1.1. General	89
1.2. Living Conditions	89
1.3. „Social Patients“ and Forensic Patients in the Hospital	89
1.4. Lack of Nursing Personnel	89
1.5. Ill-Treatment and Deaths in the Hospital	90
1.6. Lack of Occupational Therapy	90
1.7. Involuntary Hospitalization, Consent to Treatment and Use of Means of Restraint	90
1.8. Forensic Psychiatric Unit	90
1.9. Awareness of Rights	91
RECOMMENDATIONS	92
2. Special Psychiatric Hospital in Kotor	92
2.1. General recommendations	92
2.2. Prohibition of ill-treatment (torture, inhuman or degrading treatment or punishment)	92
2.3. Material conditions at the Hospital	93
2.4. Treatment	93
2.4.1. Consent to Treatment	93
2.4.2. Implementation of Treatment	93
2.5. Staff	94
2.6. Protection of the right to liberty and personal integrity with regard to involuntary accommodation upon admission to the Hospital, during stay and release	94
2.7. Forensic Psychiatric Unit	94
2.8. Substance abuse ward	95
2.9. Protection of the rights of patients	95
3. Psychiatric Unit at the General Hospital in Nikšić	95
4. Psychiatric Clinic at the Clinical Centre of Montenegro in Podgorica	95

LISTA SKRAĆENICA

ANIMA	Centar za žensko i mirovno obrazovanje
AOTA	Američko udruženje radnih terapeuta
CB	Centar bezbjednosti
CPT	Evropski komitet za sprečavanje mučenja ili ponižavajućeg i nečovječnog postupanja ili kažnjavanja (<i>European Committee for Prevention of Torture or Degrading and Inhuman Treatment or Punishment</i>)
EKLJP	Evropska konvencija o ljudskim pravima
ESLJP	Evropski sud za ljudska prava
FACT	Pilot program tretmana mentalnog zdravlja u zajednici
HRA	Akcija za ljudska prava / <i>Human Rights Action</i>
JSP	Jedinica sudske psihijatrije
JU	Javna ustanova
KCCG	Klinički centar Crne Gore
KZ	Krivični zakonik
MDAC	<i>Mental Disability Advocacy Center</i>
MKT	Metakognitivni trening
NVO	Nevladina organizacija
NPM	Nacionalni preventivni mehanizam
OB	Opšta bezbjednost
OS	Osnovni sud
ROT	Radno-okupaciona terapija
SPB	Specijalna psihijatrijska bolnica
UN	Ujedinjene nacije
ZIKS	Zavod za izvršenje krivičnih sankcija
ZKP	Zakon o krivičnom postupku
ZVP	Zakon o vanparničnom postupku
ZU	Zdravstvena ustanova
ZZODS	Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Republike Hrvatske

1. UVOD

1.1. O PROJEKTU I IZVJEŠTAJU

Ovaj izvještaj o poštovanju prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama u Crnoj Gori – u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru, na Klinici za psihijatriju u Podgorici i na Odjeljenju za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću – nastao je u okviru projekta „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima“, koji su sprovele nevladine organizacije Akcija za ljudska prava (HRA) iz Podgorice, Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA iz Kotora i Mental Disability Advocacy Center (MDAC) iz Budimpešte od početka 2016. pa do kraja juna 2017. godine.

Cilj projekta je bio da se poboljša stanje ljudskih prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima, u okviru opštijeg cilja da organizacije civilnog društva unaprijede svoje kapacitete da podrže poštovanje ljudskih prava. Projekat su podržale Evropska unija posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori, a naknadno i opština Kotor.

Monitoring poštovanja ljudskih prava pacijenata u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama u Crnoj Gori bila je jedna od aktivnosti predviđenih projektom. U okviru ostalih aktivnosti izrađen je Akcioni plan za jačanje radno-okupacione terapije u Bolnici u Kotoru, finansirani su i uspješno sprovedeni projekti lokalnih NVO koje su neposredno pomogle izvođenje raznih aktivnosti radno-okupacione terapije u Bolnici, analiziran je Zakon o vanparničnom postupku u pogledu prinudnog smještaja u psihijatrijsku bolnicu i oduzimanja poslovne sposobnosti u odnosu na međunarodne standarde ljudskih prava, izrađen izvještaj „Modeli deinstitucionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici“, sprovedeno istraživanje o pacijentkinjama s mentalnim oboljenjima i istraživanje javnog mnjenja o opštoj percepciji problema mentalnog zdravlja i distanci koju društvo pravi u odnosu na osobe sa mentalnim oboljenjima.

U okviru projekta je zaključen i sporazum o saradnji između nosioca projekta HRA i Ministarstva zdravlja, 1. marta 2016. godine, koji je omogućio nenajavljene posjete monitora nevladinih organizacija Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Dobroti, Kotor (u nastavku „Bolnici“), Psihijatrijskoj klinici Kliničkog Centra Crne Gore („Klinici“) i Odjeljenju za psihijatriju u okviru JZU Opšte Bolnice u Nikšiću („Odjeljenju“), izradu izvještaja o posjetama i razgovor o izvještaju na okruglom stolu i sprovođenje drugih aktivnosti predviđenih projektom.¹

Ovom izvještaju, koji je objavljen u junu 2017. godine, prethodio je izvještaj koji su u martu 2013. godine objavile nevladine organizacije HRA, Centar za građansko obrazovanje, Centar za antidiskriminaciju EKVISTA i Sigurna ženska kuća o poštovanju prava pacijenata u istim zdravstvenim ustanovama o kojima se govori u ovom izvještaju². Još tada su istaknuti problemi u radu Bolnice u Kotoru, u vidu nedovoljne radno-okupacione terapije, nepoštovanja prava na privatnost pacijenata, nedostataka u organizaciji i kapacitetima Sudskog odjeljenja, i tzv. socijalnih pacijenata, koje je uočio Evropski komitet za sprečavanje mučenja (CPT) prilikom posjeta Crnoj Gori još 2004, 2008. i 2013. godine, a koji su aktuelni i 2017. godine. U odnosu na Kliniku u Podgorici, glavni zaključak je bio da ju je neophodno hitno renovirati, a na Odjeljenju u Nikšiću je najvažnije bilo obezbijediti pacijentima mogućnost da borave na svježem vazduhu i da se bolje informišu o svojim pravima. Ovaj izvještaj se nadovezuje na nalaze iz 2013. godine i ukazuje na promjene do kojih je došlo u međuvremenu. Izvještaj sadrži i zapažanja i preporuke monitoring tima u kontekstu standarda Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja (CPT standarda), preporuka koje je taj komitet ranije dao Crnoj Gori, preporuka Zaštitnika ljudskih prava i sloboda Crne Gore (Ombudsmana) i NVO.

Saradnja sa Ministarstvom zdravlja je bila korektna, dok je saradnja sa Bolnicom u Kotoru, Opštom bolnicom u Nikšiću i Klinikom bila izuzetna. Sve ustanove, a posebno uprava i osoblje Bolnice u Kotoru, pokazali su se otvorenim za saradnju sa NVO, strpljivo su odgovarali na brojna pitanja i u mnogome doprinijeli sadržaju ovog izvještaja.

Posebno zahvaljujemo na saradnji:

- prof. dr Budimiru Šegrtu, bivšem ministru zdravlja u Vladi Crne Gore,
- dr Kenanu Hrapoviću, ministru zdravlja u Vladi Crne Gore,
- dr Draganu Čabarkapi, direktoru Specijalne bolnice za Psihijatriju u Kotoru,
- dr Jovu Đedoviću, načelniku Odjeljenja sudske psihijatrije u Bolnici u Kotoru,
- dr Marini Roganović, načelnici Odjeljenja za liječenje bolesti zavisnosti u Bolnici u Kotoru,

1 Memorandum je dostupan na: <http://www.hracion.org/wp-content/uploads/memorandum.pdf>.

2 Izvještaj „Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama“ dostupan je na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_Dobrota_CG.pdf.

- dr Iliji Ašaninu, direktoru JU Opšte bolnice u Nikšiću,
- Zorici Kovačević, direktorki Kliničkog centra Crne Gore,
- dr Radojki Mičović, načelnici Odjeljenja za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću,
- dr Željku Goluboviću, načelniku Klinike za psihijatriju Kliničkog centra u Podgorici, i
- Đurđi Garić, glavnoj sestri Klinike za psihijatriju Kliničkog centra u Podgorici,

kao i ostalim zdravstvenim radnicima, pacijentkinjama³ i pacijentima Bolnice, Odjeljenja i Klinike, koji su sa nama razgovarali prilikom posjeta.

Hvala i svim saradnicima i prijateljima naših organizacija, koji su doprinijeli izvještaju i projektu.

1.2. PREDMET, CILJ I METOD ISTRAŽIVANJA I IZVORI INFORMACIJA

1.2.1. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja je poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama u Crnoj Gori.

Psihijatrijski pacijenti u Crnoj Gori ambulantno se liječe u osam centara za mentalno zdravlje⁴, dok se bolničko liječenje sprovodi u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru, na Odjeljenju za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću i na Klinici za psihijatriju Kliničkog centra u Podgorici, stacionarnim ustanovama koje su bile predmet monitoringa u ovom projektu. Pored toga, 2016. godine je osnovano i Odjeljenje za psihijatriju pri Opštoj bolnici u Bijelom Polju, koje, kao tek uspostavljeno, nije bilo uključeno u istraživanje.

Specijalna bolnica za psihijatriju u Kotoru jedina vrši prisilnu hospitalizaciju na teritoriji Crne Gore i zbrinjava i sudske ili forenzičke pacijente, tj. pacijente koje u Bolnicu upućuju sud i Zavod za izvršenje krivičnih sankcija.

1.2.2. Cilj i metod istraživanja

Cilj izvještaja je da sagleda i ocjeni trenutno stanje poštovanja ljudskih prava pacijenata u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama, kao i da posluži daljem unapređenju poštovanja njihovih prava u praksi.

Prilikom izrade izvještaja korišćene su metode kvalitativnog istraživanja, analize sadržaja propisa i njihove usklađenosti sa međunarodnim standardima i preporukama međunarodnih ekspertskih tijela, kao i analize primjene propisa u praksi.

1.2.3. Izvori informacija

Izvještaj je, osim na neposrednim zapažanjima monitora, zasnovan i na:

- a) podacima dobijenim od direktora Bolnice;
- b) podacima dobijenim od direktora Klinike;
- c) podacima dobijenim od direktora Opšte bolnice u Nikšiću;
- d) podacima dobijenim od Ministarstva zdravlja;
- e) intervjuima sa zaposlenim osobljem i pacijentima;
- f) pregledanoj dokumentaciji u psihijatrijskim ustanovama;
- g) međunarodnim standardima: Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom⁵, Evropskoj konvenciji za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda⁶, Međunarodnom paktu o građanskim i političkim pravima⁷, Stan-

3 U ovom izvještaju su korišćeni iskazi pacijentkinja iz istraživanja koje su u okviru projekta sprovele psihološkinje Anime Ljupka Kovačević i Ervina Dabižinović „Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru“.

4 Centri za mentalno zdravlje su uspostavljeni u skladu sa *Strategijom unapređenja mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori* kao vid vanbolničkog liječenja. Od planiranih 9 centara za mentalno zdravlje radi 8, a nije osnovan planirani centar u Andrijevici.

5 Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, Službeni list Evropske zajednice broj 2008/1 75/01. Konvencija je usvojena 13. decembra 2006. godine, otvorena za potpisivanje 30. marta 2007, a stupila na snagu 3. maja 2008 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/the-10th-anniversary-of-the-adoption-of-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crp-d-crp-d-10.html>). U odnosu na Crnu Goru Konvencija važi od 4. avgusta 2009. godine.

6 *Sl. list SCG – Međunarodni ugovori*, br. 9/2003, 5/2005 i 7/2005.

7 Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima, *Sl. list SFRJ – Međunarodni ugovori*, broj 7/71.

dardima CPT⁸, izvještajima CPT o posjetama Crnoj Gori 2004. godine⁹, 2008. godine¹⁰ i 2013. godine¹¹, kao i izvještajima CPT o posjetama drugim državama¹²;

- h) zakonima i podzakonskim aktima: Zakonu o zaštiti prava mentalno oboljelih lica¹³, Zakonu o vanparničnom postupku¹⁴, Krivičnom zakoniku¹⁵, Zakonu o krivičnom postupku¹⁶, Zakonu o prekršajima¹⁷, Protokolu o načinu vršenja službe obezbjeđenja u zdravstvenoj ustanovi Specijalna bolnica za psihijatriju, Statutu ZU Specijalne bolnice za psihijatriju „Dobrota“, Kotor, Statutu Kliničkog centra Crne Gore, Statutu ZU Opšte bolnice u Nikšiću;
- i) odlukama Osnovnog suda u Kotoru i Višeg suda u Podgorici u odnosu na prinudni smještaj u Bolnicu;
- j) strateškim dokumentima koji se odnose na mentalno zdravlje u Crnoj Gori, Strategiji unapređenja mentalnog zdravlja iz 2004. godine i akcionim planovima za njenu primjenu.

1.3. POSJETE

Za potrebe istraživanja predstavljenog u izvještaju obavljeno je 13 monitoring posjeta Bolnici, Klinici i Odjeljenju, i to: osam posjeta Bolnici, tri posjete Klinici i dvije posjete Odjeljenju.¹⁸

Posjete je sproveo tim monitora HRA i Anime koji su činile: dr Olivera Vulić, specijalista psihijatrije, mr Tea Gorjanc Prelević, pravica, Mirjana Radović, pravica, Martina Markolović, socijalna radnica, i Paula Petričević, filozofkinja. Njima su se 22. i 23. juna 2016. godine pridružili Oana Girlescu i Stephen Klein iz MDAC¹⁹. Posjete su podrazumijevale razgovore sa upravom, medicinskim osobljem i pacijentima, obilazak prostorija i pregled i analizu dokumentacije (u odnosu na Bolnicu)²⁰.

1.4. ZAKLJUČCI

Prava mentalno oboljelih osoba kao osoba s invaliditetom

Prava mentalno oboljelih osoba se moraju posmatrati i kao prava osoba sa mentalnim (ili psiho-socijalnim) invaliditetom koja štiti Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom. Crna Gora je ratifikovanjem ove konvencije 2009. godine preuzela obavezu da poštuje principe nediskriminacije, autonomije i inkluzije ovih osoba, odnosno, da svim osobama s invaliditetom garantuje jednakost u pravima na ravnopravnoj osnovi sa drugima. Zabrana diskriminacije po osnovu intelektualnog ili mentalnog invaliditeta konkretno zahtijeva poštovanje slobode volje osoba sa intelektualnim i mentalnim ili psiho-socijalnim invaliditetom, i drugačije shvatanje njihove poslovne

8 Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), Strazbur, mart 2017, dostupno na: <https://rm.coe.int/168070750e>.

9 Izvještaj Crnogorskoj vladi i posjeti Crnoj Gori Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja obavljenoj od 16. do 28. septembra 2004. godine (Report to the Government of Montenegro on the visit to Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or degrading Treatment or punishment (CPT) from 16 to 28 September 2004), dostupno na: <https://rm.coe.int/1680697752>.

10 Izvještaj Crnogorskoj vladi i posjeti Crnoj Gori Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja obavljenoj od 15. do 22. septembra 2008. godine (Report to the Government of Montenegro on the visit to Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or degrading Treatment or punishment (CPT) from 15 to 22 September 2008), dostupno na: <https://rm.coe.int/1680697752>.

11 Report to the Government of Montenegro on the visit to Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or degrading Treatment or punishment (CPT) from 13 to 20 February 2013, dostupno na: <https://rm.coe.int/1680697756>.

12 Report to the Azerbaijani Government on the visit to Azerbaijan carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or degrading Treatment or punishment (CPT) from 8 to 12 December 2008, dostupno na: <https://rm.coe.int/16806852ef>. Izvještaj Vladi Bosne i Hercegovine o posjeti Bosni i Hercegovini Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja ili nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja od 29. septembra do 9. oktobra 2015: http://www.mhrr.gov.ba/ljudska_prava/default.aspx?id=727&langTag=bs-BA.

13 Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, Sl. list RCG broj 32/2005 i Sl. list Crne Gore broj 27/2013.

14 Zakon o vanparničnom postupku, Sl. list RCG broj 27/2006 i Sl. list Crne Gore broj 20/2015.

15 Krivični zakonik Crne Gore, Sl. list RCG broj 70/2003, 13/2004, 47/2006 i Sl. list CG, broj 40/2008, 25/2010, 32/2011, 40/2013 i 56/2013.

16 Zakonik o krivičnom postupku, Sl. list CG, broj 57/09, 49/10, 47/14 i 2/15.

17 Zakon o prekršajima, Sl. list CG, br. 1/2011, 6/2011, 39/2011 i 32/2014.

18 Ukupni broj posjeta Bolnici je bio veći, imajući u vidu sprovođenje i drugih aktivnosti predviđenih projektom kao što su, primjera radi, selekcija NVO koje su sprovele projekte u Bolnici, izrada filma, sprovođenje rodno zasnovanog istraživanja i sl. Pregled aktivnosti u projektu je dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Van_izolacije-Opis_aktivnosti.pdf.

19 Oana Girlescu je pravica, dok je Stephen Klein bio inspektor u ustanovama za mentalno zdravlje u Velikoj Britaniji od 1995. Oboje imaju dugogodišnje iskustvo u monitoringu ustanova u kojima borave psihijatrijski pacijenti. Oni su prije početka monitoringa održali obuku za ostale članove tima.

20 U analizi dokumentacije su pomogli i Luka Stijepović, Bojana Maslovar i Milica Brajković.

sposobnosti. Ovi standardi uspostavljeni na nivou Ujedinjenih nacija imaju primat nad drugim standardima, uključujući i one koje je ustanovio Savjet Evrope i u okviru njega CPT.

Važeći propisi, Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i Zakon o vanparničnom postupku, omogućavaju podvrgavanje osoba prisilnom tretmanu što predstavlja kršenje Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. Propisi se, dakle, moraju uskladiti sa Konvencijom posebno u pogledu zabrane upotrebe sredstava obuzdavanja pacijenata, prisilne hospitalizacije i prisilnog tretmana, kao i poštovanja prava na život u zajednici. Do konačnog usklađivanja propisa potrebno je neposredno primjenjivati standarde propisane Konvencijom, koji zahtijevaju ukidanje prakse primjene prinude. U početnim koracima u reformi biće naročito važno da se stvori mreža podrške osobama koje treba da donesu sopstvenu odluku o liječenju i da se razvije holistički pristup liječenju.

Nedostatak kapaciteta za liječenje maloljetnika, zavisnica i zavisnika

Crna Gora nema odgovarajuće bolničke uslove za liječenje žena zavisnica od alkohola i narkotika, kao ni za psihijatrijsko liječenje maloljetnika. Zbog nedostatka prostora, na listi čekanja na prijem u Bolnicu u Kotoru nalaze se i zavisnici kojima je sud izrekao mjere bezbjednosti obaveznog liječenja narkomana i obaveznog liječenja alkoholičara.

Materijalni uslovi u ustanovama

Materijalni uslovi za liječenje su zadovoljavajući jedino na Odjeljenju za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću, koje je nedavno potpuno renovirano zahvaljujući privatnoj donaciji. Psihijatrijska klinika Kliničkog centra Crne Gore je bila u izuzetno lošem stanju koje je nedavno donekle sanirano, ali će se pozitivno terapijsko okruženje postići tek izgradnjom novog objekta. Uprkos poboljšanjima, u Bolnici u Kotoru pacijentima još uvijek nije ponuđeno pozitivno terapijsko okruženje koje pogoduje bržem oporavku, pa bi dalji koraci u tom pravcu bili neophodni. Materijalne uslove i higijenu je posebno potrebno unaprijediti na hroničnim odjeljenjima Bolnice, na kojima je uočeno da pojedini pacijenti spavaju bez posteljine, pokriveni samo ćebadima.

„Socijalni pacijenti“ i potreba za deinstitutionalizacijom

Oko 46% pacijenata Bolnice u Kotoru čine tzv. socijalni pacijenti, za čijim bolničkim liječenjem više nema potrebe, ali koji nastavljaju da žive u Bolnici jer država za njihovo zbrinjavanje nema rješenje. Jedino zakonom predviđeno rješenje za ove osobe je premještanje u ustanovu socijalne zaštite (dom za stare ili ustanovu za osobe sa intelektualnim invaliditetom), što se u praksi rijetko sprovodi, a i protivno je njihovom pravu na život u društvenoj zajednici prema Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom.

Razvoj komunalne psihijatrije, liječenje u zajednici u sadejstvu sa unaprijeđenim uslugama socijalne zaštite, koje bi uključile stanovanje uz podršku, omogućio bi deinstitutionalizaciju socijalnih pacijenata i znatno smanjenje novih hospitalizacija. Ovakav razvoj je Crnoj Gori neophodan da bi obezbijedila poštovanje ljudskih prava mentalno oboljelih osoba. U tom cilju, ona mora da razvije strategiju deinstitutionalizacije u okviru strategije zaštite mentalnog zdravlja, kako bi ovaj problem počeo sistemski i postupno da se rješava.

Forenzički pacijenti i Sudsko odjeljenje

Drugu veliku grupu od oko 40% pacijenata Bolnice u Kotoru čine pacijenti koje su na liječenje uputili sud, odnosno zatvor (sudski ili forenzički pacijenti), iako Bolnica ni danas nema adekvatne uslove za njihovo čuvanje. Troškovi njihovog obezbjeđivanja na Sudskom odjeljenju finansijski iscrpljuju Bolnicu. Izgradnja posebne bolnice u koju bi se izmjestili forenzički pacijenti i u kojoj bi se liječili zatvorenici i dalje nije izvjesna uprkos najavama.

Kada bi se postiglo da se iz Bolnice izmjesti ove dvije velike grupe pacijenata, socijalni i forenzički, stvorili bi se optimalni uslovi za njen rad i zbrinjavanje pacijenata u akutnom stanju bolesti.

Protokol o radu Sudskog odjeljenja i dalje ne postoji. Radnici obezbjeđenja, koji nijesu obučeni za ophođenje sa pacijentima sa mentalnim oboljenjima, nalaze se unutar odjeljenja, što je praksa koju CPT kritikuje od 2008. godine i preporučuje da se zgrada spolja obezbjeđuje. Ova praksa je posljedica nedostatka srednjeg medicinskog osoblja.

Nedostatak kadra u Bolnici i na Odjeljenju

U Bolnici i dalje nema dovoljno srednjeg medicinskog kadra. Ne postoji ograničenje u pogledu broja sati prekovremenog rada, što dodatno povećava rizik od izgaranja na poslu („burn out“ sindrom). Primili smo tri žalbe vezane za zlostavljanje koje nijesu potvrđene. U Bolnici ne postoji poseban protokol za postupanje po prijavama navoda o zlostavljanju. U odnosu na 2013. godinu na Odjeljenju je došlo do smanjivanja broja sestara, imajući u vidu da su u međuvremenu 3 sestre penzionisane, a da njihova radna mjesta nijesu popunili novi kadrovi.

Nedovoljna radno-okupaciona terapija

Ono što je zajedničko svim psihijatrijskim ustanovama je da se nedovoljno sprovodi radno-okupaciona terapija (ROT). Ova terapija predstavlja veoma važan stub liječenja mentalnih oboljenja po međunarodnim standardima na koje CPT ukazuje Crnoj Gori počev od prve posjete 2004. godine.

Do sprovođenja ovog projekta radno-okupaciona terapija se u Bolnici sprovodila više kao izuzetak nego pravilo zbog nedostatka sredstava i nedovoljne motivisanosti pacijenata i zdravstvenih radnika. Iako je šest projekata NVO u 2016. i 2017. značajno povećalo uključenost pacijenata u različite aktivnosti ovog vida terapije, ove aktivnosti bi i po okončanju ovih projekata trebalo redovno nastaviti i pojačati, jer za to sada postoje uslovi.

Prisilne hospitalizacije i prisilno liječenje

Dosljedno se sprovodio važeći Zakon o vanparničnom postupku, koji od 2015. godine sadrži garancije prava osobe koja se prisilno hospitalizuje na to da je zastupa advokat, da je sud obavezno vidi i sasluša i obezbijedi mišljenje psihijatra van Bolnice o potrebi za prisilnom hospitalizacijom. Rokove u kojima sud odlučuje u ovom postupku treba upodobiti onima u kojima se odlučuje o lišavanju slobode u krivičnom postupku.

Zabilježeno je smanjivanje prisilnih hospitalizacija – 2016. ih je zabilježeno više nego dvostruko manje nego 2015, a predviđanja su i da 2017. bude na nivou 2016. U ovom kontekstu je veoma važno da pristanak na liječenje bude slobodan i zasnovan na tačnim informacijama, dok se u protivnom moraju obezbijediti garancije prava koje važe kod prisilne hospitalizacije. Imajući u vidu pravo osobe sa invaliditetom na poštovanje njenog fizičkog ili mentalnog integriteta na osnovu jednakosti sa drugima, države ugovornice imaju obavezu da ne dozvole zamjenskim donosiocima odluka da daju saglasnost u ime osoba sa invaliditetom. Cjelokupno zdravstveno i medicinsko osoblje treba da obezbijedi odgovarajuće konsultacije u kojima direktno učestvuje osoba sa invaliditetom. Oni takođe treba da obezbijede, prema svojim najboljim sposobnostima, da pomagači ili osobe za podršku ne odlučuju umjesto osobe ili da ne vrše neprimjeren uticaj na odluke osoba sa invaliditetom. “Ove standarde je važno imati u vidu i u kontekstu našeg nalaza da nekoliko pacijenata s kojima smo razgovarali, a koji su dali saglasnost za liječenje, nijesu mogli da objasne zašto su donijeli odluku da se podvrgnu bolničkom tretmanu, osim da to „tako treba jer pate i oni i porodica“ i da su tu jer su ih nagovorili članovi porodice.

Ako sud na osnovu sprovedenih dokaza utvrdi da je okrivljeni učinio određeno krivično djelo i da je u vrijeme izvršenja krivičnog djela bio neuračunljiv ili bitno smanjeno uračunljiv, okrivljenom će izreći mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi. Ove odredbe nisu u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, koja posebno zabranjuje prisilno liječenje. CPT je preporučio da se i kod pacijenata, koje sud uputi na obavezno liječenje, zahtijeva saglasnost za liječenje.

U odnosu na navedena lica, sudovi koji su izrekli mjeru ne vrše poseban nadzor, ali im Bolnica dostavlja izvještaje najmanje jednom godišnje na osnovu kojih se ispituje trajanje mjere. Ostaje da se primjene preporuke CPT iz 2013. godine, da se u postupku ispitivanja mjere bezbjednosti u svakom slučaju obezbijedi javna rasprava, saslušanje osobe o kojoj sud odlučuje i alternativno mišljenje vještaka.

Informisanost pacijenta o njihovim pravima

Pacijenti nisu dovoljno obaviješteni da imaju pravo da podnose žalbe na tretman u psihijatrijskim ustanovama nadzornim tijelima. Savjet za zaštitu prava pacijenata Bolnice u Kotoru nije dovoljno transparentno i operativno tijelo, o njemu pacijenti ne znaju dovoljno, kao ni o pravu da se žale Ombudsmanu. Pacijenti nisu obaviješteni da mogu i usmeno da se obrate Zaštitniku prava pacijenata u Opštoj bolnici u Nikšiću.

1.5. PREPORUKE**1.5.1. Preporuke u odnosu na Bolnicu u Kotoru**

- 1) Uložiti napore da se što prije započne izgradnja posebne bolnice koja će omogućiti liječenje i čuvanje pacijenata lišenih slobode u krivičnom postupku.
- 2) Usvojiti preporuke CPT u odnosu na: a) propisivanje davanja pisane saglasnosti na tretman od strane forenzičkih pacijenata; b) obezbijedenje da sud prilikom odlučivanja o produžetku mjere bezbjednosti obavezno sasluša lice o kojem odlučuje, i c) da mu se obezbijedi pravo da zahtijeva da sud u postupku pribavi mišljenje psihijatra van bolnice (čl. 475 ZKP).
- 3) Ministarstvo pravde i Ministarstvo zdravlja treba da formiraju radnu grupu sa zadatkom da preispita postojeće zakone, politike i praksu u vezi sa prisilnom hospitalizacijom (i prisilnim tretmanom) u odnosu na standarde propisane Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, a u cilju reformisanja zakona u skladu sa međunarodnim standardima. U ovu radnu grupu treba uključiti i predstavnike NVO koje se bave zaštitom prava osoba sa invaliditetom. Neophodno je:

- a. Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i Zakon o vanparničnom postupku reformisati tako da ne omogućavaju prisilnu hospitalizaciju zbog mentalnog oboljenja (mentalno oboljelo lice se, u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom može lišiti slobode samo pod istim uslovima kao i svako drugi),
 - b. Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica usaglasiti sa Konvencijom, posebno čl. 40 Zakona koji propisuje da će se mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da se brine o sebi, a nema srodnike, premestiti iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite, čime podstiče institucionalizaciju umjesto ostvarivanje prava na uključenost u zajednicu.
- 4) Ministarstvo zdravlja treba da Zakon o zaštiti prava osoba sa mentalnim oboljenjima uskladi sa Konvencijom i u pogledu zabrane ograničenja kretanja (obuzdavanja) psihijatrijskih pacijenata, u pogledu preciznijeg ograničavanja kruga lica koja mogu biti podvrgnuta prisilnom liječenju („Prinudno liječenje je naročito problem za ljude sa psihosocijalnim, intelektualnim i drugim kognitivnim smetnjama“), kao i u pogledu brisanja odredbe koja omogućava zakonskom zastupniku ili etičkom komitetu ustanove da donose odluke umjesto same osobe.
 - 5) Sudsko odjeljenje izmjestiti u specijalnu bolnicu u okviru ZIKS, koju bi trebalo hitno izgraditi.
 - 6) Do izgradnje specijalne bolnice, obezbijediti sredstva za adekvatno obezbjeđivanje forenzičkih pacijenata u Bolnici i prilikom njihovog liječenja u drugim ustanovama.
 - 7) Propisati pravila za obezbjeđivanje forenzičkih pacijenata prilikom transfera i boravka u drugim zdravstvenim ustanovama.
 - 8) Preduzeti mjere, posebno u vidu edukacije sudija, da bi se dužina boravka pacijenata sa izrečenom sudskom mjerom obaveznog liječenja skratila u skladu sa oporavkom pacijenta, što bi omogućilo liječenje većeg broja ljudi u trenutnim kapacitetima.
 - 9) Ministarstvo pravde treba da obezbijedi obaveznu odbranu i u postupku izricanja i ispitivanja mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.
 - 10) Usvojiti Strategiju deinstitutionalizacije pacijenata iz Bolnice u Kotoru i prateći akcioni plan, koji bi se zasnivali na razvoju zdravstvene usluge liječenja u zajednici i vođenju novih usluga socijalne zaštite (stanovanje uz podršku, odlučivanje uz podršku i sl) i njihovom povezivanju.
 - 11) Razvijati psihijatriju u zajednici na teritoriji cijele Crne Gore, kroz unapređenje rada centara za mentalno zdravlje koji bi blisko saradivali sa centrima za socijalni rad, kako bi se ostvario krajnji cilj da se pomoć osobama pruži u zajednici i smanji potreba za bolničkim liječenjem.
 - 12) Obezbijediti uslove za stacionarno liječenje maloljetnika i žena zavisnica od alkohola i psihoaktivnih supstanci.
 - 13) Obezbijediti zapošljavanje dovoljnog broja srednjeg medicinskog osoblja i radnih terapeuta u Bolnici u skladu sa aktom o sistematizaciji, obezbijediti i zapošljavanje radnog terapeuta u Bolnici.
 - 14) Riješiti stabilno finansiranje Bolnice potpunim pokrićem materijalnih troškova iz budžeta, odnosno Fonda zdravstva Crne Gore.
 - 15) Obezbijediti sredstva za renoviranje Odjeljenja za liječenje bolesti zavisnosti u Bolnici, povećanje smještajnog kapaciteta odjeljenja ili oformiti odjeljenja istog tipa u nekim drugim zdravstvenim institucijama.
 - 16) Spriječiti da se u Bolnicu dovode osobe u stanju predoziranosti opijatima koje je opasno po život i treba da se zbrinjava na intenzivnoj njezi.
 - 17) Omogućiti da se u svim objektima postigne optimistično terapeutsko okruženje. Posebnu pažnju obratiti na tzv. hronike (muško i žensko hronično odjeljenje), okrečiti i očistiti dnevne boravke i toalete i preduzeti mjere na postizanju većeg nivoa higijene ovih prostorija i omogućiti privatnost pacijentima.
 - 18) Obezbijediti svim pacijentima posteljinu.
 - 19) Omogućiti personalizovanje prostora u kojem pacijenti borave i obezbijediti prostor (ormariće) gdje pacijenti mogu da zaključaju svoje stvari.
 - 20) Poboljšati kvalitet i raznovrsnost ishrane.
 - 21) Opremiti posebne prostorije u okviru paviljona da bi se posjete odvijale nesmetano i u slučaju nepovoljnih vremenskih prilika i nezavisno od dostupnosti trpezarija.
 - 22) Bolnicu učiniti pristupačnom i osobama sa invaliditetom.
 - 23) Obezbijediti rashladne uređaje.
 - 24) Kontinuirano podsjećati osoblje na zabranu mučenja i zlostavljanja.
 - 25) Propisati protokol o postupanju u slučaju prijema informacije o zlostavljanju.
 - 26) Sve navode o mogućem zlostavljanju bez odlaganja prijaviti državnom tužiocu.

- 27) Pacijente i članove njihovih porodica uputiti na pravo da se obrate i Ombudsmanu i tu informaciju vidno istaći.
- 28) Djelovati u pravcu odustajanja od tehnika obuzdavanja i mehaničku i hemijsku fiksaciju smanjiti na apsolutno neophodan minimum, imajući u vidu zabranu obuzdavanja pacijenata prema UN standardima i CPT standarde.
- 29) Ako se u međuvremenu bude primjenjivalo mehaničko obuzdavanje, u tom slučaju pacijent treba da bude pod stalnim nadzorom kvalifikovanog medicinskog radnika, kao i da se obuzdavanje vrši platnenim, a ne kožnim kaiševima.
- 30) Analizirati kako je došlo do slučajeva da se pacijenti uguše hranom i preduzeti mjere da se takvi slučajevi ubuduće spriječe.
- 31) Donijeti uputstvo o prekovremenom radu zaposlenih u Bolnici i kontrolisati njegovu primjenu.
- 32) Raditi na stvaranju podrške osobama sa invaliditetom kako bi bile u prilici da daju slobodan i informisani pristanak.
- 33) Omogućiti obuku zaposlenima u Bolnici na temu standarda koji su propisani Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, posebno o pravu na slobodan i informisan pristanak.
- 34) Obezbijediti da pacijenti imaju, kada je to potrebno, pomoć u donošenju odluka tokom razgovora o tretmanu, imajući u vidu da se prinudno liječenje može primijeniti samo kao poslednja mjera. Ovakav razgovor se mora obaviti posle upoznavanja pacijenta o njihovim pravima i mora se fokusirati na pružanje pacijentu svih medicinski relevantnih informacija, kako bi on ili ona mogli sami da donesu odluku.
- 35) Obezbijediti da se u svakom slučaju izrađuju i sprovode individualni planovi liječenja, koji uključuju i ROT.
- 36) U individualnim planovima liječenja plan ROT treba standardizovati prema dobrim primjerima iz međunarodne prakse tako da sadrži: planiranje aktivnosti; savjetovanje, informisanje i podučavanje; kontinuirane konsultacije sa korisnikom i evaluaciju.
- 37) Kontinuirano motivisati pacijentkinje i pacijente da se uključuju u ROT, u prvom redu tako što će se raznovrsne aktivnosti redovno sprovoditi bez obzira koliko pacijenata u njima učestvuje.
- 38) Održati sve novouvedene oblike ROT projektima NVO za koje su pacijenti pokazali interesovanje i koje su dale najbolje rezultate, i nastaviti redovnu saradnju sa lokalnim NVO.
- 39) Održavati sportske terene funkcionalnim.
- 40) Sprovesti obuku pripadnika obezbjeđenja koji borave na JSP o radu sa pacijentima sa mentalnim oboljenjem.
- 41) Popraviti koševе na sportskom terenu i postaviti nadstrešnicu u prostor za šetnju na JSP.
- 42) Obezbijediti širok izbor aktivnosti radno-okupacione terapije u skladu sa Akcionim planom za unapređenje radno-okupacione terapije u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru²¹, kao i to da forenzički pacijenti učestvuju u tim aktivnostima.
- 43) Obezbijediti odgovorajući nivo higijene na svim odjeljenjima.
- 44) Kontinuirano informisati pacijente o mogućnostima da zaštite svoja prava posredstvom Savjeta za zaštitu prava pacijenata i Zaštitnice prava pacijenata.
- 45) Štampati nove brošure kao i druga uputstva u cilju upoznavanja pacijenata i članova njihovih porodica sa pravima i dijeliti ih svim novopridošlim pacijentima.
- 46) Preispitati potrebu češćeg sastajanja Savjeta za zaštitu prava pacijenata i učiniti transparentnim njegov rad.
- 47) Sudovi za prekršaje treba da se uzdrže od izricanja mjere obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi bez prethodnog upućivanja na posmatranje u psihijatrijsku ustanovu.

1.5.2. Preporuke u odnosu na Kliniku u Podgorici

Ministarstvo zdravlja treba da unaprijedi materijalne uslove boravka pacijenata i rada osoblja. Kliniku treba urediti tako da se:

- 1) smanji postojeći broj kreveta u sobama,
- 2) obezbijedi prostorija za rad sa pacijentima i održavanje terapijskih zajednica,
- 3) obezbijedi informatička oprema za rad osoblja,
- 4) obezbijede ormarići za pacijente koji imaju vrata sa bravom i ključem u kojima bi smjestili svoje lične stvari, odnosno sačuvali privatnost u cilju jačanja osjećaja sigurnosti i autonomije,
- 5) obezbijedi dovoljan broj stolica u skladu sa stvarnim potrebama Klinike da bi se zaposlenima i pacijentima omogućio adekvatan rad i boravak,

21 Plan je dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Konkurs_Akcioni_plan.pdf.

- 6) obezbijedi ležaj sa isključivom namjenom da koristi doktorima za odmor tokom večernjih dežurstava,
- 7) Direktor Klinike treba da obezbijedi redovno obavljanje ROT i motiviše pacijente da učestvuju u ovom obliku terapije.

1.5.3. Preporuke u odnosu na Odjeljenje u Nikšiću

- 1) Obezbijediti materijal kako bi se omogućila redovna primjena radno-okupacione terapije.
- 2) Obezbijediti pravo na redovan, dugotrajan boravak pacijenata na svježem vazduhu, u dvorištu, kao i pokriveni prostor kako bi pacijentima bilo omogućeno da borave van odjeljenja i u slučaju vremenskih neprilika. Za ove potrebe obezbijediti stolove i stolice.
- 3) Spriječiti neposredan pristup odjeljenju u večernjim satima angažovanjem portira ili na drugi način.
- 4) Ispraviti uputstvo u odnosu na način obraćanja Zaštitniku prava pacijenata.

2. SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU KOTOR

2.1. OPŠTE INFORMACIJE O BOLNICI I PACIJENTIMA

2.1.1. Kapacitet bolnice, broj i struktura pacijenata i trajanje hospitalizacije

Kapacitet Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru iznosi 241 postelja, a 19.6.2017. u njoj je bilo hospitalizovano 258 pacijenata, 195 muškaraca i 63 žene. Razlika između evidentiranih pacijenata na bolničkom liječenju i onih koji se stvarno nalaze u Bolnici nastaje zato što se uvijek jedan broj pacijenata nalazi na tzv. adaptacionom vikendu u kućnim uslovima koji traje do sedam dana.

Prosječan broj pacijenata se kreće od 250 do 280 i Bolnica je stalno popunjena (prosječna popunjenost 110%).

Bolnica je jedina psihijatrijska ustanova u Crnoj Gori u kojoj se sprovodi prisilna hospitalizacija. Tokom 2016. godine, na dobrovoljnom liječenju u Bolnici bilo je ukupno 1013 osoba, prisilnih hospitalizacija je bilo 38 (do 4%).²²

Na kraju 2016. godine, u Bolnici se nalazilo 98 tzv. sudskih ili forenzičkih pacijenata, kojima je sud izrekao mjere bezbjednosti obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi i obavezno liječenje narkomana i alkoholičara, ili su bili primljeni iz zatvora na liječenje ili su se nalazili na vještačenju mentalnog stanja. U odnosu na kapacitet Bolnice, ovi pacijenti su činili gotovo polovinu (41%).

U Bolnici je stalno prisutno u prosjeku oko 110 pacijenata za čijim bolničkim liječenjem je prestala potreba, ali koji nastavljaju da žive u bolničkim uslovima jer nemaju porodicu koja bi se starala o njima, a država nema drugo rješenje za njihovo zbrinjavanje. Ova grupa pacijenata zauzima oko 46% bolničkih kapaciteta.

Bolnica je evidentirala 24 pacijenta s oduzetom poslovnom sposobnosti, s tim što se taj podatak ne može uzeti kao pouzdan, jer ni centri za socijalni rad ni porodica ne dostavljaju Bolnici rješenja o oduzetim poslovnim sposobnostima.

Bolnica se sastoji od paviljona u okviru kojih se organizuje rad 8 odjeljenja:

- 1) urgentnog (10 kreveta),
- 2) odjeljenja za liječenje bolesti zavisnosti (11 kreveta),
- 3) akutnog muškog (30 kreveta),
- 4) akutnog ženskog (20 kreveta),
- 5) sudskog odjeljenja (23 kreveta),
- 6) hroničnog muškog (46 kreveta),
- 7) hroničnog ženskog (45), i
- 8) muškog odjeljenja za produženu terapiju (52 kreveta).

Bolnica uglavnom zbrinjava pacijente iz kruga psihoza (F20-F29), oba pola, u akutnoj i hroničnoj fazi bolesti, kao i zavisnike od alkohola (F10) i droga (heroina-F11, uz postojanje i druge dijagnoze, odnosno oboljenja, najčešće F60-poremećaj ličnosti).

U Bolnici se ne liječe maloljetne osobe, jer nema ljekara specijalizovanih za njihovo liječenje. U 2016. godini odobrene su četiri specijalizacije iz oblasti psihijatrije od kojih se jedna odnosi na specijalizaciju iz oblasti dječije i adolescentne psihijatrije. Prema dostupnim podacima, u Dječjoj klinici Kliničkog centra u Podgorici sada radi prvi specijalista dječije i adolescentne psihijatrije, dok su još tri doktora na specijalizaciji iz ove oblasti. Još **ne postoji mogućnost stacionarnog liječenja maloljetnika** u Crnoj Gori.

Najduže trajanje hospitalizacije u Bolnici je 64 godine i to u slučaju pacijentkinje koja je primljena 14. marta 1952. godine i prije nego što je Bolnica zvanično osnovana. Za ostatak bolničke populacije, uz izuzetak grupe od oko stotinu tzv. socijalnih pacijenata, prosječno vrijeme zadržavanja u Bolnici je manje od dva mjeseca. U taj period su uključeni i adaptacioni vikendi u krugu porodice. Ovo vrijeme se čini prihvatljivim.²³

²² Ovdje se misli na hospitalizacije o kojima se odlučuje u vanparničnom postupku, a ne u krivičnom i prekršajnom postupku u kontekstu izvršenja krivičnih djela ili prekršaja.

²³ „Dugotrajna hospitalizacija može povećati motivaciju pacijenta da nastavi psihijatrijski tretman i neophodna je kod nekih pacijenata. Kratka hospitalizacija može biti podjednako učinkovita ako je praćena individualnim planom liječenja nakon otpusta.“ (*Longterm hospitalization may increase the patient's commitment to continued psychiatric care, but short stay with optimal aftercare planning may be just as beneficial. Long-term hospitalization is necessary clinically for some patients, but the evidence is consistent and convincing in indicating that hospitalization should be kept as short as feasible.* „The optimal length of hospitalisation for psychiatric patients: a review of the literature“, Mattes JA, 1982. izvor: PubMed.gov, US National Library of Medicine).

Postojanje Sudskog odjeljenja, odnosno forenzičkih pacijenata, koji zahtijevaju posebno obezbjeđenje, za koje Bolnica nema kapaciteta, kao i hroničnih odjeljenja na kojima žive tzv. socijalni pacijenti, opterećuje Bolnicu i ne dozvoljava da se svi pacijenti zbrinu, liječe i rehabilituju na odgovarajući način.

2.1.2. Planovi za izmještanje forenzičkih pacijenata u posebnu bolnicu

Sudski ili forenzički pacijenti, koji zahtijevaju posebno obezbjeđenje, čine gotovo polovinu pacijenata u Bolnici (98 ili 41%). Njihov broj je odavno prerastao kapacitete Sudskog odjeljenja (vidi str. 52), a Bolnica nikada nije imala adekvatne uslove za njihovo čuvanje.

Uprkos više puta ponovljenim najavama od 2011. godine²⁴, još se nije započelo sa izgradnjom specijalne bolnice u okviru Zavoda za izvršenje krivičnih sankcija (ZIKS), u koju bi se izmjestili forenzički pacijenti i u kojoj bi se liječili i drugi zatvorenici.

Ministarstvo pravde je u maju 2017. godine usvojilo Strategiju za izvršenje krivičnih sankcija 2017–2012 i Akcioni plan za njeno sprovođenje. Jedna od mjera predviđenih planom (2.6.2) je izrada studije izvodljivosti „Izgradnja posebne forenzičke bolnice“ (sa posebnim uslovima za psihijatrijsko posmatranje i vještačenje lica koja su na sudu, kao i izvršenje mjera bezbjednosti, uključujući nabavku opreme u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti) u saradnji sa Ministarstvom zdravlja i ustanovom u Kotoru, koja će u potpunosti biti odvojena od zatvorske uprave (isto 2.3.3)“. **Ipak, izgradnja forenzičke bolnice je i dalje pod znakom pitanja** jer Akcioni plan navodi da će do izgradnje doći „u skladu sa finansijskim mogućnostima.“

U međuvremenu je formirana Radna grupa za izradu studije izvodljivosti „Izgradnja posebne forenzičke bolnice“, koja je u junu 2017. održala dva sastanka u Podgorici, dok se u septembru 2017. očekuje da se predstavi radna verzija te studije.

Žene kojima je izrečena mjera bezbjednosti obavezno liječenje alkoholičarke ili obavezno liječenje narkomanke u zdravstvenoj ustanovi smještaju se, neodgovarajuće, na akutno žensko odjeljenje u okviru Bolnice, jer je Odjeljenje za liječenje bolesti zavisnosti isključivo namijenjeno za smještaj muškaraca (detaljnije na str. 52).

2.1.3. „Socijalni pacijenti“ i deinstitutionalizacija

Takozvanih socijalnih pacijenata, čije zdravstveno stanje ne zahtijeva bolničko liječenje, ali koji ostaju u Bolnici usljed nedostatka drugog odgovarajućeg smještaja, u Bolnici je u junu 2017. godine bilo čak 107 (ili 44%). Ovaj broj varira u zavisnosti od smještaja u domove za stara lica u Bijelom Polju i Risnu ili socijalnu ustanovu za osobe sa intelektualnim invaliditetom „Komanski most“, ili i od smrti pacijenata.

Opterećenje Bolnice gotovo polovinom pacijenata čije zdravstveno stanje ne zahtijeva bolničko liječenje predstavlja jedan od urgentnih problema. CPT je još 2008. konstatovao da je potrebno uložiti napore da se dobrovoljni hronični pacijenti smjeste u kapacitete zajednice.²⁵ U Izvještaju Nacionalnog preventivnog mehanizma (NPM) Zaštitnika ljudskih prava i sloboda Crne Gore iz 2015. godine preporučeno je da se „u skladu sa propisima preduzmu mjere na procjeni opravdanosti daljeg boravka tzv. socijalnih pacijenata“ u Bolnici.²⁶

Podsjećamo da smo još 2011. godine objavili podatak da se u tom trenutku u Bolnici nalazilo 120 socijalnih pacijenata. Do juna 2013. svega su četiri osobe smještene u domove za stara lica i lica sa invaliditetom,²⁷ a od tada do juna 2017. isto toliko. Dakle, stanje je uglavnom ostalo isto i **problem se sistemski nije rješavao.**

Na osnovu Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, kada mentalno oboljelo lice treba otpustiti iz psihijatrijske ustanove, a to lice, zbog svog mentalnog stanja, materijalnih, porodičnih i drugih prilika, nije sposobno da se brine o sebi, niti ima srodnike ili druga lica koja su po zakonu dužna da se o njemu brinu, *premješta se iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite* (čl. 40, kurziv naš). Ovo rješenje, koje se nameće kao jedini oblik socijalne zaštite, znači nastavak institucionalizacije pacijenta i nije u skladu sa savremenim standardima ljudskih prava.²⁸

²⁴ Vidi izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenta smještenih u psihijatrijskim ustanovama, str. 10.

²⁵ Izvještaj crnogorskoj Vladi o posjeti Crnoj Gori Komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja obavljenog od 15. do 22. septembra 2008. (Izvještaj CPT-a o posjeti Crnoj Gori 2008. godine), stav 102.

²⁶ Izvještaj NPM, *JU Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor*, jul 2015, str. 43.

²⁷ Vidi izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, op. cit, str. 10.

²⁸ Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom od 2009. godine obavezuje Crnu Goru pored ostalog i da svim osobama sa mentalnim invaliditetom obezbijedi život u zajednici uz odgovarajuću podršku. Vidi detaljnije izvještaj „Modeli deinstitutionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici“, takođe rezultat projekta „Van izolacije– ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima“, str. 32, dostupan na: <http://www.hracion.org/?p=12533>.

Deinstitucionalizacija zahtijeva sistemski pristup razvoju usluga liječenja u zajednici i usluga socijalne zaštite, koje bi morale biti i odgovarajuće povezane da bi se sprečavalo ponavljanje problema. Ministarstvo zdravlja je formiralo Radnu grupu za izradu Strategije mentalnog zdravlja u Crnoj Gori za period (2019–2023). **Strategija o deinstitucionalizaciji bi morala biti obuhvaćena ovom opštom strategijom bilo u formi posebnog poglavlja ili u vidu propisivanja obaveze da se izradi posebna strategija deinstitucionalizacije ili transformacije Bolnice u Kotoru i prateći akcioni plan.** U julu 2017. godine Ministarstvo zdravlja je obrazovalo Radnu grupu za realizaciju deinstitucionalizacije bolesnika sa mentalnim poremećajima sa zadatkom da: „pripremi Smjernice za realizaciju deinstitucionalizacije bolesnika sa mentalnim poremećajima sa multidisciplinarnim pristupom ovoj problematici, u skladu sa propisima iz sistema zdravstva i sistema socijalne zaštite.“²⁹

U međuvremenu, Akcionim planom za unapređenje mentalnog zdravlja u Crnoj Gori za 2015–2016. godinu (donijet na osnovu Strategije unapređenja mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori iz 2004. godine) propisana je mjera: „Identifikacija pacijenata sa dugotrajnim boravkom koji mogu biti rehabilitovani i započinjanje njihovog povratka u zajednicu“. Iako je rok za sprovođenje ove mjere bio I kvartal 2015, ona nije sprovedena u skladu sa planiranim indikatorom uspjeha: „Broj rehabilitovanih pacijenata koji su se ponovo nastanili u okviru zajednice.“ U periodu na koji se Akcioni plan odnosio dvije osobe su izmještene u JU Dom starih u Bijelom Polju.

Ova mjera je, kao nerealizovana, predviđena i Akcionim planom za 2017–2018 godinu. Istu mjeru sa istim indikatorom kao i ranije, trebalo je realizovati do kraja I kvartala 2017.

Obaviješteni smo da komisija sačinjena od predstavnika Bolnice, Ministarstva rada i socijalnog staranja i Ministarstva zdravlja ponovo obavlja popis ovih pacijenata. Ovo je već treći popis koji se obavlja u protekle tri godine, dok su izostali konkretni koraci u pravcu uključivanja pacijenata u zajednicu. U periodu primjene pomenutog posljednjeg Akcionog plana još su svega dvije osobe izmještene takođe u Dom starih.

Centrima za mentalno zdravlje, kojih u Crnoj Gori ima osam, još uvijek nije omogućeno da pružaju psihijatrijske usluge u zajednici (tzv. „komunalna psihijatrija“), što bi doprinijelo smanjivanju broja novih hospitalizacija, odnosno, stvorilo uslove za život deinstitucionalizovanih pacijenata u zajednici.³⁰

Nažalost, praksa pokrenuta pilot projektom koji je 2012–2013 godine omogućavao da stručni timovi, uključujući psihijatre, vrše kućne posjete, nije održana navodno zbog nedostatka sredstava.

Podsjećamo, Akcionim planom za 2017–2018. godinu je predviđeno da se do II kvartala 2017. godine sprovede pilot program tretmana mentalnog zdravlja u zajednici (FACT) timovi u Centru za mentalno zdravlje u Podgorici, što u junu 2017. još uvijek nije bilo učinjeno.

Od III kvartala 2017. godine je planirano da se započne sa sistematskom primjenom tretmana mentalnog zdravlja u zajednici kod pacijenata sa učestalim rehospitalizacijama (2 ili više hospitalizacija u godini), dok je za III kvartal 2018. planirano da se započne sa ostalim programima psihosocijalne rehabilitacije predviđenih kliničkim smjernicama.

2.1.4. Preporuka za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo pravde:

- 1) uložiti napore da se što prije započne izgradnja posebne bolnice koja će omogućiti liječenje i čuvanje pacijenata lišenih slobode u krivičnom postupku;

Preporuka za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo rada i socijalnog staranja:

- 1) usvojiti Strategiju deinstitucionalizacije pacijenata iz Bolnice u Kotoru i prateći akcioni plan, koji bi se zasnivali na razvoju zdravstvene usluge liječenja u zajednici i uvođenju novih usluga socijalne zaštite (stanovanje uz podršku, odlučivanje uz podršku i sl) i njihovom povezivanju;

Preporuke za Ministarstvo zdravlja:

- 1) razvijati psihijatriju u zajednici na teritoriji cijele Crne Gore, kroz unapređenje rada centara za mentalno zdravlje koji bi blisko sarađivali sa centrima za socijalni rad, kako bi se ostvario krajnji cilj da se pomoć osobama pruži u zajednici i smanji potreba za bolničkim liječenjem;
- 2) obezbijediti uslove za stacionarno liječenje maloljetnika i žena zavisnica od alkohola i psihoaktivnih supstanci;
- 3) Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica usaglasiti sa Konvencijom UN o pravima osoba sa invaliditetom, posebno čl. 40 Zakona koji propisuje da će se mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da se brine o sebi, a nema srodnike, premjestiti iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite, čime podstiče institucionalizaciju umjesto ostvarivanje prava na uključenost u zajednicu.

29 Rješenje Ministarstva zdravlja, br. 011–205/2017–2 od 4.7.2017. U radnu grupu je uključena i predstavnica HRA.

30 Vidjeti izvještaj *Modeli deinstitucionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici* i izlaganja na skupu na kojem je izvještaj predstavljen na: <http://www.hracion.org/?p=12533>.

2.2. ZABRANA ZLOSTAVLJANJA (MUČENJA, NEČOVJEČNOG ILI PONIŽAVAJUĆEG POSTUPANJA ILI KAŽNJAVANJA)

2.2.1. Opšta zapazanja

Tokom godinu i po dana rada na projektu (2016–2017), primili smo ukupno tri žalbe o navodnom zlostavljanju pacijenata od strane bolničkog osoblja. Dvije žalbe su nam uputili pacijenti u neposrednom kontaktu i jedan član porodice pacijenta. U prvom slučaju se radilo o navodu da je pacijentkinja u stanju akutne razdraženosti nasrnula na medicinsku sestru, nakon čega je sestra, nakon što je savladan otpor pacijentkinje, udarila pacijentkinju otvorenom šakom u predjelu glave. U drugom slučaju, da je jedna sestra na hroničnom odjeljenju posebno gruba, neprijatna u komunikaciji prema pacijentkinjama i da im prijeti da će im oduzeti njima važne predmete „ako je budu nervirale“. Jedna pacijentkinja je kazala da „više na nas kad nešto pogriješimo, pa se trudimo da je ne nerviramo“. U trećem slučaju, član porodice pacijenta nas je obavijestio da je tokom dvije godine u Bolnici (2014–2015) vidio „da se bolesnici tuku, da se oni tuku između sebe, da higijeničarke metlom uređuju disciplinu...“.

Ove navode smo prijavili direktoru Bolnice, koji na osnovu razgovora sa osobljem nije mogao da ih potvrdi. Ni u neposrednom razgovoru sa više pacijenata, bez prisustva zaposlenih, nismo saznali da se pacijenti tuku, ni da se međusobno tuku, ali jesmo primili pritužbu na povremeno vrlo grubo postupanje jedne sestre prema pacijentkinjama na ženskom hroničnom odjeljenju.

U tom smislu, neophodno je kontinuirano podsjećati zaposlene, posebno medicinske sestre i tehničare da je svaki vid psihičkog i fizičkog zlostavljanja pacijenata apsolutno zabranjen i da će biti sankcionisan.³¹

Direktor nas je obavijestio da ne postoji posebni protokol koji se primjenjuje povodom prijave navoda o zlostavljanju. Takođe, direktor nas je obavijestio i da je, nakon što je osumnjičen da se grubo ponašao prema pacijentima, glavni tehničar Bolnice inače raspoređen na muškom hroničnom odjeljenju, dao ostavku u martu 2016. godine. Nakon ostavke, on je razriješen dužnosti glavnog tehničara Bolnice i privremeno raspoređen na drugo odjeljenje, a potom za ambulantnog tehničara, uz povremeno angažovanje na prevozu pacijenata sanitetskim vozilom do drugih zdravstvenih ustanova. Protiv tehničara nije vođen disciplinski ili krivični postupak.

Na odjeljenjima su instalirane kutije posredstvom kojih pacijenti mogu da pišu Ombudsmanu, pristup tim kutijama imaju samo zaposleni u toj instituciji. Prema informacijama dobijenim od osoblja, kutije se otvaraju najmanje jednom mjesečno. **Pacijenti sa kojima smo razgovarali nijesu bili obaviješteni o pravu da se obrate Ombudsmanu, a to nije znala ni osoba koja je prijavila da je svjedočila zlostavljanju od strane pomenute medicinske sestre.**

Trebalo bi uspostaviti praksu da se u slučaju da se evidentiraju povrede kod pacijenta koje upućuju na sumnju na zlostavljanje takav slučaj prijavi državnom tužiocu (i kada se pacijent sam ne žali), čime bi se moglo obezbijediti da slučaj bude odgovarajuće istražen.³²

31 „Komitet preporučuje upravi psihijatrijske bolnice stalni nadzor i podsjećanje osoblja u redovnim i čestim intervalima da prema pacijentima treba postupati s poštovanjem, i da svaki oblik zlostavljanja, bilo verbalni ili fizički uopšte nije prihvatljiv i da će biti adekvatno kažnjen.“ CPT izvještaj o posjeti Gruziji, 2014, st. 133. („The Committee recommends that the management of [...] Psychiatric Hospital exercise continuous vigilance and remind the staff at regular and frequent intervals that patients should be treated with respect, and that any form of ill-treatment of patients, whether verbal or physical, is totally unacceptable and will be punished accordingly.“).

„Delegacija je otkrila da osoblje, koje radi u izazovnom okruženju i sa velikim brojem osoba sa složenim potrebama, uopšteno govoreći izgleda da ima brižan pristup prema pacijentima u bolnici. U vezi sa tim, delegacija je primila neke navode o namjernom fizičkom zlostavljanju pacijenata od strane dijela osoblja, koje se sastoji prije svega od šamara, kao i nekoliko navoda o verbalnim uvredama. Na primjer, delegaciji je rečeno o pacijentkinji koja je imala seksualne odnose sa drugim pacijentima u zamjenu za cigarete i kafu, usled nedostatka sopstvenih finansijskih sredstava. Ona je tvrdila da je osoblje zbog toga ismijavalo i nazivalo uvredljivim imenima. U tom smislu, Komitet preporučuje da vlasti jasno podsjetu svo osoblje da je zlostavljanje pacijenata u bilo kom obliku, uključujući verbalno zlostavljanje, neprihvatljivo i nezakonito i da će počinioци zlostavljanja biti kažnjeni“, CPT izvještaj o posjeti Srbiji, 2015, st. 153. („The delegation found that staff, working in a challenging environment and with a large number of persons with complex needs, appeared generally to have a caring approach towards patients at the Hospital. That said, the delegation did receive some allegations of deliberate physical ill-treatment of patients by some staff, consisting primarily of slaps, as well as some allegations of verbal insults. For example, the delegation was told by a female patient that she engaged in sexual relations with other patients in exchange for cigarettes and coffee, due to her own lack of financial resources. She alleged that the staff mocked her for this and called her offensive names. In this respect, the Committee recommends that the authorities deliver a clear reminder to all staff that the ill-treatment of patients, in any form including verbal abuse, is unacceptable and illegal and that the perpetrators of ill-treatment will be punished accordingly.“)

32 Po analogiji sa preporukom koju je CPT dao Crnoj Gori u Izvještaju o posjeti 2008: „Kad god ljekar evidentira povrede koje su u saglasnosti sa navodima o zlostavljanju koje da pritvoreno lice, takve izvještaje treba sistematično stavljati na znanje nadležnom tužiocu“, stav 20.

Nedostatak srednjeg medicinskog kadra (detaljnije na str. 35) ne omogućava adekvatan rad Bolnice i doprinosi premorenosti osoblja, izaziva efekat „izgaranja“ (*burn-out*) što se sve u krajnjem može negativno odraziti na pacijente i tako da dovede do zlostavljanja.³³

Skoro sve ispitanice su izjavile da su odnosi sa osobljem korektni ili dobri. Njihovi odgovori su uglavnom usmjereni na odnos medicinskih sestara prema njima. Primjedbe koje imaju na njihov odnos prema pacijentkinjama objašnjavaju time što su medicinske sestre preopterećene radom na odjeljenju.

„Sestre se ponekad brecnu, ponekad kažu neku kletvu, ali je razumljivo s obzirom na broj pacijentkinja i teške slučajeve.“

„Mali je broj sestara.“

„Ja sam zgrožena sa svim ovdje, čast izuzecima, ali naročito sa sestrama, zgrožena sam rječnikom i pojedinim pacijentima, zgrožena sam da mogu da imaju takav odnos prema pacijentima. Da li te osobe uopšte mogu da rade, da budu u medicini? ...Ajde da zanemarimo hranu, najviše mi smeta odnos određenih medicinskih radnika prema pacijentima. Ne možeš ti nekome da kažeš „što ti je nadrkan muž“. Kada sam to čula ja sam se zgrozila.“³⁴

2.2.2. Sredstva obuzdavanja – ograničavanje slobode kretanja

Zbog preciznijeg razumijevanja izvještaja u nastavku, imajući u vidu široku javnost kojoj je izvještaj namjenjen, predstavljamo značenje osnovnih pojmova.³⁵

- „Sredstva obuzdavanja“ – fizička, mehanička, hemijska fiksacija i izolacija psihijatrijskih pacijenata – su mjere bezbjednosti koje nemaju terapeutsko opravdanje.³⁶
- „Psihijatrijski pacijent“ je osoba sa mentalnim oboljenjem, koja ima psihijatrijsku dijagnozu u skladu s kojom se liječi. Manje je poznato da se ove osobe smatraju i osobama sa mentalnim ili psiho-socijalnim invaliditetom, čija prava garantuje Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom.³⁷ Javnost najčešće ne prepoznaje mentalno oboljele osobe kao osobe sa invaliditetom zbog tradicionalnog shvatanja invaliditeta u vidu očiglednih fizičkih nedostataka.

Osobe sa invaliditetom uključuju i one koji imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja, koja u interakciji sa raznim preprekama, mogu ometati njihovo puno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima.

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 1.

Komiteo za prava lica sa invaliditetom Ujedinjenih nacija, nadležan za tumačenje Konvencije o pravima lica sa invaliditetom, izričito je **zabranio upotrebu mehaničkih i hemijskih sredstava ograničavanja slobode kretanja prema svim osobama sa invaliditetom, uključujući mentalno oboljele osobe.**³⁸

Imajući u vidu da ova Konvencija obavezuje i Crnu Goru neophodno je započeti sa stvaranjem uslova za primjenu ove zabrane. **Naime, Komitet preporučuje da se pojača monitoring i nadzor nad psihijatrijskim institucijama da bi se spriječila praksa upotrebe mehaničkih i hemijskih sredstava ograničavanja slobode kretanja.**³⁹ Od države se očekuje da obezbijedi zdravstvene usluge u vidu terapijskih tehnika koje ne podrazumijevaju mehaničko ili hemijsko obuzdavanje psihijatrijskih pacijenata.

33 Po mišljenju CPT-a, sistem rada po kojem zaposleni su okupirani više od punog radnog vremena, može da bude pogubno po zadovoljavajuću njegu pacijenata, ukoliko to prevazilazi kratkoročni problem manjka osoblja. Posjeta CPT-a Latviji, 2007, tačka 113.

34 „Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru“, Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA, 2017, poglavlje 3.2.2.2.

35 Vidjeti str. 4 Izvještaja *Modeli deinstitucionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici* na: <http://www.hracion.org/?p=12533>.

36 Vidi Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), Strazbur mart 2017, tačka 1.5, dostupno na: <https://rm.coe.int/168070750e>.

37 „Službeni list CG – Međunarodni ugovori“ 2/2009.

38 Na primjer vidjeti, Concluding Observations on the Czech Republic st. 32; Concluding Observations on Denmark st. 39; Concluding Observations on Australia st. 36; i Concluding Observations on Austria st. 33.

39 Concluding observations on the initial report of the Czech Republic, 15. maj 2015, stavovi 32 i 33. Dokument (na engleskom jeziku) dostupan na: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/098/68/PDF/G1509868.pdf?OpenElement>.

S druge strane, u martu 2017. godine, CPT je objavio revidirane standarde „Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle“ u kojima se u okviru opštih principa navodi: „Obuzdavanje nasilnih psihijatrijskih pacijenata koji predstavljaju opasnost samom sebi ili drugima može u izuzetnim okolnostima da bude neophodno.“⁴⁰

Međutim, treba imati u vidu da **i CPT kao opšte načelo naglašava: „krajnji cilj uvijek treba da bude sprečavanje upotrebe sredstava obuzdavanja tako što će se što je više moguće ograničiti učestalost i period njihove upotrebe. U tom smislu, od suštinske je važnosti da nadležni organi zdravstvene zaštite i rukovodstva psihijatrijskih ustanova izrade strategiju i preduzmu širok spektar proaktivnih mjera, koje, između ostalog, treba da obuhvate pružanje bezbjednog materijalnog okruženja i u smislu lične i opšte bezbjednosti (uključujući otvorene prostore), zapošljavanje dovoljnog broja zdravstvenog osoblja, odgovarajuće početne i stalne obuke osoblja koje vrši obuzdavanje pacijenata i stalni rad na osmišljavanju alternativnih mjera (uključujući tehnike smirivanja/de-eskalacije).“⁴¹**

Suština standarda koje garantuje Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom je zabrana diskriminacije mentalno oboljele osobe samo zbog njenog invaliditeta. Ako bi istom postupanju, npr. ograničavanju slobode kretanja, opravdano bila izložena i osoba koja nema psihijatrijsku dijagnozu, onda bi takvo postupanje načelno bilo u skladu sa UN standardom.

Postoje mnogi primjeri psihijatrijskih ustanova koje su pokušale da odustanu od prakse sputavanja ili fiksacije i koje su uvidjele da, čak i u ekstremnim slučajevima, taj pristup daje rezultate ako postoji adekvatno obučeno osoblje. Odustajanje od takvih praksi dalo je pozitivne efekte ne samo za pacijente, već i osoblje, za koje primjena prinudnih mjera može da bude i fizički opasna, pored toga što negativno utiče i na njihovo mentalno zdravlje i emocije.

Očigledno je da postoji snažna potreba da se obezbijedi jedinstveno tumačenje i usklađivanje međunarodnih (UN) i regionalnih (evropskih) standarda u ovoj oblasti i očekujemo da se to uskoro dogodi.

Prema Zakonu o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica Crne Gore, fizička sila, izolacija ili ograničenje u zaštiti mentalno oboljelih lica može se primijeniti u psihijatrijskoj ustanovi isključivo kada je to jedino sredstvo da se lice spriječi da svojim napadom ne ugrozi život ili zdravlje drugog lica ili svoj život ili zdravlje ili nasilno uništi ili oštetiti imovinu veće vrijednosti, isključivo u mjeri i na način koji su neophodno potrebni radi otklanjanja opasnosti izazvane napadom i samo za vrijeme koje je potrebno da se ostvari svrha ograničenja u trajanju od nekoliko minuta, do najduže nekoliko sati (čl. 43).

U Bolnici se mehaničko ograničavanje slobode kretanja vrši kožnim kaiševima i to tako da se fiksiraju ruke i kožni kaiš pričvrsti za krevet u prostoriji specijalno namijenjenoj za tu svrhu, koja je van vidokruga ostalih pacijenata.⁴²

Razmotriti zamjenu kožnih kaiševa u svim slučajevima platnenim kaiševima, koji su bili u upotrebi 2013. godine, kako je CPT obaviješten.⁴³

Na osnovu uvida u Centralni registar fiksacija, konstatuje se da je u toku prve polovine 2017. godine evidentirano je 46 mehaničkih fiksacija, a u toku 2016. godine zabilježeno je 98. Ovo znači da se u prosjeku svaka 4 dana u bolnici pristupalo mehaničkom obuzdavanju pacijenta.

Hemijskih fiksacija je prema Centralnom registru, u periodu od 1.1.2016. do 20. juna 2017. bilo ukupno 130, što takođe znači da je u prosjeku svaki 4. dan primjenjivana ova vrsta obuzdavanja pacijenata.

Najduža mehanička fiksacija je trajala 4 sata i 45 minuta. Prema internoj preporuci u Bolnici, ovaj postupak bi trebalo primjenjivati do 4 sata i 30 minuta. Međutim, ističemo preporuku CPT da trajanje fiksacije treba da bude najkraće moguće i da se po pravilu mjeri minutima, a ne satima.⁴⁴

40 Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), Strazbur mart 2017, dostupno na: <https://rm.coe.int/168070750e>.

41 Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), op. cit, str. 2.

42 „3.3. U svrhu mehaničkog obuzdavanja treba da se koristi samo oprema koja je dizajnirana tako da ograniči štetne efekte (ako je moguće, podstavljanjem kaiševa od tkanine) da bi se rizik od nanošenja povreda pacijentu sveo na minimalnu meru ili da bi se smanjila njegova patnja zbog bolova. Lisice ili lanci nikada ne bi trebali da se koriste kako bi se imobilizovao pacijent. Pacijenti koji su obuzdani treba da budu uvijek okrenuti licem sa spuštenim rukama. Kaiševi ne smiju da budu prejak otegnuti i treba ih postaviti tako da omoguće maksimalno bezbedno kretanje ruku i nogu. Vitalne funkcije pacijenta, kao što su disanje i mogućnost da komunicira, ne smiju da budu ugrožene. Pacijenti koji su obuzdani trebaju da budu primjereno odeveni i, što je više moguće, mora da im se omogući da budu u stanju jesti ili piti samostalno i da odgovore na potrebe prirode u sanitarnim prostorijama.“ Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), op. cit.

43 Report to the Government of Montenegro on the visit to Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 13 to 20 February 2013, Strazbur 24. maj 2014, tačka 101 (<https://rm.coe.int/1680697756>).

44 Izvještaj o posjeti Crnoj Gori, CPT, 2013, stav 75. Vidi i Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), op. cit, tač. 1.4, 4.1.

Fiksaciju određuje dežurni psihijatar, pismeno. U urgentnim situacijama, fiksaciju inicira medicinski tehničar, uz obavezu da odmah obavijesti dežurnog psihijatra tražeći njegovo odobrenje.⁴⁵

Nadzor nad pacijentom koji je mehanički fiksiran sprovode medicinski tehničari. Oni su u obavezi da svakih pola sata prate vitalne parametre pacijenta (tjelesnu temperaturu, puls, arterijski pritisak) i da o tome vode evidenciju. Međutim, prema standardima CPT, svaki pacijent koji je podvrgnut mehaničkom obuzdavanju ili izdvajanju **treba da bude pod stalnim nadzorom**. U slučaju mehaničkog obuzdavanja, kvalifikovan član medicinskog osoblja treba da je stalno prisutan u prostoriji kako bi se održala terapijska veza sa pacijentom i kako bi mu se pružila pomoć. Ukoliko se pacijenti drže izdvojeni, član osoblja može da bude izvan pacijentove prostorije (ili u susjednoj prostoriji koja ima prozor prema prostoriji u kojoj je pacijent izdvojen), pod uslovom da pacijent jasno može da vidi člana osoblja i da član osoblja može stalno da posmatra i čuje pacijenta.⁴⁶

Svaki slučaj fiksacije se upisuje u internu Svesku fiksacije, koja se vodi na svim odjeljenjima na kojima se sprovodi fiksacija. Podaci se naknadno upisuju u Centralni registar. Evidencija o vitalnim parameterima pacijenta koji je fiksiran i odgovarajući tok bolesti su sastavni dio Istorije bolesti. Nakon prestanka fiksacije, odjeljski ljekar sprovodi savjetovanje sa pacijentom koji je bio podvrgnut fiksaciji.⁴⁷

Svi slučajevi fiksacije se prijavljuju Stručnom kolegijumu i Savjetu za zaštitu prava mentalno oboljelih Bolnice. Pojedini članovi savjeta redovno prisustvuju stručnom kolegijumu.

Slučajevi tzv. brze trankvilizacije se unose u Sveske primopredaje smjena medicinskih tehničara na odjeljenjima i u Centralni registar svih fiksacija koji vodi glavna medicinska sestra.

Nije poznato da li je vršeno obuzdavanje pacijenata koji su dali pristanak na liječenje i kakav je bio njihov stav povodom toga. U praksi postoje slučajevi kada pacijent prihvata obuzdavanje, ili ga čak i zahtijeva⁴⁸, ali u onim slučajevima kada se pacijent s tim ne slaže, treba preispitati, prvo, neophodnost tog postupka, a onda i pravni status pacijenta kao dobrovoljnog pacijenta.⁴⁹ Ovo zato što u slučaju prisilne hospitalizacije i prisilnog tretmana važe posebne garancije poštovanja ljudskih prava.

Pacijenti moraju biti upoznati s njihovim pravom da se žale na postupak obuzdavanja ili bilo koji drugi postupak prema njima, kao i kome mogu da se žale.⁵⁰

2.2.3. Preporuke

Preporuka za Ministarstvo zdravlja:

Zakon o zaštiti prava osoba sa mentalnim oboljenjima uskladiti sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom u pogledu zabrane ograničenja kretanja (obuzdavanja) psihijatrijskih pacijenata.

Preporuke za direktora Bolnice:

1. kontinuirano podsjećati osoblje na zabranu mučenja i zlostavljanja;
2. propisati protokol o postupanju u slučaju prijema informacije o zlostavljanju;
3. sve navode o mogućem zlostavljanju bez odlaganja prijaviti državnom tužiocu;
4. pacijente i članove njihovih porodica uputiti na pravo da se obrate i Ombudsmanu i tu informaciju vidno istaći;
5. imajući u vidu zabranu obuzdavanja pacijenata prema UN standardima i CPT standarde, djelovati u pravcu odustajanja od tehnika obuzdavanja i mehaničku i hemijsku fiksaciju smanjiti na apsolutno neophodan minimum;

45 „Svako priklanjeno upotrebi sredstava obuzdavanja treba uvijek izričito da naloži lekar nakon individualne procene ili lekara treba obavestiti odmah nakon upotrebe sredstava obuzdavanja kako bi se zatražilo njegovo odobrenje. U tom smislu, lekar treba da pregleda predmetnog pacijenta što je pre moguće. Ne bi trebalo prihvatati bjanko odobrenja.“ Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), op.cit, tač. 2. „Unosi u registar trebaju da sadrže vreme u kojem je primena mjere počela i završila; okolnosti slučaja; razloge za upotrebu mere; ime lekara koji je naložio i odobrio upotrebu; opis bilo kojih zadobijenih povreda kod pacijenata ili osoblja. Pacijentima bi trebalo da se omogući da prilože svoje komentare u registar, te bi trebali biti obavješteni o tom pravu; na njihov zahtev treba da im se da kopiju celog spisa.“ Isto, tač. 11.1.

46 Isto, tač. 7.

47 „Jednom kad se uklone sredstva obuzdavanja, od suštinske je važnosti da se obavi savetovanje o tom pacijentu, da se objasne razlozi za obuzdavanje, smanji psihološka trauma koju sa sobom nosi to iskustvo i da se povrti veza lekar-pacijent. Ovo takođe pruža mogućnost pacijentu, zajedno sa osobljem, da iznađe alternativne načine da zadrži kontrolu nad sobom, čime se verovatno sprečava buduća erupcija nasilja i naknadno obuzdavanje.“ Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), op.cit, tač. 8.

48 Isto, tač. 9.

49 Isto, tač. 10.

50 Isto, tač. 12.

6. ako se u međuvremenu bude primjenjivalo mehaničko obuzdavanje, u tom slučaju pacijent treba da bude pod stalnim nadzorom kvalifikovanog medicinskog radnika, kao i da se obuzdavanje vrši platnenim, a ne kožnim kaiševima.

2.3. MATERIJALNI USLOVI ŽIVOTA U BOLNICI

2.3.1. Pregled uslova smještaja i ishrane

Materijalni uslovi su bolji u odnosu na period o kojem smo izveštavali 2013. godine.

Ugrađeno je parno grijanje, zamjenjen ostatak dotrajale bravarije, dnevni boravci na svim odjeljenjima su klimatizovani. Uređena su sva dvorišta oko zgrada odjeljenja, o čemu svjedoče fotografije koje je Bolnica dostavila, a u šta smo se i sami uvjerali. Zahvaljujući donaciji Vlade Japana, kupljeno je ambulatno vozilo, opremljena dnevna bolnica, kupljeno pet EKG uređaja i mašine za pranje sudova i veša.

Nažalost, hlađenje soba po pravilu nije obezbijeđeno.

U Bolnici se nalaze tri jednokrevetne sobe, osam dvokrevetnih, 29 trokrevetnih i 26 soba sa po 6 i 8 kreveta.⁵¹ Preporuka CPT je da se smještaj organizuje u manjim grupama u cilju očuvanja i/ili vraćanja dostojanstva pacijentu, pa u tom smislu treba razmotriti da se spavaonice od 6 i 8 kreveta preurede u sobe za najviše tri do četiri osobe.⁵²

Iako je vidljiv napredak u personalizaciji zajedničkih prostorija u odnosu na stanje opisano 2013. godine,⁵³ jer su i hodnici i trpezarije ukrašeni slikama, sobe su i dalje najčešće bezlične, a pacijentima nije omogućeno da zaključavaju lične stvari (osim na Sudskom odjeljenju), što ukazuje na nedostatak privatnosti. U tom smislu podsjećamo da je CPT još 2008. godine preporučio da se pacijentima omogući da personalizuju prostor u kome borave i da mogu da zaključaju svoje stvari.⁵⁴

Pacijenti ne nose pidžame tokom dana, već ličnu ili bolničku garderobu. Nivo higijene garderobe je prihvatljiv. Iako napominjemo da su ovo uglavnom pacijenti o kojima se Bolnica u potpunosti brine, uključujući i o nabavku garderobe, nekoliko žena sa ženskog hroničnog odjeljenja je izrazilo želju da budu „ljepše obučene“. Nekoliko kreveta na muškom hroničnom odjeljenju u trenutku posjete nije imalo posteljinu, nego su pacijenti ležali na dušecima bez posteljine i pokrivali se samo grubim ćebadima.

Opšti utisak o uslovima u Bolnici je takav da još uvijek nije obezbijeđeno dovoljno optimistično terapijsko okruženje koje pogoduje bržem oporavku, pa bi koraci u tom pravcu bili neophodni. U pogledu personalizacije prostora i dalje predstoje značajna ulaganja.

Nivo higijene razlikuje se od odjeljenja do odjeljenja, ali se generalno može smatrati prihvatljivim, osim u toaletima i dnevnim boravcima na muškom hroničnom odjeljenju koje je zatečeno zapušteno, prljavo, sa neprijatnim mirisom i neokrećeno. Primjetno je da se higijena neredovno održava. Na ženskom hroničnom odjeljenju smo zatekli izuzetnu količinu muva. Rečeno nam je da se dnevni boravak na tom odjeljenju ne koristi jer mu predstoji renoviranje koje u tom trenutku još nije počelo (maj 2017). Boravke je potrebno okrećiti i očistiti namještaj, koji nije zamijenjen kako je NPM preporučio još 2015. godine.

„Većina ispitanica su rekle da su uslovi na odjeljenju (ženskom akutnom) dobri, ali su iznijele niz primjedaba koje se odnose na hranu, pribor za jelo, organizaciju higijene soba i mokrog čvora, zabranu izlaska. Ukazuju i da prostor nije prilagođen za svakodnevno funkcionisanje. Bez udobnosti, prijatnih sadržaja i topline. Ukazuju na nezadovoljavajuće higijenske uslove, za što odgovornost pripisuju više pacijentkinjama nego bolnici i organizaciji.“⁵⁵

51 Izveštaj NPM, *JU Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor*, jul 2015, str. 31.

52 „U kontekstu renoviranja, treba razmotriti mogućnost transformacije spavaonica velikog kapaciteta u manje sobe za pacijente. Obezbeđivanje smještaja sa manjim grupama predstavlja ključni faktor u očuvanju / vraćanju dostojanstva pacijentu, a takođe je ključni element u svakoj strategiji psihološke i društvene rehabilitacije pacijenata. Organizacija smještaja na ovaj način takođe olakšava razmišljanje pacijenata u odgovarajuće kategorije u terapijske svrhe“, tačka 64, Izveštaj CPT o posjeti Azerbejdžanu, 2008. (*In the context of the refurbishment, the possibility of transforming the large-capacity dormitories into smaller patients' rooms should be considered. Provision of accommodation structures based on small groups is a crucial factor in preserving/restoring patients' dignity, and is also a key element in any policy for the psychological and social rehabilitation of patients. Structures of this type also facilitate the allocation of patients to relevant categories for therapeutic purposes.* „U spavaonicama ne bi trebalo smještati više od četiri pacijenta“, „[...] no dormitory should accommodate more than four patients“, tačka 123, Izveštaj CPT o posjeti Bosni i Hercegovini, 2015.

53 Vidi str. 13: „Uslovi života u Bolnici“.

54 Izveštaj CPT-a, stav 94. Takođe, vidjeti Principi UN, princip 9, tačka 4.

55 „Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru“, Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA, 2017, poglavlje 3.2.2.1.

I dalje postoji problem trafo stanice koja je malog kapaciteta i ne može da zadovolji sve potrebe bolnice. **Uprkos preporuci NPM-a iz 2015. godine, na akutnom muškom i ženskom odjeljenju nije obezbijedena privatnost u sanitarnim čvorovima, niti su na ovim odjeljenjima, kao ni na Sudskom odjeljenju, zamijenjene dotraja-le sanitarije kako je NPM već preporučio.**⁵⁶

Iako u Bolnici trenutno nema pacijenata koji se kreću uz pomoć invalidskih kolica, i dalje ostaje **problem pristupačnosti svim odjeljenjima** na koji smo ukazali i u izvještaju 2013. godine. Bolnica je izgrađena 1953. godine, paviljonskog je tipa, organizovana po odjeljenjima, koja su kaskadno raspoređena i povezana stepenicama, a ne postoje pristupne rampe kojim bi se učinila pristupačnim pacijentima ili posjetiocima koji koriste invalidska kolica. I dalje nije vjerovatno da će ovo stanje biti promijenjeno, posebno imajući u vidu hronični nedostatak finansijskih sredstava sa kojim se Bolnica već godinama bori.

Ostaju ranija zapažanja i u pogledu kvaliteta hrane, koja je u odnosu na doručak i večeru, prema mišljenju pacijenata previše jednolična. Nedjeljni jelovnik je istaknut na ulazu u trpezariju na osnovu koga se zaključuje da se u pogledu ručka vodi računa o raznovrsnosti. U pogledu kvaliteta i kvantiteta obroka Bolnica ne zaostaje za javnim zdravstvenim ustanovama u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, što ne znači da je u svim ustanovama ne bi trebalo poboljšati. Pacijentima se hrana poslužuje u zajedničkoj trpezariji.

I dalje u Bolnici ne postoji posebna prostorija za posjete, pa se posjete organizuju u ljetnjem periodu vani, odnosno u zimskom periodu u trpezarijama, osim u vrijeme obroka. U tom smislu ostaje ranije zapažanje da bi bilo poželjno jednu posebnu prostoriju namijeniti primanju posjeta i odgovarajuće je opremiti, da bi se posjete odvijale nesmetano i u slučaju vremenskih neprilika ili obroka i kako bi se omogućila privatnost prilikom posjete.⁵⁷

Sve ispitanice su iskazale zadovoljstvo u odnosu na mogućnost posjeta i njihovo trajanje, kao i u odnosu na stav osoblja prema posjetama. Vrijeme posjete nije ograničeno, moguće su u bilo koje vrijeme, a pacijentkinje mogu koliko god žele sati provesti zajedno sa porodicom. Ispitanice smatraju da je to dobro, jer u drugim bolnicama to nije tako. Njihove primjedbe vezane su za nepostojanje prostora za obavljanje razgovora sa porodicom, pa, iako se na posjetama insistira, one se obavljaju u prostorima kao što su hodnik ili zajednička soba, koje ne omogućavaju privatnost onih koji razgovaraju, a remete i privatnost drugih pacijentkinja. U njihovim odgovorima uočava se koliko im je privatnost tih razgovora bitna, pa se često snalaze na različite načine da bi obezbijedile neki prijatan prostor za razmjenu sa porodicom. Posebno su zabrinute one koje imaju djecu, jer ne postoji prostor prilagođen za posjetu djece.⁵⁸

2.3.2. Preporuke

Preporuke za Ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice:

- 1) omogućiti da se u svim objektima postigne optimistično terapijsko okruženje. Posebnu pažnju obratiti na tzv. hronike (muško i žensko hronično odjeljenje), okrećiti i očistiti dnevne boravke i toalete i preduzeti mjere na postizanju većeg nivoa higijene ovih prostorija i omogućiti privatnost pacijentima;
- 2) obezbijediti svim pacijentima posteljinu;
- 3) omogućiti personalizovanje prostora u kojem pacijenti borave i obezbijediti prostor (ormariće) gdje pacijenti mogu da zaključaju svoje stvari;
- 4) poboljšati kvalitet i raznovrsnost ishrane;
- 5) opremiti posebne prostorije u okviru paviljona da bi se posjete odvijale nesmetano i u slučaju nepovoljnih vremenskih prilika i nezavisno od dostupnosti trpezarija;
- 6) Bolnicu učiniti pristupačnom i osobama sa invaliditetom.

⁵⁶ NPM izvještaj za 2015, str. 42.

⁵⁷ „CPT preporučuje preduzimanje koraka kako bi se osmislile prostorije za posjete, koje treba da pruže minimalnu privatnost pacijentima i njihovim posjetiocima (iako bi, ako je potrebno, posjete mogle biti pod nadzorom osoblja)“ „The CPT recommends that steps be taken to set up designated facilities for visits, which should offer a minimum of privacy to patients and their visitors (although, if necessary, visits could be subject to staff supervision).“ Izvještaj CPT-a Finskoj, tačka 114, 2014.

⁵⁸ „Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru“, Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA, 2017, poglavlje 3.2.2.3.

2.4. TRETMAN

2.4.1. Pristanak na tretman

2.4.1.1. USKLADENOST DOMAĆIH PROPISA I MEĐUNARODNIH STANDARDA

Pristanak na smještaj u Bolnicu ne znači i pristanak na tretman.⁵⁹

Prema Zakonu o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, mentalno oboljelo lice koje može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog medicinskog postupka i koje na osnovu toga može da donese odluku i izrazi svoju volju može se pregledati ili podvrgnuti medicinskom postupku samo uz njegov pisani pristanak. Spособnost lica da da pristanak utvrđuje doktor medicine obučen za mentalno zdravlje ili psihijatar u vrijeme donošenja odluke i u tu svrhu izdaje pisanu potvrdu, koja je sastavni dio medicinske dokumentacije.⁶⁰ Pregledano je oko 20 nasumično odabranih dosijea koji su sadržali ovakvu potvrdu.

Prema istom Zakonu, mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da da svoj pristanak, može se podvrgnuti samo onom medicinskom postupku koji je u njegovom najboljem interesu, a pregled ili drugi medicinski postupak se može obaviti samo uz pristanak zakonskog zastupnika mentalno oboljelog lica, a ako ga nema, uz saglasnost etičkog komiteta psihijatrijske ustanove (čl.15). Pristanak se može povući u bilo kom trenutku u pisanoj formi (čl. 16). Izuzetno, pristanak nije obavezan, ako bi zbog njegovog pribavljanja bio neposredno ugrožen život mentalno oboljelog lica ili bi prijetila stvarna i neposredna opasnost od težeg narušavanja njegovog zdravlja, ali se medicinski postupak može primjenjivati bez pristanka samo dok traju navedene okolnosti (čl. 17). Zdravstveni radnik za mentalno zdravlje, odnosno psihijatar koji rukovodi procesom rada ili drugo ovlašćeno lice centra za mentalno zdravlje, odnosno psihijatrijske ustanove odlučuje o nužnosti i hitnosti određenog medicinskog postupka i o tome, bez odlaganja, obavještava zakonskog zastupnika mentalno oboljelog lica, ako ga ima (čl. 17, st. 3).

Ako pacijent ne daje pristanak na tretman, prema preporuci CPT, treba dozvoliti da napusti bolničko liječenje ako ne postoji osnov za hitni smještaj u ustanovu⁶¹ ili primijeniti zakonsku proceduru predviđenu za slučaj prisilne hospitalizacije.⁶² Povlačenje pristanka se dosta rijetko događa (nema preciznog podatka), nakon čega se, kako nam je rečeno, pacijent tretira kao prisilno hospitalizovan.

CPT je skrenuo pažnju na nedostatak garancije u vidu pisane izjave o pristanku na tretman osoba kojima je izrečena mjera bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi.⁶³ Naglašeno je da ista garancija mora da važi kod pacijenata koji su izvršili krivična djela kao i kod onih koji nisu.⁶⁴ Data je preporuka da se takva garancija zakonom precizira, ali to do danas nije izvršeno. **Ipak, Zakon o zaštiti prava mentalno oboljelih lica nije usklađen sa međunarodnim standardima koje propisuje Konvencija UN o pravima lica sa invaliditetom, koja od 2009. godine obavezuje i Crnu Goru⁶⁵.**

Član 25 Konvencije propisuje da osobe sa invaliditetom imaju pravo na uživanje najvišeg mogućeg standarda zdravlja bez diskriminacije po osnovu invaliditeta. U okviru navedenog člana 25 (d) iznosi se i važan koncept ljudskih prava, dostojanstva i autonomije osoba sa invaliditetom i navodi da se od zdravstvenih radnika zahtijeva da „osobama sa invaliditetom pružaju zaštitu istog kvaliteta koja se pruža i ostalim licima, uključujući na osnovu slobodnog i informisanog pristanka“.

Opšti komentar br. 1 Komiteta sadrži jasno uputstvo: „pravo na uživanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda (član 25 Konvencije) uključuje pravo na zdravstvenu njegu utemeljenu na slobodnoj i informisanoj saglasnosti. Države ugovornice imaju obavezu da zahtijevaju od svih zdravstvenih radnika (uključujući i psihijatrijske radnike) da pribave slobodnu i informisanu saglasnost osoba sa invaliditetom prije bilo kakvog liječenja.

59 Izvještaj o posjeti Litvaniji, CPT, 2008, stav 129 (<http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2009-22-inf-eng.pdf>).

60 Čl. 14 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, *Sl. list RCG*, br. 32/2005 i *Sl. list CG*, br. 27/2013.

61 Izvještaj o posjeti Bugarskoj, CPT, 2006 (<http://www.cpt.coe.int/documents/bgr/2008-11-inf-eng.htm>).

62 Izvještaj o posjeti Letoniji CPT, 2007 (<http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2009-35-inf-eng.htm>).

63 Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 106. Zakon o zaštiti prava mentalno oboljelih lica, op. cit, ne precizira da se pristanak na liječenje zahtijeva i od forenzičkih pacijenata i on se u praksi i ne zahtijeva.

64 „The CPT must stress once again that the admission of a person to a psychiatric establishment on an involuntary basis – *be it in the context of civil or criminal proceedings* – should not be construed as authorising treatment without his/her consent. Every competent patient, whether voluntary or involuntary, should be fully informed about the envisaged treatment and given the opportunity to refuse treatment or any other medical intervention. Any derogation from this fundamental principle should be based upon law and only relate to clearly and strictly defined exceptional circumstances. **The Committee recommends that the Montenegrin authorities take the necessary steps to review the relevant legislation in the light of these remarks.**“ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 106.

65 Zakon o ratifikaciji Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima lica sa invaliditetom sa Opcionim protokolom *Sl. list CG – Međunarodni ugovori*, br. 2/2009 od 27.7.2009.

Imajući u vidu pravo osobe sa invaliditetom na uživanje poslovne sposobnosti na jednakim osnovama sa drugima u svim oblastima⁶⁶, kao i pravo na poštovanje njenog fizičkog ili mentalnog integriteta na osnovu jednakosti sa drugima⁶⁷, **države ugovornice imaju obavezu da ne dozvole zamjenskim donosiocima odluka da daju saglasnost u ime osoba sa invaliditetom.**⁶⁸ Cjelokupno zdravstveno i medicinsko osoblje treba da obezbijedi odgovarajuće konsultacije u kojima direktno učestvuje osoba sa invaliditetom. Oni također treba da obezbijede, prema svojim najboljim sposobnostima, da pomagači ili osobe za podršku ne odlučuju umjesto osobe ili da ne vrše neprimjeren uticaj na odluke osoba sa invaliditetom.⁶⁹

Ove standarde je važno imati u vidu i u kontekstu našeg nalaza da nekoliko pacijenata s kojima smo razgovarali, a koji su dali saglasnost za liječenje, nijesu mogli da objasne zašto su donijeli odluku da se podvrgnu bolničkom tretmanu, osim da to „tako treba jer pate i oni i porodica“ i da su tu jer su ih nagovorili članovi porodice.

Posebno u odnosu na prisilni tretman, Komitet je naglasio:

„(p)rinudno liječenje od strane psihijatrijskih i ostalih zdravstvenih i medicinskih radnika predstavlja povredu prava na jednako priznavanje pred zakonom i kršenje prava na lični integritet (član 17), slobodu od mučenja (član 15) i slobodu od nasilja, eksploatacije i zloupotrebe (član 16). Ova praksa uskraćuje osobi poslovnu sposobnost da izabere medicinsko liječenje i stoga predstavlja povredu člana 12 Konvencije. Države ugovornice moraju, umjesto toga, poštovati poslovnu sposobnost osoba sa invaliditetom da donose odluke u svakom trenutku, uključujući i krizne situacije, obezbijediti tačne i pristupačne informacije o opcijama usluga, dostupnost nemedicinskih pristupa i nezavisne podrške. Države ugovornice imaju obavezu da obezbijede pristup podršci za odluke koje se odnose na psihijatrijsko i drugo medicinsko liječenje. **Prinudno liječenje je naročito problem za ljude sa psihosocijalnim, intelektualnim i drugim kognitivnim smetnjama. Države ugovornice moraju ukinuti politike i zakonske odredbe koje omogućavaju ili su odgovorne za prinudno liječenje, budući da se radi o stalnoj povredi koja se može naći u zakonima o mentalnom zdravlju širom sveta, uprkos empirijskim dokazima koji ukazuju na neefikasnost i gledištima ljudi – korisnika sistema mentalnog zdravlja, koji su iskusili veliki bol i traumu kao rezultat prinudnog liječenja.**“⁷⁰

Ratifikovanjem Konvencije, Crna Gora je preuzela obavezu da poštuje principe nediskriminacije, autonomije i inkluzije ugrađene u Konvenciju i da prizna ovu evoluciju u međunarodnom pravu koja nedvosmisleno pruža jednaka prava svim osobama sa invaliditetom ravnopravno sa drugima. Ovi standardi imaju primat nad drugim standardima, uključujući i one koje je ustanovio Savjet Evrope.

Kao i u pogledu upotrebe sredstava za ograničavanje slobode kretanja, evropski standardi su još uvijek donekle različiti. Evropski sud za ljudska prava (ESLJP), koji primjenjuje Evropsku konvenciju o ljudskim pravima, je utvrdio određene uslove pod kojima mentalno oboljela lica mogu biti izložena prinudnom tretmanu. Navedeni uslovi su određeni 1992. godine, u slučaju *Herczegfalvi protiv Austrije*. Treba imati u vidu da je ovaj stav zauzet 16 godina prije stupanja na snagu Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom,⁷¹ ali i da se do danas nije značajno promijenio. Standard naveden u ovoj presudi, se snažno oslanja na tzv. doktrinu „medicinske nužnosti“, odnosno potrebu za stručnim medicinskim mišljenjem, smatrajući prinudno liječenje medicinskim pitanjem, prije nego kršenjem ljudskih prava:

„... zdravstvene vlasti treba da odluče, na osnovu priznatih pravila medicinske nauke, o terapijskim metodama koje će se koristiti, ako je potrebno i silom, da bi se sačuvale fizičko i mentalno zdravlje pacijenata koji su potpuno nesposobni da odluče za sebe i za koje su stoga odgovorna [...] Ustanovljeni medicinski principi su u principu odlučujući u takvim slučajevima; kao opšte pravilo, mjere koje su terapijski nužne ne mogu se smatrati nehumanim ili ponižavajućim. Bez obzira, Sud smatra da je uvjerljivo dokazano da je postojala medicinska nužnost.“⁷²

66 Vidi čl. 12 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, op.cit.

67 Vidi čl. 17 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, op.cit.

68 Opšti komentar br. 1 člana 12 Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, tačka 41. Vidi i zaključna razmatranja Komiteta za prava osoba sa invaliditetom o izvještaju Srbije od 26. maja 2016, tačke 33 i 34 (Concluding observations on the initial report of Serbia: „The Committee is concerned that a legal guardian can authorize medical interventions, including sterilization, without the free and informed consent of the person with disabilities. The Committee recommends that the State party prohibit medical interventions without the prior consent of persons with disabilities and provide sufficient remedies and compensation to those subjected to such procedures“).

69 Opšti komentar br. 1 člana 12 Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, tač. 40–41.

70 Opšti komentar br. 1 člana 12 Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, st. 42.

71 Konvencija je usvojena 13. decembra 2006. godine, otvorena za potpisivanje 30. marta 2007, a stupila na snagu 3. maja 2008 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/the-10th-anniversary-of-the-adoption-of-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crp-d-crp-d-10.html>). U odnosu na Crnu Goru Konvencija važi od 4. avgusta 2009. godine.

72 Presuda 10533/83 Herczegfalvi protiv Austrije, stav 82.

Preporuka Komiteta ministara Savjeta Evrope (2004) 10 koja se se odnosi i na pitanja prisilnog smještaja ide korak naprijed u odnosu na ESLJP, jer preporučuje, na primjer, da prinudni oblik liječenja bude dio pisanog plana liječenja, preporučuje uvođenje garancija koje obezbjeđuju bolje praćenje da li su medicinske odluke zasnovane na čvrstim dokazima i da li je određen tretman koji je i najmanje moguće ograničavajući.⁷³

Dok se ne dostignu standardi koji nameće Konvencija, na nivou Savjeta Evrope, treba imati u vidu i standarde koje je propisao Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT): „Pacijenti u principu moraju biti u prilici da daju slobodan pristanak na liječenje, zasnovan na dovoljno informacija. Prijem neke osobe u psihijatrijsku ustanovu na nedobrovoljnoj osnovi ne smije biti protumačen tako da daje ovlašćenje za liječenje bez njenog pristanka... Naravno, pristanak na liječenje se može kvalifikovati kao slobodan i zasnovan na dovoljno obavještenja samo ako je utemeljen na potpunim, tačnim i razumljivim informacijama o stanju pacijenta i predloženom liječenju...“.⁷⁴

Važeći propisi omogućavaju podvrgavanje osoba prisilnom tretmanu što predstavlja kršenje Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. Potrebno je primjenjivati standarde propisane Konvencijom, koji zahtjevaju ukidanje prakse prinude. U početnim koracima u reformi biće naročito važno da se stvori mreža podrške osobama koje treba da donesu sopstvenu odluku o liječenju i razvije holistički pristup liječenju.

2.4.1.2. PREPORUKE

Preporuke za Ministarstvo zdravlja:

- 1) Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica usaglasiti sa UN Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom prvenstveno u pogledu preciznijeg ograničavanja kruga lica koja mogu biti podvrgnuta prisilnom liječenju („Prinudno liječenje je naročito problem za ljude sa psihosocijalnim, intelektualnim i drugim kognitivnim smetnjama“), kao i u pogledu brisanja odredbe koja omogućava zakonskom zastupniku ili etičkom komitetu ustanove da donose odluke umjesto same osobe;
- 2) usvojiti preporuke CPT u odnosu na: a) propisivanje davanja pisane saglasnosti na tretman od strane forenzičkih pacijenata; b) obezbjeđenje da sud prilikom odlučivanja o produžetku mjere bezbjednosti obavezno sasluša lice o kojem odlučuje, i c) da mu se obezbijedi pravo da zahtijeva da sud u postupku pribavi mišljenje psihijatra van Bolnice (čl. 475 ZKP).

Preporuka za Ministarstvo pravde:

- 1) obezbijediti obaveznu odbranu i u postupku izricanja i ispitivanja mjere bezbjednosti psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.

Preporuke za direktora Bolnice:

- 1) raditi na stvaranju podrške osobama sa invaliditetom kako bi bile u prilici da daju slobodan i informisani pristanak;
- 2) omogućiti obuku zaposlenima u Bolnici na temu standarda koji su propisani Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, posebno o pravu na slobodan i informisan pristanak;
- 3) Imajući u vidu da se prinudno liječenje može primjeniti samo kao poslednja mjera, obezbijediti da pacijenti imaju, kada je to potrebno, pomoć u donošenju odluka tokom razgovora o tretmanu. Ovakav razgovor se mora obaviti posle upoznavanja pacijenta o njihovim pravima i mora se fokusirati na pružanje pacijentu svih medicinski relevantnih informacija, kako bi on ili ona mogli sami da donesu odluku.

⁷³ Preporuka Komiteta ministara (2004)10, članovi 12,18 i 19.

⁷⁴ CPT standardi, (2010f), stav 41.

2.4.2. Sadržaj tretmana

2.4.2.1. MEĐUNARODNI STANDARDI, ZAPAZANJA CPT I OSNOVNE INFORMACIJE O PRIMJENI RADNO-OKUPACIONE TERAPIJE U BOLNICI

Prilikom prve posjete Bolnici 2004. godine, CPT je saopštio da bi svaki pacijent trebalo da ima individualno prilagođeni plan tretmana, koji se pored farmakoterapije, sastoji i od široke lepeze rehabilitacionih i terapijskih aktivnosti. U takvom planu bi trebalo navoditi ciljeve tretmana i terapijska sredstva koja se koriste i kontinuirano upisivati postignuti napredak.⁷⁵

„Psihijatrijsko liječenje mora biti zasnovano na individualizovanom pristupu, koji podrazumijeva sastavljanje posebnog plana liječenja za svakog pacijenta. To liječenje mora uključivati široki spektar terapijskih, rehabilitacijskih i rekreativnih aktivnosti, uključujući okupacionu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umjetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti. Pacijenti treba da imaju redovan pristup odgovarajuće opremljenim prostorijama za rekreaciju, kao i za svakodnevnu vježbu na otvorenom. Poželjno je da im se omogući obrazovanje i odgovarajući rad.”⁷⁶

Prilikom posjete 2004. godine, CPT je konstatovao da je osnovni tretman pacijenata u Bolnici bila terapija lijekovima i da nije bilo individualnih planova liječenja.⁷⁷ Utvrđeno je da postoji mala jedinica za okupacionu terapiju sa oko 11 mjesta za manuelne aktivnosti i dodatno stolarska radionica sa prostorom za 3–4 pacijenta.⁷⁸ Primjećeno je da je na osnovu strane donacije obezbjeđen pogon za rad sa glinom, što bi trebalo da omogući angažman 20 pacijenata. Uočeni su i tereni za košarku, odbojku i mini-fudbal, ali su razumjeli da se oni rijetko koriste.⁷⁹

CPT je 2004. preporučio da se za svakog pacijenta uspostave individualni planovi tretmana i da se u njih uključi komponenta radno-okupacione terapije, kao i da se razvije ponuda aktivnosti okupacione terapije i ostale radne i sportske aktivnosti.⁸⁰

Iste preporuke CPT je ponovio i povodom posjete Bolnici 2008. godine⁸¹, kao i prilikom posljednje posjete samo Sudskom odjeljenju (Jedinici sudske psihijatrije) 2013. godine⁸².

Međutim, uprkos tome, **2017. godine individualni planovi oporavka pacijenata u Bolnici i dalje nisu sadržali program radno-okupacione terapije.**

„Sve ispitanice su iskazale nezadovoljstvo načinom na koji im je vrijeme organizovano tokom dana zbog toga što nemaju dovoljno aktivnosti. Ovakva (ne)organizacija vremena, po navodima većine ispitanica doводи do nekih dodatnih teškoća ispitanica, što smatraju ne utiče na poboljšanje njihovog mentalnog zdravlja. Neke su samo rekle ‘užasno’, ‘dosadno’, ‘ležeći’ ili ‘nikad da mi prođe dan’, dok su druge dale detaljniji opis (ne)aktivnosti i njihovo promišljanje o tome.”⁸³

Prema zvaničnim informacijama Bolnice, pored dominantne komponente – farmako terapije pacijenata i individualnih razgovora, koje pacijenti po potrebi i na zahtjev obavljaju sa psihijatrom, terapijski tretman u Bolnici sastoji se i od radno-okupacione terapije (ROT)⁸⁴, terapijskih zajednica, koje bi trebalo da se odvijaju svakodnevno, i po-

75 Report to the Government of Serbia and Montenegro on the visit to Serbia and Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 28 September 2004, Strazbur, 18.5.2006, tačka 314.

76 CPT standardi, (2010f), stav 37, dostupno na: <https://rm.coe.int/16806cea5f>, strana posjećena 21.06.2017.

77 CPT Report to the Government of Serbia and Montenegro, 2006, op. cit, tač. 314.

78 Isto.

79 Isto.

80 Isto.

81 Izvještaj Crnogorskoj Vladi o posjeti Crnoj Gori Evropskog komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT), obavljenoj od 15–22. septembra 2008. godine, Strazbur 2009, tačke 92–94, prevod dostupan: <https://rm.coe.int/1680697752> (pristupljeno 24.6.2017). Vidi i izvještaj HRA i partnera „Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama“, op.cit, str. 17.

82 Report to the Government of Montenegro on the visit to Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 13 to 20 February 2013, Strazbur 24. maj 2014, tačke 95–97, dostupan: <https://rm.coe.int/1680697756>.

83 „Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru“, Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA, 2017, poglavlje 3.2.2.4.

84 „Psiholog obavlja intervju sa pacijentom na osnovu koga organizuje ili daje preporuke za dnevne aktivnosti.

Radno-okupaciona terapija u našoj bolnici sprovodi se u posebnim prostorijama gdje pacijenti crtaju, prave figure od gline, kartonsku ambalažu, rekreacija u teretani, rad na održavanju bolničkog kruga, aktivnosti na sportskom terenu (u poslijepodnevnom časovima), u stolarskoj radionici. Za ženske pacijente su posebno organizovane radionice, gdje se okupiraju bavljenjem ručnim radovima (pletenje, heklanje, vezenje). Preuzeto sa sajta SBP Kotor: <http://www.psihijatrijakotor.me/page9.html>, sajt posjećen 20.06.2017.

rodičnog savjetovanja.⁸⁵ Međutim, situacija koju smo 2016. godine zatekli u Bolnici nije, nažalost, odgovarala ovim informacijama.

Terapijske zajednice se održavaju na sledeći način: jednom sedmično na urgentnom odjeljenju, Akutnom muškom odjeljenju, Akutnom ženskom odjeljenju i Sudskom odjeljenju.

Na hroničnim odjeljenjima (br. 8 muško i br. 8 žensko) se održavaju dva puta u mjesecu. Na odjeljenju za bolesti zavisnosti terapijska zajednica se održava svakodnevno osim srijedom koja je predviđena za ROT.

Porodična terapija se ne organizuje, iako u Jedinici za radno-okupacionu terapiju (Jedinici za ROT) rade dvije obučene terapeutkinje, jedna kognitivno-bihejvioralne, a druga porodične terapije. U odnosu na odjeljenje za bolesti zavisnosti dobili smo objašnjenje da Bolnica stoji na raspolaganju za porodičnu grupnu terapiju jednom nedjeljno (petkom), ali interesovanje za ovaj vid terapije opada sa slabljenjem ekonomskih prilika u porodici zavisnika.

Stolarska radionica uspostavljena 2004. povremeno radi u improvizovanim uslovima. Poslove obavlja socijalni radnik zaposlen u Bolnici, koji za potrebe Bolnice izrađuje ormariće, vitrine, klupe i slično. Ipak, kako je potrebna velika opreznost prilikom rukovanja sa dosta starim stolarskim mašinama, pacijenti se vrlo rijetko uključuju u rad ove radionice.

Sportski teren na sudskom odjeljenju nije funkcionalan, konstrukcija za koš je previsoka i nedostaje joj košarkaška tabla, obruč i mrežica, kao i lopte. Na ostalim sportskim terenima je slična situacija. Na zajedničkom terenu za košarku postoje konstrukcije za koševе, ali na jednom košu nedostaje kompletna tabla, a na drugom obruč sa mrežicom. Iako postoje rukometni golovi koji se mogu koristiti za mali fudbal, nedostaju im mreže i dovoljan broj odgovarajućih lopti za oba sporta. Takođe, na istom terenu postoje rupe za odbojkaške stubove, ali nema ni stubova, ni mreže ni lopti za odbojku, iako je to jedini sport kojim su se u bolnici bavile i žene.

2.4.2.2 RADNO-OKUPACIONA TERAPIJA

„Radna terapija je zasnovana na vjerovanju da smisljena aktivnost, uključujući njene međuljudske i ekološke komponente, može biti korištena za prevenciju onesposobljenja, te postizanje maksimalne adaptacije“ – AOTA (Ame-ričko udruženje radnih terapeuta).

Ovaj vid tretmana osoba sa mentalnim poremećajima koristi terapijske funkcije rada kao metodu liječenja, oporavka i resocijalizacije pacijenata, što je od izuzetne važnosti za osobe koje provode duže vrijeme u redukovanom bolničkom okruženju. Kroz radno-okupacionu terapiju (ROT) razvijaju se specifična znanja, vještine i međuljudski odnosi. ROT uključuje „tri kategorije aktivnosti: samozbrinjavanje (dnevne aktivnosti), produktivnost (radna aktivnost) i odmor (igra i razonoda)“⁸⁶.

Sprovođenje ovih aktivnosti u Bolnici odvija se u specijalizovanoj Jedinici za ROT, na sportskim terenima i u solidno opremljenoj teretani.

Sistematizacijom radnih mjesta predviđeno je da Jedinicu za ROT, koja se nalazi u sklopu Službe za psihosocijalnu rehabilitaciju, sačinjavaju 2 defektologa, glavni radno-okupacioni terapeut i 4 radno-okupaciona terapeuta. Trenutno su zaposlene dvije defektološkinje na radnim mjestima predviđenim za defektologe i jedan socijalni radnik i defektološkinja na radnom mjestu ROT⁸⁷, **tako da Jedinica za ROT umjesto 7 zaposlenih predviđenih sistematizacijom ima samo 4. Ova okolnost negativno utiče na raznovrsnost, dinamiku i kvalitet ROT koja se sprovodi u okviru Bolnice.**

Zatečeno stanje na početku projekta bilo je još nepovoljnije nego 2013. godine, pa je prilikom prve posjete 1. marta 2016. manje od 20 pacijenata bilo stalno uključeno u ove aktivnosti.⁸⁸ U ROT je redovno učestvovalo samo 4–5

85 „U sklopu Radno-okupacione terapije defektolog radi relaksacione tehnike kao karika u lancu terapijskog procesa (autogeni trening, progresivna mišićna relaksacija)... Terapijske zajednice se održavaju svakog jutra od 9h do 10h, nakon čega slijede radno-okupacione aktivnosti od 10h do 12h. U okviru terapijskog tretmana sprovodi se i porodično savjetovanje, odnosno rad sa porodicama zavisnika i hroničnih pacijenata.“ Preuzeto sa sajta SBP Kotor: <http://www.psihijatrijakotor.me/page9.html>, sajt posjećen 20.06.2017.

86 Navedeno prema prezentaciji prim. mr. sc. Mladenka Naletilić dr. med. „Osnove radne terapije“, dostupno na: <https://www.google.me/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwIU3tWH287UAhWLFfAKHdIlgBo8QFggIMAA&url=http%3A%2F%2Fzfs.sve-mo.ba%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FOSNOVE%2520RADNE%2520TERAPIJE-predavanje.ppt&usg=AFQj-CNEty2vQ6FpmxLGPPqK6qFpZnjsmhwh&sig2=yycTdEnQUliTSxArSS1log>, sajt posjećen 21.06.2017.

87 Uslovi za radno mjesto ROT su: Više obrazovanje u obimu od 120 kredita CSPK-a, V nivo kvalifikacije, Viša škola za radne terapeute i položen stručni, za radno mjesto glavnog ROT: Više obrazovanje u obimu od 120 kredita CSPK-a, V nivo kvalifikacije, Viša škola za radne terapeute, položen stručni ispit i 5 godina radnog iskustva ili Visoko obrazovanje u obimu 240 kredita CSPK, VII 1 nivo kvalifikacije, Filozofski, Defektološki ili Fakultet političkih nauka, položen stručni ispit, dok je za mjesto defektologa uslov: 240 kredita CSPK, Defektološki fakultet, VII 1 nivo kvalifikacije i položen stručni ispit.

88 Prethodni Izvještaj monitoring tima nevladinih organizacija navodi 20–40 pacijenata uključenih u aktivnosti ROT, *Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama*, HRA, CGO, Ekvista, SŽK, Podgorica 2013, str. 16, dostupno: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_Dobrota_CG.pdf.

pacijenata sa hroničnih odjeljenja i manji broj sa odjeljenja sa zavisnicima, pri čemu pacijenti sa alkoholizma skoro uopšte nisu bili zainteresovani za ovaj vid terapije. Svega nekoliko pacijenata sa Sudskog odjeljenja je pokazalo interesovanje za ROT.

Ovo znači da je ROT u 2016. godini obuhvatala samo 7–8% od ukupnog broja pacijenata u Bolnici.

Tokom treće posjete⁸⁹ Monitoring tima većina intervjuisanih pacijenata je izrazila rezervu prema postojećoj ponudi aktivnosti u okviru ROT, smatrajući da je uglavnom namijenjena pacijentkinjama⁹⁰. Forenzički pacijenti, osobito mlađi, najviše su koristili teretanu i rjeđe biblioteku, čijim fondom knjiga nisu bili zadovoljni. Ovo ne iznenađuje, budući da je biblioteka bila vrlo skromna, nastala doniranjem knjiga od strane građana ili drugih ustanova. Neki pacijenti sa ovog odjeljenja istakli su da bi im veoma odgovaralo ako bi tokom boravka u Bolnici mogli da izuče neki zanat,⁹¹ jer bi im to olakšalo resocijalizaciju i učinilo je održivom.

Pacijentkinje sa ženskog akutnog odjeljenja uopšte nisu bile uključene u ROT, navodno zbog rizika (bezbjednosnog) koji nosi kontakt sa pacijentima sa odjeljenja za liječenje bolesti zavisnosti. Međutim, ovo opravdanje nije uvjerljivo, jer je u jedinici moguće organizovati rad u različitim smjenama, a i zbog toga što se u praksi i žene zavisnice smještaju na isto akutno odjeljenje, jer Bolnica za njih nema drugi smještaj.

Monitoring posjete su pokazale da pacijenti nisu dovoljno motivisani da učestvuju u okupacionoj terapiji, što je posljedica i nemogućnosti Bolnice da na zadovoljavajući način organizuje i pruži ovaj vid terapije.

Glavni razlozi malog učešća pacijenata u ROT bili su:

- nedovoljno zaposlenih u Jedinici za ROT;
- mali kapacitet prostorije za ROT – tek 8 pacijenata istovremeno;
- neuslovna prostorija – slaba izolacija i nedostatak grijanja u zimskom periodu;
- nedostatak sirovina za postojeće vidove terapije – vunice, gline, engoba i glazura, kao i zastarjelost neka- da korištenih mašina, poput one za izradu papirne ambalaže;
- loše stanje sportskih terena;
- nedovoljna motivacija osoblja Bolnice da ROT bude odgovarajuće zastupljen u liječenju, na što se na- dovezao i nedostatak motivacije pacijenata.

2.4.2.3. AKCIONI PLAN ZA UNAPREĐENJE RADNO-OKUPACIONE TERAPIJE U BOLNICI

U okviru projekta, radna grupa sastavljena od predstavnika NVO partnera u projektu, Bolnice i Ministarstva zdrav- lja, sačinila je Akcioni plan za unapređenje radno-okupacione terapije u Bolnici. Plan je izrađen na osnovu sprovedene analize situacije sa ciljem da se omogući održiva, šira ponuda terapijskih aktivnosti koja bi uključila i veći broj pacijenata i stimulisala angažovanje lokalnih udruženja građana u reformi mentalnog zdravlja.⁹²

Predviđen je širok spektar mogućih aktivnosti za radnu terapiju koji je uključio: trening životnih i socijalnih vještina, profesionalne, edukativne, kreativne, rekreativne, preduzetničke i društvene aktivnosti koje mogu da poboljšaju kvalitet vremena koje pacijenti provode u Bolnici i pomognu da steknu vještine koje će im omogućiti da se lakše reintegrišu u društvo i vode ispunjeniji, uspješniji i samostalniji život nakon izlaska iz institucije. Akcionim planom je predviđeno 25 različitih aktivnosti, od kojih više od polovine do tada nije bilo zastupljeno u Bolnici.

Na osnovu Akcionog plana je sproveden konkurs za dodjelu malih grantova nevladinim organizacijama. Od pristiglih 8 projektnih predloga odabrano je 6 najboljih (vidjeti tabelu u nastavku).

Važna komponenta svakog od podržanih projekata, pored obuke pacijenata i osoblja Bolnice, bila je renoviranje i dodatno opremanje prostorija za realizaciju ROT i obezbjeđivanje dovoljne količine materijala i sredstava za rad.

U nastavku slijedi pojedinačni pregled svih sprovedenih projekata.

89 Druga posjeta je obavljena 22, a treća 23. juna 2016. Nakon toga, obavljen je niz individualnih posjeta pojedinih članova/ica MT, posljed- nja 21. juna 2017.

90 Budući da su se u to vrijeme radili samo ručni radovi i keramika (rad sa glinom) koje su nazvali „ženskim“ aktivnostima.

91 Predlagali su automehaničarski i električarski zanat.

92 Akcioni plan dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Konkurs_Akcioni_plan.pdf.

(1) Projekat „Ne brigaj, odigraj!“ – NVO Brljok!

NVO Brljok! je kao način za poboljšanje kvaliteta vremena kojeg pacijenti provode u SBP Kotor prepoznao igranje društvenih igara u prostorijama Bolnice. Projekat je realizovan uz podršku volontera NVO Brljok! koji su sa pacijentima Bolnice na različitim odjeljenjima organizovali radionice i igranje različitih igara. Kupljeno je 25 društvenih igara posebno odabranih za pacijente bolnice, shodno njihovim potrebama i sposobnostima. Na predlog pacijenata naručeni su stoni fudbal i tri električna pikada. Obezbijedjeni su i ormarići za čuvanje igara i knjiga na svakom odjeljenju. NVO „Brljok!“ je u saradnji sa osobljem bolnice i projektnim timom organizovala i novogodišnju nagradnu tombolu u velikoj trpezariji bolnice u kojoj je učestvovalo preko 200 pacijenata. Članovi i volonteri ove NVO su pored glavnih, obezbijedili i veliki broj utješnih nagrada za pacijente Bolnice.

(2) Projekat „Biblioteka dostojna ljudi“ – NVO Inicijativa mladih za ljudska prava

Projekat Inicijative mladih za ljudska prava bio je fokusiran na obogaćenje bibliotečkog fonda namijenjenog pacijentima Bolnice, obezbjeđenje adekvatnih uslova za korišćenje biblioteke, kao i uključivanje lokalne zajednice i šire javnosti u poboljšanje ovog vida ROT u SPB Kotor. U okviru projekta renovirana je i opremljena jedna prostorija za rad biblioteke: postavljen je novi pod od keramičkih pločica (20m²); zamijenjeno je 5 dotrajalih drvenih prozora sa pet novih PVC prozora; ugrađena su i jedna PVC vrata čime se odvojila biblioteka od druge prostorije u kojoj se vrše radno-okupacione aktivnosti; prostorija biblioteke je okrećena i obavljani su zanatski radovi na elektroinstalacijama i rasvjeti. Prostorija u kojoj je biblioteka opremljena je sa dvije fotelje i stolom za čitanje knjiga, dva lap top kompjutera i 21 stolicom, čime su u velikoj mjeri poboljšani uslovi za ostvarivanje ne samo ovog već i drugih vidova radno-okupacione terapije u Bolnici. Takođe, bibliotečki fond je uvećan za 250 novih naslova, a 314 knjiga obezbijeđeno je kroz akciju prikupljanja knjiga od građana. Pored knjiga donirano je i preko 50 časopisa. Održano je završno književno veče lokalnih književnika u prostorijama Bolnice.

(3) NVO Mentalno zdravlje, tiče se svih nas! – „Metakognitivni trening za pacijente sa psihozom“

Cilj projekta je bio poboljšanje socijalnih vještina i funkcionisanja pacijenata, smanjenje depresije i anksioznosti, te poboljšanje interakcije sa okolinom i opšteg funkcionisanja. Dodatni cilj bila je i obuka psihologa i psihijataru za primjenu MKT. Kroz ovaj projekat realizovano je osam osnovnih modula i dva dodatna. Moduli za pacijente bili su organizovani na sudskom odjeljenju, hroničnim odjeljenjima (muškom i ženskom), kao i na odjeljenju za liječenje bolesti zavisnosti. Prisustvovalo im je između 3 i 14 pacijenata, dok je u rad modula namijenjenih osoblju bilo uključeno petoro zaposlenih u Bolnici. U okviru ovog projekta obezbijeđen je projektor za potrebe bolnice.

(4) NVO Meštar i furešta – „Umjetnost duše“

U okviru projekta organizovane su serije radionica dekupaž i papije-maše tehnika, kao i radionice izrade lutaka i karnevalskih maski. Sredstvima ovog projekta obezbijeđeno je nekoliko radijatora čime je, skupa sa postavljanjem nove eloksirane bravarije u prostorijama jedinice za ROT, riješen problem slabog grijanja i omogućena je kontinuirana realizacija terapije tokom cijele godine. Na kraju projekta u crkvi Sv. Pavla u Kotoru organizovana je prodajna izložba radova nastalih u toku radionica. Uprkos očekivanom broju od 20 predmeta nastalih na radionicama, na izložbi je prikazano 63 predmeta, prodato je 18 i prikupljeno 195,70 eura što je i uplaćeno na račun Bolnice u cilju nabavke materijala za nastavak rada. Izložbi je prisustvovalo 50-tak ljudi, od čega 10 pacijenata Specijalne bolnice, 3 predstavnika medija. Takođe, započeti su pregovori o otvaranju prodajnog štanda Specijalne bolnice sa predstavnicima lokalne vlasti.

Pored planiranih aktivnosti, NVO „Meštar i furešta“ je izdvojila sredstva za kupovinu dva obruča i table za košarkaški koš, koji će svojim volonterskim doprinosom postaviti na Sudskom odjeljenju Specijalne bolnice za psihijatriju.

(5) Udruženje starih zanata i vještina i njegovanja nematerijalne kulturne baštine „Nit“ – „Povežimo se nitima“

Projekat „Povežimo se nitima“ bio je usmjeren na unapređenje kvaliteta života pacijentkinja i pacijenata. Preko dvadeset pacijentkinja je učestvovalo u radionicama pletenja, veza i heklanja. Obezbijedjeni su materijali i alati za rad i demonstrirane lagane tehnike za izradu upotrebnih i ukrasnih predmeta. Pored pletenja šalova, veza raznih motiva i izrade „narukvica prijateljstva“, pacijentkinje su uoči Nove godine različitim tehnikama napravile i balone za novogodišnju jelku i druge ukrase kojima su oplemenile prostorije u kojima inače borave. Izrađeno je oko 150 predmeta od kojih su najveći dio učesnice poklonile svojim najbližima. Realizovane su i radionice za pacijente za izradu suvenira. Osim materijala i alatki potrebnih za izvođenje obuke, u okviru ovog projekta takođe je obezbijeđen određen broj stolica za korisnike.

(6) NVO Umjetnost življenja Crne Gore – „Joga za fizičko i mentalno zdravlje“

Projekat je doprinio poboljšanju stanja pacijenata, kroz razvijanje navike vježbanja radi održavanja stalno visoke emocionalne stabilnosti i zdravlja tijela i duha. U svakom je vježbanju učestvovalo prosječno po desetak pacijenata uz povremeno priključivanje i zainteresovanog osoblja bolnice. Svi učesnici su dobili nove prostirke za vježbanje (50 komada) i brošure sa pregledom vježbi koje izvode tokom treninga (140 komada), koje omogućavaju da se vježbe i samostalno izvode posle kraja projekta. Takođe, nabavljena je muzička mini linija Pioneer i obezbijedeno je 20 komada muških donjih dijelova trenerki i 15 komada majica sa logom projekta.

2.4.2.4. UKUPNI REZULTAT NVO PROJEKATA NA JAČANJU RADNO-OKUPACIONE TERAPIJE

Na početku realizacije projekta u ROT je učestvovalo do 20 pacijenata, samo osam je moglo istovremeno boraviti u Jedinici za ROT, koja se tokom zime nije ni mogla koristiti zbog slabe izolacije prostorije i nedostatka grijanja. Terapija se sastojala od ručnih radova i keramike, za koje je nedostajalo materijala, bojanja bojanki za odrasle, korištenje biblioteke vrlo skromnog fonda i teretane.

Tokom realizacije sub-granting projekata ROT je obogaćena za brojne nove aktivnosti dok je za postojeće obezbijeđen materijal i treneri koji su demonstrirali nove tehnike izrade pacijentima i osoblju Bolnice. Uvedene su radionice novih tehnika – dekupaž i papier mache, kao i nove tehnike ručnih radova i izrade suvenira; uvedeno igranje društvenih igara – obezbijeđeno preko 25 društvenih igara, uključujući električni pikado, stoni fudbal i tombola. Redovni treninzi joge održavani su u Bolnici tokom 5 mjeseci, kao i treninzi metakognitivne terapije za pacijente odgovarajućih odjeljenja. Jedinica za ROT je renovirana, adaptirana namještajem i opremljena knjigama, kompjuterima i radijatorima.

Na kraju projekta u junu 2017. godine, Jedinica za ROT sada može da prima po 20 pacijenata istovremeno tokom cijele godine, a teretana u produžetku još 10 pacijenata.

Rad u okviru Jedinice za ROT je moguće organizovati smjenski u više termina, tako da broj uključenih pacijenata koji su dnevno angažovani bude višestruko veći, tako da u toku nedjelje svi pacijenti u Bolnici budu redovno uključeni u neki oblik ROT.

Kroz 6 projekata je organizovano oko 200 različitih treninga, radionica i termina za rekreaciju u kojima je učestvovalo preko 100 pacijenata (učesće je variralo od aktivnosti do aktivnosti, uzet je prosječan broj polaznika na pojedinim aktivnostima).

Samo na novogodišnjoj tomboli je učestvovalo oko 200 pacijenata, a svi pacijenti mogu da koriste biblioteku koja je obogaćena sa preko 550 naslova, kompjuterom koji je na raspolaganju u biblioteci, kao i projektor za prikazivanje filmova i muzička linija.

Projektom su osigurani svi preduslovi kako u pogledu infrastrukture, tako i u pogledu obuka nadležnih da se nesmetano nastave sve započete aktivnosti u okviru ROT, kao i mogućnosti za njeno dalje unapređenje kroz uvođenje novih aktivnosti iz Akcionog plana.

Projekat je pomogao da se lokalne NVO još više zainteresuju za rad sa pacijentima Bolnice, pa su i kroz druge projekte i dalje volonterske aktivnosti nastavile saradnju i druženje sa njima. Ovo smatramo velikim korakom ka prevazilaženju socijalne distance prema pacijentima psihijatrijske bolnice što je i bio jedan od osnovnih ciljeva projekta.

2.4.2.5. PREPORUKE ZA DIREKTORA BOLNICE:

- 1) obezbijediti da se u svakom slučaju izrađuju i sprovode individualni planovi liječenja, koji uključuju i radno-okupacionu terapiju (ROT);
- 2) u individualnim planovima liječenja plan ROT treba standardizovati prema dobrim primjerima iz međunarodne prakse tako da sadrži: planiranje aktivnosti; savjetovanje, informisanje i podučavanje; kontinuirane konsultacije sa korisnikom i evaluaciju;
- 3) zaposliti nedostajući kadar (3 izvršioca) u Jedinici za ROT u skladu sa aktom o sistematizaciji;
- 4) kontinuirano motivisati pacijentkinje i pacijente da se uključuju u ROT, u prvom redu tako što će se raznovrsne aktivnosti redovno sprovoditi bez obzira koliko pacijenata u njima učestvuje;
- 5) održati sve novouvedene oblike ROT projektima NVO za koje su pacijenti pokazali interesovanje i koje su dale najbolje rezultate, i nastaviti redovnu saradnju sa lokalnim NVO;
- 6) održavati sportske terene funkcionalnim.

2.4.3. Bjekstva, samoubistva i smrtni slučajevi

Tokom izvještajnog perioda zabilježena su dva bjekstva pacijenata (jedan je bio prisilno hospitalizovan, a drugom je bila izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi). Prvi pacijent je pronađen i vraćen u bolnicu, nakon čega je, na osnovu odluke suda prisilno smješten u Bolnicu⁹³. U drugom slučaju, pacijent je, nakon što je uhvaćen, prebačen u Zavod za izvršenje krivičnih sankcija i 19 dana proveo vezan, što je oblik mučenja kako je potvrdio i Ombudsman.⁹⁴

Dogodila su se i dva smrtna slučaja, od ugušenja hranom. Oba pacijenta su bila mlađa (između 35 i 40 godina) i ugušila su se od hrane dok su ležali u krevetu. Pacijenti su imali dijagnoze F29 (hronična psihoza) i F60.3 i F19 (poremećaj ličnosti i moguća psihotična dekompenzacija i politoksikomanija). U oba slučaja su urađene obdukcije, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti,⁹⁵ koje su pokazale da je uzrok smrti ugušenje zalogajem.

Za posmatrača sa strane, zabrinjava pojava da se u periodu od godinu i po dana dogode dvije smrti pacijenata od ugušenja hranom. Smatramo da bi trebalo **analizirati kako je do svakog slučaja došlo i preduzeti mjere da se ubuduće takvi slučajevi spriječe**. Primjera radi, postoje iskustva da se pacijentima u riziku servira samo usitnjena hrana, da se nalaze pod nadzorom prilikom jela, i sl.

U Bolnici se godišnje dogodi 7–8 prirodnih smrti, najčešće usljed hroničnih bolesti. U izvještajnom periodu nije bilo slučajeva samoubistva.

2.4.4. Preporuka za direktora Bolnice:

- 1) analizirati kako je došlo do slučajeva ugušenja hranom i preduzeti mjere da se takvi slučajevi ubuduće spriječe.

2.5. OSOBLJE

2.5.1. Nedostatak medicinskih tehničara

Manjak srednjeg medicinskog kadra u Bolnici je još uvijek izražen. Ukupno je zaposleno 79 medicinskih tehničara (koji, po pravilu, rade u smjenama od po 12 sati, dok manji broj tehničara radi osmočasovno radno vrijeme ili pola radnog vremena). Obaviješteni smo i o slučajevima da tehničari rade smjene od 24h nakon čega su slobodni 48h.

Prema novom Pravilniku o sistematizaciji radnih mjesta, koji je Odbor direktora Bolnice usvojio 5.12.2014, a na koji je Ministarstvo zdravlja dalo saglasnost u julu 2016. godine, predviđeno je zapošljavanje još 34 medicinska tehničara. Ipak, kako je iz Bolnice naglašeno, zapošljavanje novih radnika zavisi od finansijskih mogućnosti, kojih trenutno nema.

Primjetno je da je, uprkos preporukama CPT iz 2008. i 2013. godine, došlo i do smanjivanja broja zaposlenih tehničara, ako se ima u vidu da je CPT u svom izvještaju o posjeti Crnoj Gori 2013. godine naveo da je te godine u odnosu na 2008. zabilježen rast broja zaposlenih tehničara sa 69 na 83.⁹⁶ Podsjećamo da je na nedostatak kadra ukazao i Zaštitnik ljudskih prava i sloboda u izvještaju iz marta 2011. godine.⁹⁷

U ovom kontekstu napominjemo da je Akcionim planom za unapređenje mentalnog zdravlja u Crnoj Gori 2017 – 2018, u cilju jačanja kapaciteta i vještina kadra u oblasti mentalnog zdravlja predviđeno zapošljavanje 10 medicinskih sestara/tehničara i to po 5 u I kvartalu 2017. i I kvartalu 2018. godine. Svakako, treba imati u vidu da je prethodnim Akcionim planom za 2015 – 2016, predviđeno zapošljavanje 10 medicinskih sestara/tehničara, što nije sprovedeno u praksi, pa je ova aktivnost zapravo ponovljena u planu za naredne dvije godine.

Prethodno je objašnjeno da je za jačanje radno-okupacione terapije važno zaposliti još 3 terapeuta, kako je propisano sistematizacijom (detaljnije na str. 23). Posebno je ukazano i na nedostatak tehničara na odjeljenju Sudske psihijatrije (detaljnije na str. 60).

93 Posl. br. Os. 33/16 od 8.9.2016. godine.

94 Radi se o slučaju kojim se Ombudsman bavio po pritužbi oca osuđenog R.LJ. Vidi Mišljenje Ombudsmana broj: 01–391 /15–3 Podgorica, 29.12.2015 (<http://www.ombudsman.co.me/docs/izvjestaji/15022016-preporu-ka-r.lj.pdf>).

95 Zakon o zdravstvenoj zaštiti *Sl. list CG*, br. 3/2016, 39/2016 i 2/2017, čl. 164, st. 2, t. 1: „Obdukciji obavezno podliježe leš: 1) lica umrlog u zdravstvenoj ustanovi, ako nije utvrđen tačan uzrok smrti“.

96 Izvještaj CPT-a o posjeti Crnoj Gori 2013. godine, stav 98.

97 Izvještaj Zaštitnika ljudskih prava i sloboda o stanju ljudskih prava mentalno oboljelih lica smještenih u ustanovama, mart 2011, str. 32.

Upoznati smo sa praksom da srednji medicinski kadar radi prekovremeno, što se dodatno i plaća. Ne postoji interni akt kojim se propisuje broj dozvoljenih prekovremenih sati. Iako je Zakonom o radu propisano da prekovremeni rad može trajati najduže 10 časova nedjeljno⁹⁸, potrebno je najprije procijeniti da li je ovaj broj časova primjeren stresnim uslovima rada u Bolnici, a onda u skladu sa procijenom donijeti uputstvo na nivou Bolnice kojega će se osoblje pridržavati.

Obaviješteni smo i o stručnom usavršavanju zaposlenih u Bolnici: 7 ljekara je na specijalizaciji iz opšte psihijatrije, jedan psihijatar je na doktorskim studijama, jedan psihijatar je na specijalizaciji za dječiju i adolescentnu psihijatriju (koja bi pokrila kadrovski deficit za primorski region), dva psihologa su specijalisti medicinske psihologije, što bi sve trebalo da potpuno zadovolji potrebe za ljekarima u Bolnici.

2.5.2. Preporuke

Preporuka za Ministarstvo zdravlja:

Obezbijediti zapošljavanje srednjeg medicinskog kadra u Bolnici u skladu sa aktom o sistematizaciji.

Preporuka za direktora Bolnice:

Donijeti uputstvo o prekovremenom radu i kontrolisati njegovu primjenu.

2.6. ZAŠTITA PRAVA NA SLOBODU I LIČNI INTEGRITET U POGLEDU PRISILNOG SMJEŠTAJA PRILIKOM PRIJEMA U BOLNICU, TOKOM BORAVKA I OTPUSTA

2.6.1. Opšte garancije

Ljudsko pravo na slobodu ličnosti znači zabranu proizvoljnog lišavanja slobode, što podrazumijeva i garancije protiv proizvoljnog zatvaranja u psihijatrijske klinike. U istoriji kršenja ljudskih prava nisu bili rijetki slučajevi uklanjanja državnih neprijatelja ili nepoželjnih članova porodice njihovim prinudnim smještajem u klinike za mentalno oboljele.⁹⁹

U cilju sprečavanja zloupotreba prisilno smještanje u psihijatrijsku ustanovu mora uvijek biti praćeno odgovarajućim garancijama.¹⁰⁰ U pogledu prisilne hospitalizacije, kao i u pogledu prisilnog tretmana mentalno oboljelih lica, Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom je donijela nove standarde zaštite mentalno oboljelih osoba na nivou Ujedinjenih nacija, koji su savremeniji od evropskih standarda u okviru Savjeta Evrope.

Podsjećamo da se hospitalizacija može smatrati dobrovoljnom samo onda kad je saglasnost data slobodno, u potpunosti i informisano i kada je dala osoba o čijoj hospitalizaciji se odlučuje. Kad god je takva saglasnost data od strane nekog drugog, čak i kada je ta osoba član porodice, zakonski staratelj ili sud, hospitalizacija mora biti zakonski prepoznata kao prisilna, i pacijent mora imati na raspolaganju garancije koje su propisane u slučaju lišavanja slobode.¹⁰¹

Evropski standardi

Evropska konvencija o ljudskim pravima (EKLJP) prihvata mogućnost prisilne hospitalizacije u izuzetnim okolnostima i nameće stroge garancije u vezi sa tim. Ona propisuje da „svako ko je lišen slobode ima pravo da pokrene postupak u kome će sud hitno ispitati zakonitost lišenja slobode i naložiti puštanje na slobodu ako je lišenje slobode nezakonito“ (čl. 5, st. 4). U presudi u predmetu HL protiv Ujedinjenog Kraljevstva,¹⁰² Evropski sud za ljudska prava je našao da je osoba koja boluje od autizma i nema mogućnost odlučivanja hoće li biti primljena u psihijatrijsku bolnicu ili ne, na osnovu činjenica iz slučaja, prisilno lišena slobode te se na nju primjenjuje član 5.¹⁰³ CPT je dalje razradio standarde pravičnosti postupka koji podrazumijevaju pravo da prilikom odlučivanja suda o prisilnom smještaju osoba bude zastupana od strane advokata i da se omogući vještačenje njenog mentalnog stanja od

98 Zakon o radu, *Sl. list CG*, br. 49/2008, 88/2009, 26/2009, 26/2010, 59/2011, 66/2012, 31/2014 i 53/2014 –čl. 49, st. 2: „Rad duži od punog radnog vremena može trajati samo onoliko vremena koliko je neophodno da se otklone uzroci zbog kojih je uveden, ali ne duže od 10 časova nedjeljno.“

99 Poznati su slučajevi od Vase Pelagića, srpskog pisca i kritičara vlasti iz XIX vijeka, preko Đorđa Karadorđevića, brata kralja Aleksandra Karadorđevića i unuka kralja Nikole Petrovića i više od 300.000 „liječenih“ disidenata u Sovjetskom savezu u XX vijeku, sve do slučaja neosnovane prisilne hospitalizacije Mirjane Pukanić u susjednoj Hrvatskoj 2008. godine, koja je izazvala veliku pažnju javnosti.

100 Standardi CPT-a, str. 45, st. 51.

101 Vidjeti presudu Evropskog suda za ljudska prava, *Shtukaturon protiv Rusije*, st. 105, 106 i 108.

102 Predstavka br. 45508/99, presuda od 5. oktobra 2004.

103 Isto.

strane ljekara van Klinike¹⁰⁴, što je izmjenama Zakona o vanparničnom postupku i omogućeno u Crnoj Gori 2015 (detaljnije u nastavku).

UN Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, koja Crnu Goru obavezuje od 2009. godine, usvaja drugačiji pristup. Ona se prvenstveno bavi jednakosti, samostalnošću i samoopredjeljenjem osoba sa invaliditetom uključujući i one sa dugoročnim mentalnim oštećenjima (čl. 1). Član 14 Konvencije propisuje pravo na slobodu osoba s invaliditetom. Slično navedenom standardu EKLJP, član 14 govori o potrebi za osiguravanjem zakonske zaštite od bilo kakvog oblika lišavanja slobode, ali ide i dalje – navodi da „postojanje invaliditeta ni u kom slučaju ne smije da služi kao osnov za lišavanje slobode“.¹⁰⁵

2.6.2. Usklađenost domaćih propisa sa međunarodnim standardima

Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica propisuje da smještaj pacijenta u psihijatrijsku ustanovu može biti dobrovoljan i prisilan. Suštinska pretpostavka od koje Zakon polazi, da će uvijek postojati osobe koje moraju biti prisilno hospitalizovane, u suprotnosti je sa Konvencijom, odnosno članovima 12 (poslovna sposobnost), 14 (sloboda) i 25 (zdravstvena zaštita i informisani pristanak).

U Zakonu se, u glavi „Dobrovoljni smještaj“, propisuje: „Mentalno oboljelo lice koje može razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koje je na osnovu toga sposobno da donese odluku može se, uz njegov pisani pristanak, smjestiti u psihijatrijsku ustanovu.“ (čl. 30, st. 1). Dalje, „lice iz stava 1 ovog člana smjestiće se u psihijatrijsku ustanovu, ukoliko ovlašćeno lice i psihijatar koji primi mentalno oboljelo lice, zasebno, samostalnim i nezavisnim pregledom, utvrde da se radi o mentalno oboljelom licu kod kojeg se odgovarajući terapijski uspjesi ne mogu postići liječenjem izvan takve ustanove.“ (čl. 30, st. 3). Konačno, propisuje se: „Ako ne postoji jedinstven stav lica iz člana 30 stav 3 ovog zakona, o potrebi smještaja lica u psihijatrijsku ustanovu ili se radi o punoljetnom licu koje nije sposobno da da pristanak i koje nema zakonskog zastupnika ili o maloljetnom licu ili licu kome je oduzeta poslovna sposobnost sa mentalnim poremećajima, koje nije sposobno da da svoj pristanak, a čiji je zakonski zastupnik dao pristanak za smještaj tog lica u psihijatrijsku ustanovu, odluku o smještaju u psihijatrijsku ustanovu donijeće sud koji je nadležan za odlučivanje o prisilnom smještaju, po hitnom postupku, u skladu sa zakonom./U postupku iz stava 1 ovog člana sud je, prije donošenja odluke o smještaju mentalno oboljelog lica, dužan da pribavi pisano mišljenje psihijatra sa liste stalnih sudskih vještaka, po mogućnosti, izvan psihijatrijske ustanove u kojoj je lice zadržano, da li se radi o mentalno oboljelom licu kod kojeg se odgovarajući terapijski uspjesi ne mogu postići liječenjem izvan takve ustanove.“ (čl. 31, st. 1 i 2).

Citirane odredbe sadrže logičku nedoslednost i nijesu usaglašane sa UN Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom zato što se:

- u glavi „Dobrovoljni smještaj“ ipak predviđa mogućnost prisilne hospitalizacije (vidi čl. 31);
- ne nudi odgovor na pitanje kako riješiti situaciju kada lice želi da bude hospitalizovano, a psihijatar se ne slaže da je hospitalizacija potrebna (očigledno da postupak prisilne hospitalizacije, kako Zakon upućuje, nije primjenjiv u ovom slučaju);
- nude manje garancije od Zakona o vanparničnom postupku (jer se kaže da će sud, odlučujući o prisilnoj hospitalizaciji, pribaviti nezavisno mišljenje psihijatra sa liste stalnih sudskih vještaka, po mogućnosti, izvan psihijatrijske ustanove u kojoj je lice zadržano, dok ZVP propisuje da vještak ne smije biti iz ustanove). U praksi se poštuju garancije koje propisuje ZVP, vidi str. 41.

Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj su propisani čl. 32 do 41. Zanimljivo je primjetiti čl. 33 koji propisuje: „Kad službena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove, u vršenju svojih ovlašćenja, posumnjaju da se radi o mentalno oboljelom licu, dužna su da, bez odlaganja, to lice dovedu u najbližu zdravstvenu ustanovu radi pregleda. Mentalno oboljelo lice za koje se osnovano sumnja da može ugroziti sopstveni život ili zdravlje, odnosno život ili zdravlje drugih, u naročito hitnim slučajevima, mogu dovesti službena lica organa uprave nadležnog za unutrašnje poslove u psihijatrijsku ustanovu.“ Odredba prvog stava je sasvim diskriminatornog karaktera jer nema nikakvog opravdanja da se osoba u svakom slučaju sumnje na mentalno oboljenje privodi u zdravstvenu ustanovu.

Za kritiku člana 40 koji omogućava nastavak institucionalizacije osoba sa invaliditetom vidi str. 16, odnosno preporuku broj 5.

Dalje, postupak prisilne hospitalizacije je uređen Zakonom o vanparničnom postupku („Prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu“ čl. 44 do 53). Dakle, 2015. godine Zakon je izmijenjen tako što su propisane bolje garancije pošto-

¹⁰⁴ Izvještaj CPT-a o posjeti Crnoj Gori 2008. godine, op. cit, stav 104. U vezi angažmana advokata vidjeti: Principi UN, princip 18, stav 1, Principi SE, princip 4, stav 2, Preporuke SE preporuka 7.II, tačka e.

¹⁰⁵ Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, čl. 14, st. 1: „Države potpisnice će osigurati da osobe sa invaliditetom, na osnovu jednakosti sa drugima: (a) Uživaju na slobodu i sigurnost ličnosti; (b) Ne bivaju nezakonito ili arbitrarno lišene slobode, da svako lišavanje slobode bude u skladu sa zakonom a da postojanje invalidnosti ni u kom slučaju ne služi kao osnov za lišavanje slobode.“

vanja prisilno hospitalizovanih osoba u psihijatrijskoj ustanovi. Izmjenama je propisano da prisilno hospitalizovana osoba u toku postupka odlučivanja o prisilnoj hospitalizaciji mora imati advokata, odnosno pravo na besplatnu pravnu pomoć ako nije u mogućnosti da obezbijedi advokata. Dodatno je propisana i obaveza suda da ročište u postupku odlučivanja o prisilnoj hospitalizaciji održi u samoj ustanovi i sasluša osobu o čijoj hospitalizaciji odlučuje, ako je ona sposobna da shvati značaj i pravne posledice svoga učešća u postupku. O navedenoj sposobnosti osobe, kao i opravdanosti razloga za prisilni smještaj, odlučuje na osnovu mišljenja nezavisnog vještaka, koji nije zaposlen u samoj ustanovi.¹⁰⁶

Međutim, postojeći rokovi u kojima se konačno odlučuje o lišavanju slobode u vidu prisilne hospitalizacije su i dalje duži od onih u kojima se odlučuje o lišavanju slobode u krivičnom postupku, što nije u skladu sa međunarodnim standardima i principom nediskriminacije osoba sa mentalnim invaliditetom.

Naime, odredbe Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica (čl. 31 i 32) i Zakona o vanparničnom postupku omogućavaju da lice prisilno bude hospitalizovano do 16 dana od trenutka prisilne hospitalizacije do pravosnažne presude kojom se odlučuje o njegovoj hospitalizaciji (16 dana se dobija sabiranjem rokova od 48 h u kojem je Bolnica dužna da obavijesti sud, dva roka od po 3 dana u kojem prvostepeni sud mora održati ročište, odnosno vještak psihijatar dostaviti nalaz prvostepenom sudu, kao i roka od 8 dana u kojem drugostepeni sud mora odlučiti po žalbi).

S druge strane, Zakonik o krivičnom postupku (ZKP) propisuje da je „dužnost svih organa koji učestvuju u krivičnom postupku i organa koji im pružaju pravnu pomoć da postupaju sa posebnom hitnošću ako se okrivljeni nalazi u pritvoru“ (čl. 174, st. 2). Žalba na rješenje o pritvoru se može izjaviti u roku od 24h (čl. 176, st. 7), a sud po žalbi odlučuje u roku od 48h časova (čl. 176, st. 11). **Po analogiji preispitivanje prisilne hospitalizacije treba obezbijediti u istim rokovima.**

Zakon o vanparničnom postupku sadrži još jednu spornu odredbu koja se mora pomenuti u kontekstu prisilne hospitalizacije. Naime, u čl. 38, st. 1, u okviru glave: „Oduzimanje i vraćanje poslovne sposobnosti“, propisano je: „Sud može rješenjem odrediti da lice prema kome se vodi postupak privremeno, ali najduže za tri mjeseca, bude smješteno u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, ako je to po mišljenju ljekara neophodno, da se utvrdi njegovo duševno stanje, osim ako bi time mogle nastupiti štetne posljedice po njegovo zdravlje.“ Kako ova odredba, koja se odnosi na lišavanje poslovne sposobnosti osoba sa invaliditetom, omogućava lišavanje slobode isključivo na bazi invaliditeta ona predstavlja kršenje, između ostalih i članova 12 (poslovna sposobnost) i 14 (sloboda) Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. Ovom odredbom se krši i član 5 Evropske konvencije o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (detaljnije vidi u dodatku str...).

Konačno, Zakon o vanparničnom postupku propisuje da se prijava prisilne hospitalizacije ne podnosi: „ako je mentalno oboljelo lice zadržano u psihijatrijsku ustanovu na osnovu odluke donijete u postupku za oduzimanje poslovne sposobnosti ili u krivičnom, odnosno prekršajnom postupku.“ (čl. 47).

Detaljniju argumentaciju u vezi sa izmjenama Zakona o vanparničnom postupku i Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava osoba sa mentalnim oboljenjima, u odnosu na prisilnu hospitalizaciju, vidjeti dodatak izvještaja.

Primjer Hrvatske

Hrvatska je 2008. godine nudila manje više iste zakonske garancije u postupku prisilne hospitalizacije kao Crna Gora danas.¹⁰⁷ Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama (ZZODS) iz 2014.¹⁰⁸ došlo je do značajnog skraćivanja rokova koji su ubrzali odlučivanje o opravdanosti prisilne hospitalizacije. Tako, navedeni zakon propisuje da u slučaju da je neka osoba prisilno zadržana u psihijatrijskoj ustanovi, ustanova je dužna da o tome obavijesti sud u roku od 12 sati (čl. 32, st. 1). Rok u kojem prvostepeni sud mora saslušati osobu i odlučiti o njenoj hospitalizaciji je 72 sata (čl. 36, st. 1), dok rok za odlučivanje po žalbi iznosi 8 dana (čl. 43, st. 2). Zakon propisuje i da je načelnik odjeljenja na kojem je osoba smještena obavezan osigurati: „da prisilno zadržana osoba ako je to moguće s obzirom na njezino zdravstveno stanje, ne bude pod liječničkim tretmanom koji bi onemogućio njezino sudjelovanje na usmenoj raspravi.“ (čl. 37, st. 8). U zakonu je izričito navedeno da prisilno zadržavanje osobe, bez sudskog rješenja kojim se određuje prisilni smještaj, može trajati najduže 8 dana od trenutka donošenja odluke o prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi (čl. 36, st. 7).

¹⁰⁶ Detaljnije vidjeti na: <http://www.hrraction.org/?p=8461>.

¹⁰⁷ Zakonska procedura predstavljena u formi brošure za pacijente dostupna na: http://www.psihijatrija.hr/edu/doc/4-postupak_prisilni_smjestaj_final_corr.pdf.

¹⁰⁸ Zakon objavljen u „Narodnim novinama“ br. 76/14.

2.6.3. Preporuka za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo pravde:

Formirati radnu grupu sačinjenju od svih relevantnih aktera (uključujući i predstavnike NVO koje se bave zaštitom prava osoba sa invaliditetom) sa zadatkom da preispita postojeće zakone, politike i praksu u vezi sa prisilnom hospitalizacijom (i prisilnim tretmanom) u odnosu na standarde propisane Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, a u cilju reformisanja zakona u skladu sa međunarodnim standardima.

U tom smislu je neophodno:

Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i Zakon o vanparničnom postupku reformisati tako da ne omogućavaju prisilnu hospitalizaciju zbog mentalnog oboljenja. Mentalno oboljelo lice se, u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom može lišiti slobode samo pod istim uslovima kao i svako drugi.

2.7. SUDSKA KONTROLA PRISILNOG SMJEŠTAJA U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU

Prilikom odlučivanja o prisilnoj hospitalizaciji cijene se: 1. težina duševnog oboljenja i 2. opasnost pacijenta za sebe i druge.

U postupku prisilne hospitalizacije, prema Zakonu o vanparničnom postupku, kad psihijatrijska ustanova primi na liječenje mentalno oboljelo lice, bez njegove saglasnosti ili bez odluke suda, dužna je da to u roku od 48 sati prijavi sudu na čijem području se ta ustanova nalazi (čl. 46, st. 1). Ova prijava se ne podnosi ako je mentalno oboljelo lice zadržano u psihijatrijsku ustanovu na osnovu odluke donijete u postupku za oduzimanje poslovne sposobnosti ili u krivičnom, odnosno prekršajnom postupku (čl. 47). Lice o čijoj prisilnoj hospitalizaciji se odlučuje mora imati advokata (čl. 48, st. 2, 3, i 4).

U praksi, saslušanju osobe o čijoj se prisilnoj hospitalizaciji odlučuje u Bolnici prisustvuju sudija Osnovnog suda u Kotoru Špiro Pavičević, sudski zapisničar, vještak psihijatrijske struke koji je zaposlen u Centru za mentalno zdravlje Kotor (dr Aleksandar Mačić), advokat i neko od zaposlenih u Bolnici. Ako Sud procijeni da dalje zadržavanje u Bolnici nije potrebno, ta odluka se odmah saopšti usmeno i pacijent se priprema za otpust istog dana (rješenje se dostavlja naknadno). Ako se procijeni da postoji potreba za daljim zadržavanjem, rješenje se dostavi Bolnici po pravilu, u roku od 3 do 4 dana.

Prvostepeni (Osnovni sud u Kotoru) i drugostepeni (Viši sud u Podgorici) prilikom prvostepenog, odnosno drugostepenog odlučivanja u postupku prisilne hospitalizacije, postupaju u ovim postupcima u roku od 8 dana kako je i propisano Zakonom o vanparničnom postupku.

U toku 2015. godine je zabilježeno ukupno 109 prisilnih hospitalizacija.

Vještak se u 4 slučaja (3,6%) izjasnio da prinudno hospitalizovanom pacijentu nije potrebno dalje zadržavanje, nakon čega je sudija donio odluku da ne postoje razlozi da pacijenti budu hospitalizovani.¹⁰⁹ U praksi, pacijenti su odmah posle ročišta napustili Bolnicu, dok je rješenje naknadno izrađeno i dostavljeno. U jednom od ta četiri slučaja pacijentkinja je par dana nakon otpusta ponovo dovedena u Bolnicu u pratnji policije. Na prijemu je izrazila želju da potpiše formular o dobrovoljnom boravku u Bolnici. Doktor na prijemu je primio u Bolnicu po protokolu prisilne hospitalizacije, jer je kliničkom procjenom došao do zaključka da nije kompetentna da da validan pristanak na hospitalizaciju/tretman (kako je predviđeno članom 14 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica).

U svega dva slučaja Viši sud je donio ukidno rješenje, nakon čega su postupci ponovljeni.¹¹⁰

Dakle, Osnovni sud je donio 105 rješenja na osnovu kojih su osobe prisilno hospitalizovane, od kojih je 103 ili 98% potvrdio Viši sud.

U 2016. godini je zabilježeno 40 prisilnih hospitalizacija, više nego dvostruko manje od prethodne godine. Sud je u dva slučaja (5%) odlučio da ne postoje razlozi da pacijenti budu prisilno hospitalizovani¹¹¹ i ova rješenja su postala pravosnažna, a u 38 da je prisilna hospitalizacija neophodna. U 2 slučaja Viši sud je ukinuo odluke Osnovnog suda i predmeti su vraćeni na ponovni postupak. U oba slučaja je postupak kasnije obustavljen.¹¹² Dakle, u 2016. ukupno je potvrđeno 36 hospitalizacija.

¹⁰⁹ Predmeti sa posl. oznakama Os. 72/15, Os. 77/15, Os. 79/15 i 88/15 u kojima se navodi da se odbija predlog Bolnice, te se pacijent ima odmah otpustiti iz Bolnice.

¹¹⁰ Predmeti sa posl. oznakama Os. 62/15 i Os. 97/15.

¹¹¹ Predmeti sa posl. oznakama Os. 4/16 i Os. 23/16.

¹¹² Uknuta su rješenja u predmetima Os. 26/16 i 28/16. U prvom slučaju predlog Bolnice je povučen, odnosno postupak je obustavljen jer je, u međuvremenu, pacijentkinja „potpisala dobrovoljnu hospitalizaciju, stanje joj se popravilo, pa je shvatila da joj je neophodno liječenje, te u vezi sa tim oni odustaju od predloga za prisilnu hospitalizaciju, odnosno povlače isti“ (citat iz službene zabilješke sudije

U 2017. godini se nastavlja trend smanjenja prisilnih hospitalizacija. U prvoj polovini godine, (do 20.6.2017) evidentirano je 16 prisilnih hospitalizacija i sve je odobrio Osnovni sud i potvrdio Viši sud.

Trend smanjenja prisilnih hospitalizacija je ohrabrujući, pod uslovom da je svaki pristanak na liječenje koji je dat u svim ostalim slučajevima (2016. je u Bolnici ukupno hospitalizovano 1013 pacijenata) **bio zaista slobodan**. Poređenja radi, u norveškom gradu Tromsu, koji ima 250,000 stanovnika, u psihijatrijskoj bolnici kapaciteta oko 100 kreveta, 500 pacijenata se prisilno hospitalizuje svake godine, od kojih je mali broj forenzičkih pacijenata.¹¹³

U ovom kontekstu, ponovo ističemo da je veoma važno obezbijediti da pristanak na liječenje bude dat slobodno, na osnovu tačnih informacija, a ne kao posljedica bilo čije i bilo kakve prinude ili prevare. U slučaju sumnje treba primijeniti garancije koje važe u slučaju prisilne hospitalizacije.

Bolnica ne dostavlja sudu „povremene izvještaje o zdravstvenom stanju zadržanog lica“, kako je to propisano čl. 49, st. 3 Zakona o vanparničnom postupku. Ovo se objašnjava činjenicom da se, bez izuzetka, prisilna hospitalizacija određuje u trajanju do 30 dana, što je, u terapijskom smislu, kratak period da bi se stanje pacijenta značajno poboljšalo. Nakon isteka roka, pacijent se po pravilu oporavljen otpušta na kućno liječenje.

Ako Bolnica ocijeni da pacijent treba da ostane na liječenju i po isteku vremena određenog u rješenju suda, takav predlog mora podnijeti sudu sedam dana prije isteka vremena prisilnog smještaja koji je odredio sud (čl. 51, st. 1 ZVP). Trajanje produženog smještaja ne može biti duže od tri mjeseca, a trajanje svakog daljeg produženja ne duže od šest mjeseci (čl. 51, st. 2 ZVP).

U slučajevima kada je potrebno produžiti prisilnu hospitalizaciju, Bolnica obavještava sud o stanju pacijenta i činjenicama zašto je potrebno produžiti hospitalizaciju. Između 25% i 30% prisilnih hospitalizacija traju manje od 30 dana, odnosno prekidaju se na predlog Bolnice koji Osnovni sud prihvata.

U manje od 10% slučajeva prisilna hospitalizacija se produžava u trajanju do mjesec dana, nakon čega se ponovo stiču uslovi da se preispita potreba za njenim daljim produžavanjem.

Dakle, u 90% slučajeva prisilno hospitalizovani pacijenti ili u roku do 30 dana budu otpušteni iz Bolnice ili izraze spremnost da se dobrovoljno liječe, pa u tom svojstvu nastavljaju da borave u Bolnici.

2.7.1. Primjena mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi

2.7.1.1. IZRICANJE MJERE OD STRANE SUDA U KRIVIČNOM POSTUPKU

Ako sud na osnovu sprovedenih dokaza utvrdi da je okrivljeni učinio određeno krivično djelo i da je u vrijeme izvršenja krivičnog djela bio neuračunljiv ili bitno smanjeno uračunljiv, okrivljenom će izreći mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi koja je propisana članom 67 Krivičnog zakonika Crne Gore (KZ)¹¹⁴, o čijem izricanju i obustavi odlučuje sud u krivičnom postupku, u skladu sa Zakonom o krivičnom postupku (ZKP)¹¹⁵.

Ističemo da ove odredbe nisu u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, koja zahtijeva zabranu diskriminacije po osnovu mentalnog oboljenja i koja posebno zabranjuje prisilno liječenje.¹¹⁶

Sudsko odjeljenje je formirano da bi se na njemu sprovodila mjera bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi. Detaljnije o Sudskom odjeljenju na str. 52.

Zakonom o izvršenju kazni zatvora, novčane kazne i mjera bezbjednosti¹¹⁷, propisano je da je zdravstvena ustanova dužna da primi lice koje je upućeno na izvršenje mjere (čl. 138, st. 1), i „po potrebi, a najmanje jednom godišnje o zdravstvenom stanju lica prema kome se izvršava mjera bezbjednosti, obavještava sud koji je izrekao tu mjeru, a ukoliko ocijeni da je prestala potreba za liječenjem, o tome bez odlaganja obavještava sud“ (čl. 138, st. 2).

Špira Pavićevića od 11.8.2016). I u drugom slučaju je postupak obustavljen jer je pacijentkinja otpuštena iz Bolnice odnosno „po nju je došla majka, te je hitno vodi u Rusiju ne liječenje kod psihijatra koji je vodi nekoliko godina“ (citat iz službene zabilješke sudije Špira Pavićevića od 19.8.2016).

113 Izvor: „Involuntary psychiatric admission: how the patients are detected and the general practitioners' expectations for hospitalization. An interview-based study“, Ketil Røtqvold and Rolf Wynn, Int J Ment Health Syst, 8.3.2016.

114 Sl. list RCG, br. 70/2003, 13/2004, 47/2006 i Sl. list CG, br.40/2008, 25/2010, 32/2011, 64/2011, 40/2013, 56/2013, 14/2015 42/2015 i 58/2015.

115 Sl. list CG, br. 57/2009, 49/2010, 47/2014 ž, 35/2015 i 58/2015.

116 Vidi odluku UN Komiteta za prava osoba sa invaliditetom u slučaju *Marlon James Noble v. Australia*, od 23. septembra 2016 (communication No. 7/2012): http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2f16%2fd%2f7%2f2012&Lang=en.

117 Sl. list CG, br. 36/2015.

ZKP sadrži nešto drugačiju formulaciju i propisuje: „Sud koji je izrekao mjeru bezbjednosti ispitivače, po službenoj dužnosti, svakih devet mjeseci, da li je prestala potreba za liječenjem i čuvanjem u psihijatrijskoj ustanovi. Psihijatrijska ustanova, organ starateljstva i lice kome je izrečena mjera bezbjednosti mogu tom sudu podnijeti predlog za obustavu mjere. Po saslušanju državnog tužioca sud će ovu mjeru obustaviti i odrediti otpuštanje učinioca iz psihijatrijske ustanove, ako na osnovu mišljenja psihijatra utvrdi da je prestala potreba za liječenjem i čuvanjem u toj ustanovi, a može odrediti i njegovo obavezno psihijatrijsko liječenje na slobodi. Ako predlog za obustavu mjere bude odbijen može se ponovo podnijeti po proteku šest mjeseci od dana donošenja te odluke.“ (čl. 475, st. 1). Propisano je da odluku u ovom, i drugim povezanim slučajevima, sud donosi na sjednici vijeća troje sudija, o kojoj se obavještavaju državni tužilac i branilac, kao i da će se prije donošenja odluke saslušati učinilac „ako je to potrebno i moguće“ (čl. 475, st. 4).

Na osnovu pregleda važećih propisa zaključuje se da preporuka CPT nije prihvaćena i da zakon ne obavezuje sud da sasluša tužioca uvijek kada on to zahtijeva, već samo kada procjeni da je to potrebno i moguće. CPT je takođe preporučio da se, u istom kontekstu ispitivanja opravdanosti daljeg trajanja mjere bezbjednosti, obezbijedi pravo forenzičkog pacijenta da obezbijedi drugo nezavisno mišljenje o svom stanju.¹¹⁸ Ministarstvo zdravlja je saopštilo da je ovo pravo obezbijeđeno u članu 25 Zakona o pravima pacijenata (*Sl. list* br. 40/10).¹¹⁹ Međutim, iz postupka propisanog ZKP ovo pravo nije izvjesno. U gore citiranoj odredbi čl. 475 st. 1 ZKP navodi se da će sud odlučiti o obustavi mjere „ako na osnovu mišljenja psihijatra utvrdi da je prestala potreba za liječenjem i čuvanjem u toj ustanovi“, ali nije precizirano kog psihijatra. U praksi se ovakve odluke donose na osnovu stava psihijataru iz Bolnice.

Smatramo da bi po uzoru na proceduru prisilne hospitalizacije u Zakonu o vanparničnom postupku, koji u čl. 48b propisuje da je sud prilikom donošenja odluke o prisilnom smještaju mentalno oboljelog lica obavezan da pribavi i nalaz i mišljenje vještaka psihijatra koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj je lice prisilno zadržano, potrebno precizirati u čl. 475 st. 4 ZKP da učinilac o kome se odlučuje ima pravo da zahtijeva da sud o njegovom stanju obezbijedi i izvrši uvid u nezavisno mišljenje vještaka koji nije zaposlen u Bolnici.

Konačno, uočeno je da ZKP ne predviđa jasno obaveznu odbranu osobe u postupku u kome se izriče mjera bezbjednosti psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, odnosno u kome se preispituje opravdanost te mjere.¹²⁰ Ipak, u čl. 475 st. 4 ZKP se navodi da će „branilac“ jedino biti obavješten o sjednici vijeća na kojoj sud odlučuje o opravdanosti mjere. Imajući u vidu razloge koji su opredjelili zakonodavca da Zakonom o vanparničnom postupku propiše obavezno zastupanje od strane advokata u postupku prisilne hospitalizacije,¹²¹ predlažemo da se obavezna odbrana izričito predvidi i u postupku odlučivanja o izricanju i ukidanju mjere bezbjednosti predviđenom ZKP.

U praksi, kako smo obaviješteni u Bolnici, sudovi koji su izrekli mjeru ne vrše bilo kakav nadzor. Sa druge strane, Bolnica dostavlja izvještaje sudu najmanje jednom godišnje.

Takođe, u periodu od 1.1.2016. do 20.6.2017. godine, Bolnica je uputila 26 predloga za preinačenje mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja zdravstvenoj ustanovi u mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi. Od ovog broja, 16 predloga je prihvaćeno, o sedam predloga sud još uvijek nije odlučio dok su u tri predmeta predložili odbijeni.

U tom kontekstu ističemo stav Apelacionog suda: „Kod donošenja odluke, da li su ispunjeni uslovi da se mjera bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi zamijeni mjerom bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi, sud treba da utvrdi da li je prestala potreba za njegovim liječenjem i čuvanjem u toj ustanovi. Takvu činjenicu svakako utvrđuje na osnovu mišljenja psihijatra... Dakle, da bi se mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi zamijenila mjerom obaveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi, ne traži se da je liječenjem u ZU apsolutno otklonjena opasnost od mogućeg vršenja u zakonu predviđenih djela, kako pogrešno zaključuje prvostepeni sud, već svođenje te opasnosti, sa opasnosti da bi učinilac mogao vršiti protivpravna djela koja su u zakonu propisana i koja su teža krivična djela (čl. 69 st. 2 u vezi sa st. 1 KZ-a), na nivo opasnosti koju propisuje čl. 70 st. 1 KZ-a, a naime da postoji opasnost da učinilac učini protivpravno djelo koje je u zakonu predviđeno kao krivično djelo (ali ne teže) i da se ta opasnost može uspješno otkloniti liječenjem na slobodi.“¹²²

118 „The Committee would also like to receive confirmation (with an indication of the legal basis) that in the context of the review procedure, the patient is entitled to ask for an independent forensic assessment“, Izvještaj CPT o posjeti 2013, op. cit, tač. 105.

119 Response of the Government of Montenegro to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Montenegro from 13 to 20 February 2013, CPT/Inf (2014)17, Strasbourg, 22 May 2014, strana 23.

120 Obavezna odbrana, ZKP, op.cit, čl. 69, st. 1: „Ako je okrivljeni lice sa invaliditetom usljed čega je pravo lica sa invaliditetom da se uspješno brani otežano ili ako se postupak vodi zbog krivičnog djela za koje se može izreći najduža kazna zatvora, okrivljeni mora imati branioca tokom cijelog postupka, počev od prvog saslušanja.“ Citirani prvi stav člana 69, st. 1 ZKP bi trebalo tumačiti tako da se obavezna odbrana određuje mentalno oboljelim licu, ali kako takvo tumačenje nije izvjesno, pa smatramo da bi tu odredbu trebalo učiniti nedvosmislenom.

121 Zakon o vanparničnom postupku, *Sl. list* RCG br. 27/2006 i *Sl. list* CG, br. 20/2015, čl. 48.

122 Rješenje Apelacionog suda Crne Gore, Kž. 58/13 od 31. 1. 2013.

U odnosu na obavezu Bolnice da jednom godišnje izvještava sud o sprovođenju mjere bezbjednosti psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, primijećeno je da odluka suda o produžavanju mjere, na predlog Bolnice, ne podrazumijeva i održavanje rasprave, odnosno saslušavanje osobe o čijem boravku se odlučuje od strane suda.¹²³ Preporučeno je da se zakonom obezbijedi djelotvorno pravo pacijenta da ga sud sasluša u postupku u kome odlučuje o produžavanju trajanja ove mjere bezbjednosti.¹²⁴

U slučaju da se u krivičnom postupku pojavi sumnja da je isključena ili smanjena uračunljivost okrivljenog, odrediće se psihijatrijski pregled, a ako je, prema mišljenju vještaka, potrebno duže posmatranje, okrivljeni će se poslati na posmatranje u psihijatrijsku ustanovu (čl. 153, st. 2 ZKP-a). Trenutno se dva pacijenta nalaze na Sudskom odjeljenju po ovom osnovu.

Bolnici se ne isplaćuje naknada u slučajevima u kojima se lice vještači u ovoj ustanovi. Do sada Osnovni sud u Kolašinu platio troškove vještačenja pacijenta A.P. kojega je i uputio na vještačenje.

2.7.1.2. IZRICANJE MJERE OD STRANE SUDA ZA PREKRŠAJE U PREKRŠAJNOM POSTUPKU

Prema Zakonu o prekršajima¹²⁵ prekršajne sankcije su kazne, mjere upozorenja, vaspitne mjere i zaštitne mjere (čl. 5) u koje spadaju i obavezno liječenje alkoholičara od zavisnosti; obavezno liječenje narkomana od zavisnosti; obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi i obavezno psihijatrijsko liječenje na slobodi (čl.42). U odnosu na uslove, robove i način izricanja zaštitnih mjera u koje se ubraja i obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi shodno se primjenjuju odredbe Krivičnog zakonika koje se odnose na određivanje mjera bezbjednosti (čl. 49).

U trenutku objavljivanja izvještaja, 6 pacijenata je bilo smješteno u Bolnicu na osnovu Zakona o prekršajima, koji predviđa zaštitnu mjeru obaveznog psihijatrijskog čuvanja i liječenja u zdravstvenoj ustanovi u trajanju do dvije godine.

U odnosu na ranije objavljeno zapažanje da se „mjera izriče nakon sprovedenog psihijatrijskog vještačenja lica od strane sudskog vještaka, a kako smo obaviješteni od više ljekara s kojima smo razgovarali, vještačenje se u praksi često svodi na jedan razgovor psihijatra-vještaka sa licem čije mentalno stanje vještači. Ljekari ističu problem ovako sprovedenog vještačenja koje dovodi do povećanog broja lica koja se smještaju u ustanovu, jer se dodatno opterećuju bolnički kapaciteti, a psihijatri u Bolnici su na uštrb redovnih poslova u obavezi da pišu mišljenja organu za prekršaje, koje podrazumijeva nalaz konzilijuma ljekara, i u kojem ističu da je prestala potreba za čuvanjem učinoca prekršaja u psihijatrijskoj ustanovi.“¹²⁶

Preporuka:

- 1) Za sudove za prekršaje: uzdržati se od izricanja mjere obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi bez prethodnog upućivanja na posmatranje u psihijatrijsku ustanovu.

2.8. SUDSKO ODJELJENJE / JEDINICA SUDSKE PSIHIJATRIJE – JSP

2.8.1. Osnovne napomene o odjeljenju i preporuke CPT

Sudsko odjeljenje ili jedinica sudske psihijatrije (JSP) formirano je 2005. godine odlukom Vlade Crne Gore kao privremeno rješenje za smještaj tzv. sudskih ili forenzičkih pacijenata kojima je sud izrekao mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.¹²⁷ Ovo odjeljenje jedino ima obezbjeđenje i tu bi, po prirodi stvari, trebalo da budu smještena i sva osuđena lica koji se upute na psihijatrijsko liječenje iz Zavoda za izvršenje krivičnih sankcija (ZIKS), i okrivljeni u sudskom ili prekršajnom postupku koji budu upućeni na sudsko-psihijatrijsko vještačenje.

123 105. Pursuant to Section 80 of the Law on the Execution of Criminal Sanctions, the medical institution in which a patient subject to a compulsory psychiatric treatment order has been placed is obliged, at least once a year, to inform the court concerned about the state of health of the patient. The delegation gained the impression that, in practice, the Hospital's psychiatric assessment reports suggesting that compulsory treatment should continue did not usually lead to a hearing by the relevant court. And even in those rare cases when a hearing was held, the patient concerned was as a rule not present during the hearing. Izvještaj CPT o posjeti 2013. godine, op. cit.

124 „The CPT recommends that the Montenegrin authorities take steps to ensure that patients subject to a compulsory treatment order have the effective right to be heard in person by the judge concerned when the need to continue the compulsory treatment is reviewed“, Izvještaj CPT o posjeti 2013. op. cit, tač. 105.

125 Sl. list CG, br. 1/2011, 6/2011, 39/2011 i 32/2014.

126 Izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, str. 31

127 Ova mjera bezbjednosti se izriče kada sud utvrdi da za takvim bolničkim liječenjem postoji potreba, uz zatvorsku kaznu onim osobama koje izvrše krivična djela u stanju bitno smanjene uračunljivosti ili kao samostalna mjera, kad se utvrdi da je osoba bila neuračunljiva u vrijeme izvršenja krivičnog djela. Vidi Krivični zakonik Crne Gore, Sl. list CG, br. 70/2003, 13/2004, 47/2006 i Sl. list CG, br. 40/2008, 25/2010, 32/2011, 64/2011 – drugi zakon, 40/2013, 56/2013, 14/2015 42/2015 i 58/2015, čl. 67–69. O kontroli primjene ove mjere vidi na str. 44.

Osnovni problemi u radu ovog odjeljenja su nedostatak prostora za smještaj pacijenata, nedovoljno zaposlenih medicinskih tehničara, nedovoljno obezbjeđenje i nedovoljna primjena radno-okupacione terapije kao važnog elementa tretmana.

CPT je prilikom posjete Crnoj Gori 2013. godine, od psihijatrijskih ustanova ciljano posjetio samo ovo odjeljenje i tom prilikom dao 12 preporuka, od kojih su polovina iste koje je ovaj komitet dao i prilikom posjete 2008. godine.¹²⁸

Od tih 10 preporuka, do juna 2017. su ispunjene: 1) preporuka za bolje terapijsko okruženje – djelimično; 2) preporuka da se evidentira početak i kraj fiksacije; 3) da se obezbijedi soba za fiksaciju van pogleda drugih; 4) da se promijeni način izbora Savjeta za zaštitu prava pacijenata; 5) obezbijede ormarići sa ključem za lične stvari pacijenata.

Nisu ispunjene preporuke da se: 1) da prioritet izgradnji specijalne bolnice u okviru ZIKS, u koju bi se izmjestila JSP; 2) poveća broj medicinskih tehničara i obezbjeđenje izmjesti van odjeljenja; 3) poveća broj radno-okupacionih terapeuta i pacijenti mnogo više uključe u radno-okupacionu terapiju; 4, 5, i 6) zakon dopuni garancijama u odnosu na ispitivanje mjere bezbjednosti i davanja pristanka na tretman; 7) obezbijedi dodatno nezavisno tijelo, pored ombudsmana i ministarstva pravde i savjeta kome bi pacijenti mogli da se žale, a čiji bi ih predstavnici periodično obilazili.

2.8.2. Smještajni kapaciteti i obezbjeđenje

Odjeljenje ima samo 21 krevet u okviru sedam soba sa po tri kreveta, dok je forenzičkih pacijenata bilo ukupno 98 na dan 31.12.2016. Broj pacijenata je odavno prerastao kapacitet odjeljenja koje je 2005. godine uspjevalo da zadovolji tadašnje potrebe.

Prema riječima dr Jova Đedovića, načelnika JSP, u proteklih 25 godina tendencija povećanja broja forenzičkih pacijenata poprimila je zabrinjavajuće razmjere. Za razliku od 90-tih godina kada se taj broj na godišnjem nivou kretao od 10 do 15, između 2000. i 2005. godine ih je bilo oko 30, da bi se od 2007. godine do danas njihov broj nekoliko puta uvećao, od početnih 70 sve do rekordnih 112 u 2015. godini. Prije formiranja odjeljenja, pacijenti sa izrečenom mjerom bili su smješteni na drugim odjeljenjima (uglavnom na muškoj hronici) ili u zatvoru.

Od ukupno 98 forenzičkih pacijenata, njih 70 je bilo sa izrečenom mjerom bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, 2 kod kojih je prethodno utvrđeno mentalno oboljenje i koja su u pritvoru čekala suđenje, 2 čije se stanje vještačilo i 4 koja su primljena iz zatvora zbog pogoršanja zdravstvenog stanja tokom izdržavanja kazne zatvora. Pored toga, 16 pacijenata je bilo u Bolnici sa mjerom bezbjednosti obaveznog liječenja narkomana i 4 sa mjerom bezbjednosti obaveznog liječenja alkoholičara. Jedan broj ovih pacijenata je izvršilo najteža krivična djela, 2 teško ubistvo, 14 ubistvo i 9 pokušaj ubistva.

CPT je konstatovao da JSP zbog nedostatka prostora i odgovarajućeg obezbjeđenja nije opremljena da zbrine izuzetno uznemirene i/ili potencijalno nasilne i opasne pacijente, pa da postoji rizik da se takvim pacijentima odbije prijem u Bolnicu i da oni ostanu u zatvoru.¹²⁹ Ovakav slučaj se već dogodio sa Milanom Zekovićem, koji je uprkos mjeri bezbjednosti psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi šest godina proveo u zatvoru, zbog toga što Bolnica nije htjela da preuzme odgovornost da ga primi. Ovaj slučaj je CPT konstatovao prilikom posjete 2008. godine i preporučio hitno izmještanje pacijenta iz zatvora u bolničko okruženje.¹³⁰

Prosječna dužina bolničkog tretmana grupe forenzičkih pacijenata sa mjerom obaveznog liječenja i čuvanja je od pet do šest godina.

Kako je kapacitet sudskog odjeljenja 21 krevet, ostalih 77 pacijenata koji su takođe na režimu čuvanja od bjekstva, raspoređeno je na druga odjeljenja, koja nemaju posebno obezbjeđenje. Dodatno, ovo odjeljenje je predviđeno samo za muškarce, iako se u Bolnici smještaju i žene s mjerom bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi. Njih je uvijek bilo mnogo manje od muškaraca, i u junu 2017. godine ih je bilo 3.

Osoblje Bolnice je saglasno da **smještaj forenzičkih pacijenata van Sudskog odjeljenja ne omogućava adekvatnu prevenciju bjekstva, negativno utiče na slobodu kretanja ostalih pacijenata i nepovoljno utiče na**

¹²⁸ Report to the Government of Montenegro on the visit to Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT)

from 13 to 20 February 2013, Strasbourg, 22 May 2014, str. 38–41.

¹²⁹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 92.

¹³⁰ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2009, op. cit, tačka 68. Vidi i „Poštovanje ljudskih prava pritvorenih lica i lica na izdržavanju kazne zatvora u Zavodu za izvršavanje krivičnih sankcija“, HRA, CGO, Ekvista i SŽK, 2013, str. 13, 73–74 (http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_ZIKS_CG_WEB1.pdf).

prijem akutnih pacijenata. Imajući sve to u vidu, s nestrpljenjem se iščekuje početak izgradnje specijalne bolnice u okviru ZIKS-a, u koju bi se ovo odjeljenje izmjestilo, a koja je u planu već više godina. CPT je prilikom posjete 2013. godine obaviješten o planovima za izgradnju takve bolnice i preporučio je da se tome pristupi kao visoko prioritetnom cilju.¹³¹

Protokol o radu odjeljenja još ne postoji, iako je trebalo da ga izradi Ministarstvo zdravlja do jula 2016. godine (kako je predviđeno čl. 140 i 198 Zakona o izvršenju kazne zatvora, novčane kazne i mjera bezbjednosti iz jula 2015. godine). Obaviješteni smo da je izrada ovog protokola u toku.

Protokol o načinu vršenja službe obezbjeđenja u Bolnici je izrađen 2012. godine.

Nikada nije zaključen sporazum između ZIKS-a, odnosno Ministarstva pravde i Bolnice o obezbjeđivanju forenzičkih pacijenata, prema kome je ZIKS trebalo da obezbijedi specijalnu jedinicu za obezbjeđenje JSP¹³². Umjesto toga, odlučivanje o obezbjeđenju i finansiranje obezbjeđenja nametnuto je samoj Bolnici, koju je to u dužem periodu finansijski iscrpljivalo. U vezi problema finansiranja obezbjeđenja odjeljenja detaljnije vidi u nastavku (aneks 1).

Nakon što je direktor Bolnice više puta ukazivao na nemogućnost da Bolnica obezbijedi čuvanje pacijenata, postignut je dogovor da se, u pravcu rješavanja problema, najprije utvrdi optimalan broj službenika obezbjeđenja. U tom smislu, predstavnici ZIKS-a su procijenili da je optimalno da 17 osoba bude angažovano na obezbjeđenju. Međutim, u skladu sa finansijskim mogućnostima, angažovana su 4 pripadnika privatne firme za obezbjeđenje, koji, po dva u smjeni, rade u 12-časovnim smjenama.

Na molbe koje je uprava Bolnice upućivala ZIKS-u i Ministarstvu pravde, kao i Upravi policije da pomognu obezbjeđivanje pacijenata, odgovarano je negativno. ZIKS je samo jednom poslao pripadnike zatvorskog obezbjeđenja da obezbjeđuju zatvorenika koji je 2015. godine boravio u Bolnici na vještačenju 7 dana. Posebno apsurdan bio je odgovor načelnika Uprave policije OB Kotor na molbu direktora Bolnice da pomogne u obezbjeđivanju zatvorenika koji je izvršio teško krivično djelo i ranije bježao iz Bolnice. Načelnik OB Kotor je u pismu prvo objasnio da policija nije nadležna da obezbjeđuje zatvorenike iz ZIKS-a, dodao da inače nemaju dovoljno kadra u jeku turističke sezone, a zatim izričito zahtijevao od direktora Bolnice da sami preduzmu „sve odgovarajuće mjere“ i spriječe bjekstvo.¹³³

Ukupno šest pacijenata s izrečenom mjerom bezbjednosti se nalaze u bjekstvu, počev od 1993. godine. Od 2013. godine dva forenzička pacijenta su pobjegla iz Bolnice, oba su pronađena i vraćena, jedan u Bolnicu, drugi u ZIKS, detaljnije na str. 34.

Dr Đedović naglašava da se i prilikom obezbjeđivanja pacijenta mora voditi računa prvenstveno o zdravstvenom stanju pacijenta, a ne o težini djela koje je počinio u neuračunljivom stanju. Naglasio je da postoji ozbiljan rizik vezan za sudsko odjeljenje koje je u prizemlju i nedovoljno obezbijeđeno.

I dalje se radnici obezbjeđenja (dvojica) nalaze unutar odjeljenja, što je praksa koju je CPT kritikovao i 2008. i 2013. godine, preporučivši da se zgrada spolja obezbjeđuje.¹³⁴ Ipak, ovakva praksa je nastavljena i do danas, jer se, zbog i dalje nedovoljnog broja medicinskih tehničara, prema riječima direktora Bolnice, ne može drugačije garantovati bezbjednost, pa preporuka CPT nije ispunjena.¹³⁵ Na posljednje primjedbe CPT Vlada je odgovorila tako što je objasnila da je sistematizacijom povećan broj medicinskih tehničara na JSP na 15 i da će oni početi da rade 2014. godine, što će, u perspektivi dovesti do rješavanja ovog problema, kada se novi zaposleni dovoljno obuču.¹³⁶ Međutim, u praksi nije došlo do povećanja broja medicinskih tehničara, odnosno, ova najava se nije obistinila (vidi detaljnije str. 32).

¹³¹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 92.

¹³² Vlada Crne Gore je obavijestila CPT da će taj sporazum biti zaključen. Vidi Report to the Government of Montenegro, CPT, 2009, op. cit, tačka 90.

¹³³ „...sve odgovarajuće zakonom propisane mjere i radnje iz okvira nadležnosti na način što ćete pojačati neprestano prisustvo Vašeg medicinskog osoblja i dr, kao i angažovati dovoljan broj pripadnika (zaštitara) licencirane Agencije za obezbjeđenje, koji i vrše poslove obezbjeđenja Vaše ustanove i samim tim spriječiti moguće nedozvoljene radnje udaljenja lica ... iz vaše ustanove“, MUP, Uprava policije, CB Herceg-Novi, OB Kotor, 75/01 br. 223/16–5018, 4.8.2016.

¹³⁴ „Čini se da je njihovo prisustvo unutar JSP u velikoj mjeri zamjena za zdravstveno osoblje... prisustvo uniformisanih čuvara unutar jedinice teško se može smatrati da doprinosi pojavi terapijskog okruženja; ukoliko su čuvari potrebni, daleko je poželjnije da uloga takvog osoblja bude ograničena na obezbjeđenje kruga.“ Izvještaj CPT-a o posjeti Crnoj Gori 2008. godine, 2009 stav 88. Isto vidi Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 100.

¹³⁵ Vidi Izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, op. cit, 2013, str. 53, preporuka 6.

¹³⁶ Response of the Government of Montenegro to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Montenegro from 13 to 20 February 2013, CPT/Inf (2014)17, Strasbourg, 22 May 2014.

Pripadnici službe obezbjeđenja na sudskom odjeljenju nijesu prošli bilo kakvu obuku za rad sa pacijentima sa mentalnim oboljenjima.¹³⁷ Ipak, dr Đedović naglašava da se njihova uloga svodi na tehnički dio, otključavanje-zaključavanje vrata i sl, te da je njihov kontakt sa pacijentima sveden na minimum.

2.8.3. Problem nedostatka zdravstvenog osiguranja i liječenje u drugim ustanovama

Problem nedostatka zdravstvenog osiguranja kod forenzičkih pacijenata i drugih koji se na liječenje u Bolnicu upute iz ZIKS-a, dovodi do odbijanja drugih zdravstvenih ustanova na ambulantnu dijagnostiku i liječenje. S druge strane, procedura otpuštanja sudskog pacijenta iz Bolnice i njihovog upućivanja na bolničko liječenje u drugu ustanovu nije definisana i nedorečena je pojedinim aspektima, što otpust pacijenata Bolnice i njihovo prevođenje na kratkotrajna bolnička liječenja u druge zdravstvene ustanove čini problematičnim, posebno u dijelu sprovođenja obezbjeđenja ovih pacijenata za vrijeme boravka u tim ustanovama.

2.8.4. Zdravstveni radnici

U prvoj smjeni radi glavna sestra (7.00–14.00 časova). Nakon 14.00 časova do narednog dana u 7.00 u smjeni je po jedan tehničar. Smjene su na 12 sati (7.00–19.00 i 19.00–7.00).

Osoblje je saglasno da je broj zaposlenog srednjeg medicinskog kadra i dalje nedopustivo mali i da bi bilo optimalno da su tri tehničara u smjeni. U tom slučaju bi obezbjeđenje moglo biti napolju, kako je CPT preporučio. Uz to, hitno je potrebno obezbijediti prisustvo makar jednog radnog terapeuta.

Prema aktu o sistematizaciji (koja je odobrena u junu 2016) na odjeljenju bi trebalo da je zaposleno 15 tehničara, što bi omogućilo da po 3 tehničara budu u smjeni. Iako smo obaviješteni da je na odjeljenju zaposleno 9 tehničara (što predstavlja čak pad broja zaposlenih, vidi na str. 32) nejasno je zašto 2/3 vremena na odjeljenju boravi samo jedan tehničar.

2.8.5. Tretman

Odnos pacijenata sa doktorom, glavnom sestrom i smjenskim tehničarom je izgledao dobar, opušten. Pacijenti se slobodno kreću u okviru zgrade, borave u dnevnom boravku i šetaju hodnicima.

Pacijenti su razvrstani u 3 grupe, a u skladu sa važećim Pravilnikom o primjeni mjere bezbjednosti obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi iz 2014. godine¹³⁸ (čl. 4: Lica na obaveznom psihijatrijskom liječenju i čuvanju u zdravstvenoj ustanovi razvrstavaju se u tri grupe, zavisno od vrste, težine oboljenja i potrebnog intenziteta liječenja).

- Grupa I – može se dozvoliti kretanje u zdravstvenoj ustanovi, isključivo pod nadzorom zdravstvenog radnika;
- Grupa II – kretanje samostalno u prostorijama zdravstvene ustanove, posjete pod nadzorom ljekara,
- Grupa III – kretanje u okviru zdravstvene ustanove i primanje posjeta bez nadzora zdravstvenog radnika; može mu se odobriti posjeta porodici u trajanju do sedam dana.

Pacijenti idu u šetnju dvorištem odjeljenja dva puta po sat vremena dnevno (10.00–11.00 i 14.00–15.00). Teretana im je na raspolaganju svim radnim danima, izuzev četvrtkom od 11.00–12.00. Šetnja glavnim bolničkim igralištem (do pet u grupi, uvijek u pratnji obezbjeđenja) se omogućava od 15.00–16.00.

Pacijenti žele da se renoviraju koševi i obezbijedi adekvatna nadstrešnica, da bi i u slučaju kiše mogli da budu van zgrade.

Problem je i dalje malo učešće pacijenata sa Sudskog odjeljenja u radno-okupacionoj terapiji. CPT je i 2013. godine konstatovao da se psihijatrijski tretman u najvećoj mjeri zasnivao na terapiji lijekovima, dok su psiho-socijalne aktivnosti za rehabilitaciju pacijenata bile nerazvijene, umjesto da budu „stub oslonca svakog individualnog plana liječenja“.¹³⁹ I 2013. godine, kao i tokom 2016–2017. svega nekoliko forenzičkih pacijenata je imalo radno-okupacionu terapiju, nekoliko ih je učestvovalo u grupnoj terapiji koja se održavala četvrtkom, pa u tom smislu stanje uopšte nije promjenjeno. CPT je kritikovao činjenicu, u ovom kontekstu, da je Bolnica zapošljavala samo 2 radno-okupaciona terapeuta, tri psihologa i tri socijalna radnika.¹⁴⁰ Socijalni radnici nisu učestvovali u radno-okupacionoj terapiji.

¹³⁷ Radi se o novim pripadnicima obezbjeđenja. CPT je u izvještaju o posjeti 2013. godine zabilježio da su tadašnji službenici obezbjeđenja prošli obuku o načinu komunikacije sa psihijatrijskim pacijentima i manuelnim tehnikama savladavanja otpora u slučaju agresivnih reakcija pacijenata, vidi Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 99.

¹³⁸ Sl. list CG, br. 31/2014 od 24.7.2014, stupio je na snagu 1.8.2014.

¹³⁹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačke 95–97.

¹⁴⁰ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 97.

Tokom posjete odjeljenju pregledano je više od polovine zdravstvenih kartona. Dokumentacija je uredno vođena, sudska dokumentacija se čuva u izdvojenom fajlu u sklopu zdravstvenog kartona. Svi pacijenti čiji kartoni su pregledani, upućeni su rješenjima Višeg ili Osnovnog suda na mjeru obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, osim pacijenta koga je uputio rješenjem organ za prekršaje.

Svi pacijenti imaju lični orman, ali bez ključa. Prostor je oplemenjen i slikama. Ovo su poboljšanja u odnosu na 2013. godinu kada je CPT kritikovao činjenicu da nije bilo takvih ormara za lične stvari, kao i da okruženje nije bilo odgovarajuće terapijsko.¹⁴¹

Terapija „po potrebi“ (PRN, *pro re nata*) se ne propisuje na ovom odjeljenju.

Pacijenti nikada ne dobijaju oralnu ili muskularnu terapiju ukoliko to nije ordinirao doktor. Drugim riječima, u slučaju psihomotornog nemira, srednji medicinski kadar nije ovlašten da da pacijentu bilo koju terapiju u cilju smirivanja, ukoliko ne konsultuje ljekara što se smatra dobrom praksom.

Nikada se nije pristupilo fiksaciji na ovom odjeljenju, niti postoji opremljena prostorija za tu namjenu.

Osoblje je zadovoljno snabijevanjem medikamentima. U mogućnosti su da nabave medikamente nove generacije, u šta se dr Vulić uvjerila provjerom terapijskih listova.

Pacijenti prigovaraju hrani. Naglasili su jednoličan doručak i večeru (hrenovke, salama, džem i margarin). Ručak, prema njihovim riječima, „nije pretjerano ukusan, ali je makar raznovrsniji“. Voće se služi uz ručak, najčešće banana ili narandža, ponekad dobiju i biskvit (detaljinije vidjeti str. 22).

Pristup modemu za internet i mobilnom telefonu je omogućen od 8.30–10.00 i od 18.30–19.30. Posjete se mogu primati svih sedam dana u nedjelji, do 18.00 časova. Sobe se zaključavaju u 22.00 sata, ljeti u 23.00. Tokom cijele večeri pacijenti imaju pristup toaletu, tako što pozvone, pa im obezbjeđenje otključa vrata.

2.8.6. Preporuke

Preporuke za Ministarstvo pravde:

- 1) sudsko odjeljenje izmjestiti u specijalnu bolnicu u okviru ZIKS, koju bi trebalo hitno izgraditi;
- 2) do izgradnje specijalne bolnice, obezbijediti sredstva za adekvatno obezbjeđivanje forenzičkih pacijenata u Bolnici i prilikom njihovog liječenja u drugim ustanovama;
- 3) propisati pravila za obezbjeđivanje forenzičkih pacijenata prilikom transfera i boravka u drugim zdravstvenim ustanovama;

Preporuke za Ministarstvo zdravlja:

- 1) obezbijediti zapošljavanje dovoljnog broja srednjeg medicinskog osoblja u skladu sa aktom o sistematizaciji;
- 2) obezbijediti zapošljavanje radnog terapeuta.

Preporuka za direktora Bolnice:

- 1) sprovesti obuku pripadnika obezbjeđenja o radu sa pacijentima sa mentalnim oboljenjem;
- 2) popraviti koševе na sportskom terenu i postaviti nadstrešnicu u prostor za šetnju;
- 3) obezbijediti širok izbor aktivnosti radno-okupacione terapije u skladu sa Akcionim planom za unapređenje radno-okupacione terapije u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru¹⁴², kao i to da forenzički pacijenti učestvuju u tim aktivnostima (CPT 2013).

2.9. ODJELJENJE ZA LIJEČENJE BOLESTI ZAVISNOSTI

2.9.1. Materijalni uslovi

Kapacitet odjeljenja je 21 krevet, od kojih 12 za zavisnike od alkohola na prizemlju i 9 na spratu za zavisnike od psihoaktivnih supstanci (droga). Tokom trajanja monitoringa, kapaciteti su bili popunjeni, a **na prijem na odjeljenje je do juna 2017, čekalo 20, a 20.6.2017. 4 pacijenta**. Lista čekanja na osnovu kojih se pacijenti, sa prethodno dodijeljenim šiframa, mogu obavijestiti o redosledu pozivanja nije bila ažurirana (prema stanju na sajtu brojala je 21 pacijenta umjesto 4 koliko ih je stvarno bilo na čekanju toga dana – 26.6.2017)¹⁴³.

¹⁴¹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 91.

¹⁴² Plan je dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Konkurs_Akcioni_plan.pdf.

¹⁴³ Lista čekanja na sajtu Bolnice dostupna na: http://psihijatrijakotor.me/mn/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=132.

Na oba odjeljenja je moguće smjestiti samo muškarce, dok se žene sa izrečenom mjerom smještaju na žensko akutno odjeljenje. Nažalost, iako je 2013. godine obezbijedeno pet mjesta za stacionarno liječenje zavisnica od psihoaktivnih supstanci u Kliničkom centru u Podgorici, ova mjesta su kasnije ukinuta (vidi detaljnije str. 62). Prema podacima iz januara 2017. godine, u proteklih 5 godina (2012 – 2016) svega 4 žene su imale izrečenu mjeru bezbjednosti liječenja od bolesti zavisnosti. Ipak, u istom periodu se čak 74 žena dobrovoljno liječilo od bolesti zavisnosti ali na neodgovarajućem ženskom akutnom odjeljenju.

Učiniocu koji je učinio krivično djelo zbog zavisnosti od upotrebe opojnih droga ili alkohola i kod kojeg postoji ozbiljna opasnost da će usljed ove zavisnosti i dalje da vrši krivična djela, sud će izreći obavezno liječenje (KZ, čl. 71, st. 1, čl. 72, st. 1). Ova mjera se izvršava u ustanovi za izvršenje kazne ili u odgovarajućoj zdravstvenoj ili drugoj specijalizovanoj ustanovi i traje dok postoji potreba za liječenjem, ali ne duže od tri godine (KZ, čl. 71, st. 2, čl.). Prema Zakonu o izvršenju kazni zatvora, novčane kazne i mjera bezbjednosti, mjere bezbjednosti obavezno liječenje alkoholičara i obavezno liječenje narkomana izrečene uz kaznu zatvora, izvršavaju se u zatvoru, ako za to postoje uslovi, a ako ne postoje uslovi, kao i kad su mjere izrečene uz novčanu kaznu, sudsku opomenu, uslovnu osudu i kad je osuđeni oslobođen od izvršenja kazne, izvršavaju se u zdravstvenoj ustanovi namijenjenoj za tu svrhu (čl. 144, st. 1 i st. 2).

Prosječno zadržavanje pacijenata na odjeljenju za liječenje od alkoholizma je 3 mjeseca (za pacijente koji se liječe dobrovoljno, dakle, bez mjere), odnosno koliko sud odredi (ako odredi precizno trajanje). U slučajevima kad sud odredi trajanje mjere do 3 godine, onda liječenje prosječno traje do 3 mjeseca. Kod zavisnika od psihoaktivnih supstanci prosječno trajanje liječenja je 2–3 mjeseca u oba slučaja, nakon čega se pacijent otpušta na kućno liječenje ili upućuje na izdržavanje kazne u ZIKS.

I u izvještaju 2013. godine smo naglasili da je optimalno vrijeme koje osoba zavisna od bilo koje vrste droge/a treba da provede u zdravstvenoj ustanovi ovog tipa jedan mjesec, što je sasvim dovoljno da bi se kupirala apstinencijalna simptomatologija i da bi pacijent stekao početne uvide. Dalji tretman koji se bazira na punoj psihosocijalnoj rehabilitaciji bi se morao obavljati van institucije. Modaliteta ima puno: moguć je i povratak u zatvorske uslove, gdje bi im se onda morali ponuditi programi psihosocijalne rehabilitacije, uz boravak u tzv. „drug-free units“ (gdje bi aktivnim učestvovanjem u ponuđenim tretmanima i dobrovoljnim pristankom na redovne urinske testove, za adekvatan angažman i održavanje apstinencije za uzvrat dobijali benefite tipa odlazak kući za vikend, duži broj sati za posjete i sl), a moguće je i njihovo upućivanje u već postojeću ustanovu rehabilitacionog tipa na Kakarickoj gori.

Prema mišljenju dr Marine Roganović, načelnice odjeljenja, trebalo bi težiti tome da se što više mjera izvršava u Zavodu (ZIKS-u) ili i na slobodi uz strogu kontrolu zdravstvene ustanove. Takođe, primjećena je praksa da se (nepotrebno) istoj osobi uz osudu za svako od krivičnih djela ponovo izriče mjera bezbjednosti. Problem u praksi predstavlja i okolnost kada se mjera obaveznog liječenja alkoholičara izrekne nemotivisanom pacijentu, koji onda na odjeljenju (koje je otvorenog tipa) nastavi sa konzumiranjem alkohola što predstavlja problem i drugim pacijentima i zaposlenim, prema riječima načelnice odjeljenja dr Marine Roganović.

Bolnica i dalje prilikom planiranja smještajnih kapaciteta nastoji da obezbijedi dovoljan broj kreveta i za liječenje zavisnika kojima nije izrečena mjera, tj. koji nisu izvršili krivično djelo ili prekršaj. Kapaciteti su u praksi podijeljeni na 3 kreveta za pacijente koji se dobrovoljno liječe i 6 kreveta za pacijente kojima je izrečena mjera, dok je u odnosu na liječenje od alkoholizma ovaj odnos 8 prema 4 u korist pacijenata koji se dobrovoljno liječe.

Kako su smještajni kapaciteti mali, i prekobrojni pacijenti sa izrečenom sudskom mjerom bezbjednosti se nalaze na listi čekanja.

Odjeljenje je okrećeno i uredno, ali i dalje veoma skućeno.¹⁴⁴

Šestokrevetna soba na odjeljenju za alkoholizam je i dalje pretrpana i neuslovna kako je i navedeno u Izvještaju NPM-a za 2015. godinu.¹⁴⁵ Takođe, ne postoje uslovi za stvaranje odgovarajućeg terapijskog okruženja, jer nije obezbijedeno dovoljno prostora po pacijentu.¹⁴⁶

Na spratu na kojem se liječe zavisnici od psihoaktivnih supstanci je primjećena vlaga, dok i dalje nije obezbijedeno hlađenje, što u ljetnjem periodu veoma otežava uslove života.

Poseban problem s kojim se Bolnica suočava je pojava da se i dalje u Bolnicu upućuju predozirani pacijenti u urgentnim stanjima opasnim po život, iako je u ovakvim situacijama primarni fokus na zbrinjavanju problema sa disanjem, što se optimalno može sprovesti samo na intenzivnoj njezi.¹⁴⁷

144 Vidi izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, str. 37.

145 Vidjeti str. 33 izvještaja Nacionalnog preventivnog mehanizma za 2015. godinu. Izvještaj dostupan na: http://www.ombudsman.co.me/docs/1472027801_final-izvjestaj-npm-za-2015.pdf.

146 Isto.

147 *In managing opioid overdose, the primary focus should be to address respiration and oxygenation, including assisted ventilation with rescue breathing or bag and mask with supplemental oxygen, if possible* (Discussion paper UNODC/WHO 2013, Opioid overdose, preventing and reducing opioid overdose mortality).

2.9.2. Preporuke

Preporuke za Ministarstvo zdravlja:

- 1) omogućiti hitan smještaj žena zavisnica od alkohola i psihoaktivnih supstanci izvan ženskog akutnog odjeljenja;
- 2) obezbijediti sredstva za renoviranje odjeljenja, povećanje smještajnog kapaciteta odjeljenja ili oformiti odjeljenja istog tipa u nekim drugim zdravstvenim institucijama;
- 3) spriječiti da se u Bolnicu dovode osobe u stanju predoziranosti opijatima koje je opasno po život i treba da se zbrinjava na intenzivnoj njezi.

Za Ministarstvo pravde:

- 1) preduzeti mjere, posebno u vidu edukacije sudija, da bi se dužina boravka pacijenata sa izrečenom sudskom mjerom obaveznog liječenja skratila u skladu sa oporavkom pacijenta, što bi omogućilo liječenje većeg broja ljudi u trenutnim kapacitetima.

Za direktora Bolnice:

- 1) obezbijediti da na Odjeljenju u svim sobama budu adekvatni higijenski uslovi – sanirati vlagu.
- 2) obezbijediti rashladne uređaje.

2.10. ZAŠTITA PRAVA PACIJENATA

2.10.1. Nadležna tijela

Pacijenti smješteni u ustanovi imaju pravo da podnose prigovore Savjetu za zaštitu prava mentalno oboljelih lica na način liječenja, dijagnostifikovanja, otpuštanja iz ustanove i povrede njegovih prava, sloboda i dostojanstva. U praksi se to pravo sprovodi tako što pacijenti imaju mogućnost da žalbe podnose u pisanom obliku preko odgovarajućih kutija za žalbe koje su smještene na svakom odjeljenju pojedinačno.

Desetak pacijenata sa kojima smo razgovarali su generalno bili upoznati sa informacijom da Savjet postoji, ali nije su znali šta je njegova uloga.

U skladu sa ranije datom preporukom CPT, Satut Bolnice je izmijenjen, pa će se članovi Savjeta birati na osnovu javnog poziva.¹⁴⁸ Prema informacijama koje smo dobili tokom monitoriga, Savjet je tokom prošle godine održao svega četiri sastanka. Izvještaj o radu Savjeta za 2016. godinu još uvijek nije objavljen, pa nema ni preciznih informacija o njegovom učinku. Prema nezvaničnim informacijama, Savjet je razmatrao desetak žalbi koje su ocjenjene neosnovanim. Mandat Savjeta ističe krajem ove godine.

Za zaštitnicu prava pacijenata imenovana je Radmila Perišić, defektolog i psihoterapeut u Bolnici. Ona je tokom 2016. godine primila dvije pritužbe koje su, iako neosnovane, poslužile da posreduje u komunikaciji i otkloni nesporazum između pacijenata (što je i bio osnov za žalbe). U 2017. godini do 20. juna nije bilo pritužbi.

U Bolnici postoji i Savjet pacijenata, koga čine predstavnici pacijenata, sa čijim predsjednikom A.T. smo razgovarali. U razgovoru nam je kazao da povremeno učestvuje na sastancima sa kolegijumom, kao i da koristi druge, neformalne vidove komunikacije da menadžmentu ukaže na neke tekuće probleme.

Kako smo već naveli, na odjeljenjima su instalirane kutije posredstvom kojih pacijenti mogu da pišu Ombudsmanu, pristup tim kutijama imaju samo zaposleni u toj instituciji. Prema informacijama dobijenim od osoblja, kutije se otvaraju najmanje jednom mjesečno. **Pacijenti sa kojima smo razgovarali nijesu bili obaviješteni o pravu da se obrate Ombudsmanu, a to nije znala ni osoba koja je prijavila da je svjedočila zlostavljanju od strane pomenute medicinske sestre.**

U Bolnici se novopridošlim pacijentima na prijemu ne davaju brošure u cilju upoznavanja sa pravima pacijenata i članova njihovih porodica.

Ponavljamo preporuku i da je potrebno uspostaviti praksu da ako se evidentiraju povrede kod pacijenta koje upućuju na zlostavljanje, takav slučaj treba prijaviti državnom tužiocu (i kada se pacijent sam ne žali), čime bi se moglo obezbijediti da oni budu odgovarajuće istraženi.

148 Vidjeti preporuku a), str. 39 izvještaja o poštovanju ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, 2013.

2.10.2. *Preporuke za direktora Bolnice:*

- 1) Kontinuirano informisati pacijente o mogućnostima da zaštite svoja prava posredstvom Savjeta, Zaštitnice prava pacijenata (i Ombudsmana kako je ranije preporučeno, str. 17);
- 2) Štampati nove brošure kao i druga uputstva u cilju upoznavanja pacijenata i članova njihovih porodica sa pravima i dijeliti ih svim novopridošlim pacijentima.
- 3) Preispitati potrebu češćeg sastajanja Savjeta i učiniti transparentim njegov rad.

3. PSIHIJATRIJSKA KLINIKA KLINIČKO-BOLNIČKOG CENTRA CRNE GORE U PODGORICI

3.1. OPŠTE INFORMACIJE O KLINICI

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, klinika je zdravstvena ustanova ili dio zdravstvene ustanove na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite koja obavlja djelatnosti bolničke, specijalističko-konsultativne i konzilijarne zdravstvene zaštite, kao i najsloženije oblike zdravstvene zaštite za djelatnosti iz određene grane medicine ili stomatologije (čl. 45).

Klinika za psihijatriju je organizaciona jedinica Kliničkog centra Crne Gore (KCCG) i sastoji se od odjeljenja za psihoze, neuroze, toksikomaniju sa jedinicom intenzivnog liječenja, odjeljenja adolescentne psihijatrije i dnevne bolnice.¹⁴⁹

Pravilnikom o kućnom redu propisuju se pravila o uslovima boravka i ponašanja – kućnog reda KCCG, kojima se uređuje organizovanje rada, prijem i smještaj bolesnika, njega i liječenje bolesnika, ostvarivanje prava bolesnika, ishrana, posjete bolesnicima, obaveze bolesnika i ponašanja u održavanju higijene, otpust bolesnika i postupak sa umrlima (čl. 1).

Kapacitet klinike je 40 kreveta, popunjenost kapaciteta je oko 80%.

Klinika je psihijatrijska ustanova otvorenog tipa. Prisilni smještaj se ne sprovodi, već se pacijenti koji odbijaju liječenje, u slučaju procjene da postoji potreba za prisilnom hospitalizacijom, šalju u Bolnicu u Kotoru (prema statističkim podacima od 28.6.2017. Klinika je upućivala Bolnici na prisilnu hospitalizaciju prosječno 6–7 pacijenata mjesečno).¹⁵⁰ Prema našem mišljenju, na Klinici zaista i ne postoje uslovi za smještaj pacijenata koji zahtijevaju prisilnu hospitalizaciju, a do nedavne rekonstrukcije, nisu postojali ni elementarni uslovi za smještaj bilo kakvih pacijenata.

Svaki pacijent je slobodan da insistira na otpustu, otpust se lako i sprovodi, uz uslov da pacijent potpiše da želi da napusti liječenje na lični zahtjev, i da članovi porodice budu upoznati s tim.

Klinika se nalazi na prizemlju i sobe nemaju rešetke na prozorima. Prilikom posjete, uvjerali smo se da su prozori na sobama otvoreni. Vrata se zaključavaju i postoji tačno određena satnica, prema kojoj pacijenti izlaze i borave napolju prosječno do dva sata, što nam je potvrdilo više pacijenata.

Saradnja sa ljekarima na odjeljenju bila je dobra. Na prvom sastanku sa timom monitora prilikom monitoring posjete prisustvovala je glavna sestra odjeljenja koja je pozvala cijelokupno prisutno osoblje da učestvuju u razgovoru, pa su tako prisustvovali lekari, sestre, psiholog i socijalni radnik. Bilo je očigledno da su svi imali mogućnost da iznesu probleme sa kojim se suočavaju u radu, što je pomoglo da stvorimo objektivnu sliku o Klinici. Na Klinici rade ukupno 33 zaposlena, što je dovoljno za optimalno funkcionisanje.

3.2. USLOVI SMJEŠTAJA I TRETMAN

Posle apela koji je Akcija za ljudska prava uputila u aprilu 2016. godine ministru zdravlja i direktoru Kliničkog centra Crne Gore (KCCG) da saniraju mizerne uslove u kojima je djelovala Klinika, do juna 2017. godine su izvedeni radovi na adaptaciji prostora – postavljeni su novi prozori, okrećeni zidovi, sanirani su fasada i krov (detaljnije u nastavku). Međutim, i pored ovih radova, nisu se ostvarili svi neophodni uslovi za postizanje adekvatnog okruženja za liječenje psihijatrijskih pacijenata, pa je dobra vijest to što je izgradnja novog objekta na novoj lokaciji utvrđena kao prioritet. Iz KCCG su najavili izgradnju nove Klinike za psihijatriju, a radovi bi trebalo da počnu početkom naredne godine.

Klinika se nalazi u trošnoj prizemnoj zgradi, čiji se jedan dio već urušio (bivša Klinika za neurologiju), pa iako je urušeni dio pregrađen, to nije i konačno rješenje problema. Pacijenti su još uvijek smješteni u kolektivnim spavaonicama kapaciteta do 7 kreveta i primorani da spavaju na dotrajalim i higijenski zapuštenim dušecima i jastucima. Iako je bilo najava da će se izvršiti zamjena dotrajalih dušeka, do dana objavljivanja izvještaja to nije urađeno.

¹⁴⁹ Statut Kliničkog centra Crne Gore, čl. 27–28.

¹⁵⁰ Prema informacijama koje je 28.6.2017. predstavio direktor Klinike dr Željko Golubović ovaj broj varira u zavisnosti od mjeseci, pa je primjećeno da se najveći broj pacijenata upućuje u junu, julu i avgustu (prosječno između 12 i 14 pacijenata). To se objašnjava okolnostima da je to vrijeme godišnjih odmora kada porodice putuju, zaposleni u centrima za mentalno zdravlje takođe koriste odmore, što doprinosi da pacijent propušta da redovno uzima terapiju i dolazi do pogoršanja stanja.

Ovakav raspored spavaonica predstavlja dodatnu poteškoću za rad zato što se pacijenti sa različitim, gotovo nespojivim, vrstama oboljenja smještaju u istu prostoriju gdje provode većinu slobodnog vremena.

Prema našem mišljenju, sama struktura gradnje ne dozvoljava da se napravi neko adekvatno odvajanje muškaraca i žena, odnosno pacijenata po vrstama oboljenja (psihoza, nepsihoza), te da je cjelokupni ambijent takav da ne pogoduje izlječenju.

Ormarići postoje pored kreveta, ali su u lošem stanju i ne mogu se zaključavati. U tom smislu, podsjećamo da je CPT još 2008. godine, nakon posjete Bolnici u Kotoru, preporučio da se pacijentima omogući da personalizuju prostor u kome borave i da mogu da zaključaju svoje stvari.¹⁵¹ Međutim, i kad bi postojali ormarići sa ključem, osjećaj privatnosti se teško može ostvariti u spavaonici sa sedam kreveta. Nekada ormarići nijesu dovoljni da pacijenti smjeste sve svoje stvari, koje onda drže u torbama ispod kreveta.

Jedina zajednička prostorija služi i kao trpezarija i kao dnevni boravak i kao prostorija u kojoj se povremeno organizuje ROT. Prostorija za grupne sastanke osoblja, vizite pacijenata i boravak dežurnog doktora tokom noći, ujedno je i radna soba za socijalnog radnika i jednog od psihologa. U ovakvim uslovima rada, postavlja se pitanje postojanja mogućnosti da se pacijentu omogući intima odnosno privatnost tokom testiranja ili uzimanja socijalne ankete.

Na Klinici nema dovoljno stolica (što je posebno izražen problem prilikom održavanja kolegijuma, odnosno sprovođenja grupne terapije), niti je ljekarima omogućen ležaj koji bi isključivo služio za odmor tokom večernjih dežurstava.

Knjiga fizičkog ograničenja slobode kretanja se propisno vodi, a u praksi se ograničenje rijetko sprovodi. Ne postoji soba za fizičko ograničenje slobode kretanja, već se pacijenti fizički ograničavaju u svojim sobama, naočigled pacijenata sa kojim su smješteni u sobi, što je nedopustivo, i za šta bi trebalo obezbijediti posebni prostor unutar odjeljenja.

U slučaju uznemirenosti pacijenta, obavještava se dežurni doktor (koji je smješten na samom odjeljenju tokom noći, te su mogućnosti zloupotrebe terapije male).

Medicinski dosijei pacijenata se i dalje ne vode u elektronskoj, već samo u štampanom formatu. Kako ljekari Klinike navode, postoji samo jedan kompjuter za rad ljekara, što je glavni razlog nepostojanja elektronske evidencije.

Napominjemo da u okviru Klinike nije obezbijeđeno mjesto za liječenje zavisnica, što je konstatovano i na sjednici Komisije za droge, 9. novembra 2016. godine. Iako je 2013. na Klinici bilo obezbijeđeno pet mjesta za žene zavisnice, ova mjesta su, u međuvremenu ukinuta, jer ženama nijesu u praksi bili obezbijeđeni uslovi potrebni za liječenje.¹⁵²

Pacijenti u dogovoru sa osobljem borave na svježem vazduhu, a zahvaljujući klupama i neposrednoj blizini parka, po pravilu svi koji žele (osim zavisnika) mogu da borave napolju u skladu sa kućnim redom.

Pacijenti su uključeni u individualni i grupni psihoterapijski rad, dok se ROT obavlja jednom do dva puta nedjeljno, zbog nedostatka materijala za rad. Neophodno je hitno obezbijediti sredstva kako bi se ROT redovno odvijala, u skladu s preporukom CPT da bi ta vrsta terapije trebalo da bude jedan od stubova plana liječenja svakog pacijenta.¹⁵³ U tom smislu je neophodno preispitati sve opcije finansiranja kupovine materijala, reciklažu, kao i to da pacijenti, koji su u prilici, participiraju u troškovima nabavke.

3.3. HRONOLOGIJA ZALAGANJA ZA UNAPREĐENJE USLOVA RADA KLINIKE

Nakon prve monitoring posjete Klinici za psihijatriju KCCG u aprilu 2016, Akcija za ljudska prava (HRA) uputila je pismo tadašnjem ministru zdravlja prof. dr Budimiru Šegrtu i direktoru Kliničkog centra Crne Gore (KCCG) Ranku Lazoviću u kojem je ukazala na mizerne uslove u kojima Klinika radi i preporučila da se hitno izmjesti u prostor koji odgovara savremenim bolničkim standardima. U međuvremenu, do izmještanja Klinike, HRA je dala 9 preporuka utemeljenih i na standardima CPT-a za neophodno urgentno poboljšanje uslova u kojima se liječe pacijenti.¹⁵⁴

Ministar je odgovorio da će nastojati da prikupi sredstva donatora kako bi unaprijedio posteljni fond, a osvrnuo se i na dopis KCCG koji sadrži kratak osvrt na HRA preporuke. Napominjemo da je od ukupno 9 preporuka, na samo jednu preporuku dat konkretan komentar i to u odnosu na postavljanje pregradnog zida između Klinike za psihijatriju i ruševina bivše Klinike za neurologiju i dermatologiju. U vezi sa preostalim osam preporuka dati su neodređeni odgovori koji nisu obećavali da će se stanje poboljšati.¹⁵⁵

151 Izvještaj CPT-a, stav 94. Takođe, vidjeti Principi UN, princip 9, tačka 4.

152 „Po drugoj tački dnevnog reda članove je upoznao predsjednik Komisije sa trenutnim stanjem na Klinici za psihijatriju Podgorica i uslovima koji nijesu na zadovoljavajućem nivou za liječenje korisnika/ca droga, te da nemaju posebna odjeljenja za žene i posebna odjeljenja za muškarce, ali se pokušava po potrebi iznaći najadekvatnije rješenje kako bi se postigao objektivni optimum za pružanje zdravstvenih usluga na ovoj klinici“, Zapisnik sa III sjednice Komisije za droge održane 9.11.2016. godine, u prostorijama Ministarstva zdravlja.

153 Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačke 95–97.

154 Fotografije i pismo dostupni na: <http://www.hracion.org/?p=10550>.

155 Detaljnije na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Dopis_HRA_MZ_28042016.pdf.

HRA je već 28. aprila navela da je neprihvatljivo da se Klinika u okviru KCCG uopšte nalazi u mizernim uslovima u kakvim se nalazi, a pogotovo da se pitanje obnove posteljnog fonda rješava iz stranih donacija. U pismu je predloženo da ministar, u svojstvu člana Vlade, ispita i mogućnost da se viškovi sredstava, koji očigledno postoje u budžetima drugih ministarstava, preusmjere Ministarstvu zdravlja i na taj način omogućiti rješavanje problema Klinike.

Dana 5.5.2016, nakon monitoring posjete Odjeljenju za psihijatriju u okviru JZU Opšte bolnice u Nikšiću, motivisana dobrim materijalnim uslovima u kojima borave psihijatrijski pacijenti, HRA je uputila još jedan dopis ministru zdravlja prof. dr Budimiru Šegrtu, apelujući da preispita prioritete Ministarstva zdravlja u narednom periodu i hitno obezbijedi odgovarajuće materijalne uslove i pacijentima i zaposlenima na Klinici za psihijatriju u Podgorici.

3.4. GRAĐEVINSKE INVESTICIJE NA KLINICI ZA PSIHIJATRIJU

Na zahtjev HRA, Bivši direktor KCCG Ranko Lazović je u oktobru 2016. obavijestio da su, u skladu sa budžetom KCCG za 2016. godinu opredijeljena sredstva za kapitalne investicije i to: „za građevinske investicije za Kliniku za psihijatriju opredijeljen je iznos od cca 46.000 eura, a ostatak od 24.000 eura za sve ostale objekte KCCG-a“.¹⁵⁶ Na naše pitanje da li su i ako jesu na koji način utrošena opredijeljena sredstva, početkom novembra nam je odgovoreno da će sredstva biti iskorišćena za zamjenu fasadne bravarije – spoljašnjih prozora i vrata, sanaciju mokrih čvorova, zamjenu krila na sobnim vratima unutar Klinike i krečenje.¹⁵⁷

Početkom novembra 2016, direktor KCCG Ranko Lazović je podnio ostavku na mjesto direktora, pa je početkom decembra za direktoricu KCCG imenovana Zorica Kovačević. HRA je, zatim, 7.12.2016. godine uputila novoizabranoj direktorici dopis o zabrinjavajućem stanju na Klinici za psihijatriju u kojem je detaljno objašnjena prethodna komunikacija i naponi da se poboljša stanje na Klinici. HRA je tražila informacije o koracima koje KCCG namjerava da preduzme ovim povodom i kada se očekuje konačni početak radova.

Direktorica Kovačević nas je obavijestila da 46.000 eura nije planirano samo za poboljšanje materijalnih uslova na Klinici za psihijatriju, kako nas je prethodno informisao bivši direktor KCCG, Ranko Lazović, već i za druge klinike.¹⁵⁸

HRA je na ovaj odgovor uputila dopis u kojem je pohvalila namjeru da se adaptira Klinika za psihijatriju, kao i ostale klinike koje su u izuzetno zapuštenom stanju i primjetila da tenderskom dokumentacijom nije predviđeno pregrađivanje višekrevetnih soba na Klinici, kako su i sami psihijatri zaposleni na Klinici predložili u cilju stvaranja pozitivnog terapijskog okruženja. Konstatovano je i da se iz odgovora ne može zaključiti da li će se na Klinici za psihijatriju fizički odvojiti toaleti i tuš kabine za muškarce i žene, imajući u vidu da nisu jasno razdvojene nabavke za partije Klinike za psihijatriju i infektivne klinike, kako je to urađeno za staru zgradu onkologije. HRA je u odgovoru zatražila informacije o dugoročnim planovima rješavanja materijalnih uslova u kojima radi Klinika za psihijatriju, s obzirom na to da smo ranije obaviješteni o ograničenim mogućnostima za adaptaciju objekta u kome se sada nalazi zbog pitanja vlasništva nad objektom, itd. Na ovo pismo nijesmo primili odgovor, ali je javnost obaviještena o planovima za izgradnju nove zgrade za smještaj Klinike.

Do kraja sprovođenja projekta ostaci kupatila bivše Klinike za neurologiju su bili u fazi renoviranja, kako bi pacijenti dobili odvojene tuš kabine za muškarce i žene. Prostorija koja je ranije pripadala Klinici za neurologiju se takođe renovirala i biće opremljena za održavanje terapijskih zajednica i ROT koje se trenutno održavaju u trpezariji. Dotrajala unutrašnja vrata su zamijenjena eloksiranim, ona očuvanija su prefarbana. Bravarija, fasada i krov su obnovljeni, čekaonica renovirana. Međutim, i pored ovih radova, nisu se ostvarili osnovni uslovi za rad, te je izgradnja novog objekta na novoj lokaciji prioritet, kako smo već kazali. Ostaje problem višekrevetnih soba, nedostatka ormarića za pacijente, dotrajalih kreveta i posteljine, kao i nedostatka ambulanti u kojima bi ljekari i pacijenti imali potrebnu privatnost, o čemu je već bilo riječi.

3.5. ZAŠTITA PRAVA PACIJENATA

Pacijentu se u vezi sa zaštitom svojih prava mogu obratiti Zaštitniku prava pacijenata Kliničkog Centra Crne Gore, kao je i navedeno na posteru koji je istaknut u hodniku Klinike. Navedeni su i kontakt telefon i e-mail adresa Zaštitnika.

¹⁵⁶ Odgovor Kliničkog centra Crne Gore br. 03/01–19251 od 25.10.2016. na zahtjev za slobodan pristup informacijama HRA od 7.10.2016.

¹⁵⁷ Odgovor Kliničkog centra Crne Gore br. 03/01–20354 od 8.11.2016. na zahtjev za slobodan pristup informacijama HRA od 3.11.2016.

¹⁵⁸ Odgovor Kliničkog centra Crne Gore br. 03/01–22403 od 9.12.2016. na zahtjev za slobodan pristup informacijama HRA od 7.12.2016.

3.6. PREPORUKE ZA MINISTARSTVO ZDRAVLJA:

Unaprijediti materijalne uslove boravka pacijenata i rada osoblja tako što bi se kompletno renovirao objekat tako da se:

- a) smanji postojeći broj kreveta u sobama,
- b) obezbijedi prostorija za rad sa pacijentima i održavanje terapijskih zajednica,
- c) obezbijedi informatička oprema za rad osoblja,
- d) obezbijede ormarići za pacijente koji imaju vrata sa bravom i ključem u kojima bi smjestili svoje lične stvari, odnosno sačuvali privatnost u cilju jačanja osjećaja sigurnosti i autonomije,¹⁵⁹
- e) obezbijedi dovoljan broj stolica u skladu sa stvarnim potrebama Klinike da bi se zaposlenima i pacijentima omogućio adekvatan rad i boravak,
- f) obezbijedi ležaj sa isključivom namjenom da koristi doktorima za odmor tokom večernjih dežurstava,
- i) obezbijede mjesta za liječenje zavisnica.

Preporuka za Kliniku:

- a) obezbijediti redovno obavljanje radno-okupacione terapije, motivisati pacijente da učestvuju u ovom obliku terapije.

¹⁵⁹ „Obezbeđivanje noćnih stolova i ormara je veoma poželjno, a pacijentima bi trebalo biti dozvoljeno da zadrže određene lične stvari (fotografije, knjige, itd). Takođe je važno da se pacijentima obezbijedi prostor u kojem mogu zaključati svoje stvari; propust da se obezbijedi takva mogućnost može narušiti pacijentov osećaj sigurnosti i autonomije“, stav 56, Izvještaj CPT-a o posjeti Norveškoj, 1999. Originalni tekst: *The provision of bedside tables and wardrobes is highly desirable, and patients should be allowed to keep certain personal belongings (photographs, books, etc). It is also important that patients be provided with lockable space in which they can keep their belongings; the failure to provide such a facility can impinge upon a patient's sense of security and autonomy.*

4. PSIHIJATRIJSKO ODJELJENJE OPŠTE BOLNICE U NIKŠIĆU

4.1. OPŠTE INFORMACIJE O ODJELJENJU

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, opšta bolnica obavlja najmanje djelatnosti hirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i akušerstva za koje obrazuje odjeljenja (čl. 39, st. 1), a dužna je da obezbijedi i uslove za zbrinjavanje bolesnika sa akutnim zaraznim bolestima i akutnim psihijatrijskim stanjima (čl. 39, st. 4).

Statut JU zdravstvene ustanove Opšte bolnice Nikšić propisuje da je Opšta bolnica referentni centar sekundarne zdravstvene zaštite koji pruža usluge i iz psihijatrije (čl. 8). Odjeljenje psihijatrije je podijeljeno na odsjeke: za organizaciju odjeljenja i psihijatriju, i uključuje ordinaciju (ambulantu) psihijatrije (čl. 10).

Statutom je propisano i da Opšta bolnica stiče sredstva za obavljanje djelatnosti iz budžeta Crne Gore odnosno Fonda za zdravstveno osiguranje, neposredno od korisnika usluga, prodajom usluga na tržištu, iz sredstava domaćih i stranih pravnih i fizičkih lica, pod uslovima određenim Zakonom, aktom o osnivanju i Statutom, iz sredstava dobrovoljnog osiguranja, od zakupa prostora i medicinsko-tehničke opreme, donacija i dotacija i iz drugih izvora (član 28). Ova sredstva se raspoređuju u skladu sa finansijskim planom koji donosi direktor, koji na kraju godine i usvaja finansijske izvještaje (član 30).

Za rad Opšte bolnice u Nikšiću u 2016. godini je opredijeljeno 5.905.690,00€. Od navedenog iznosa za poboljšanje materijalnih uslova na Odjeljenju za psihijatriju izdvojeno je samo 473 eura, jer je zahvaljujući donacijama¹⁶⁰ u adaptaciju i opremanje uloženo 149.110,33 eura u 2015. i 2016. godini.

Ovo ulaganje se značajno odrazilo na poboljšanje materijalnih uslova na Odjeljenju, koje je potpuno renovirano, čime je postignuto pozitivno i prijatno terapijsko okruženje.

Odjeljenje je otvorenog tipa, pacijenti se dobrovoljno liječe. Prema statističkim podacima od 28.6.2017. Odjeljenje je Bolnici (na prisilnu hospitalizaciju) prosječno upućivalo 1 do 2 pacijenta.

Ukupni kapacitet od 26 kreveta jednako je podijeljen na muškarce i žene. Popunjenost kapaciteta je u prosjeku 80%.

Posebno se ističe dobra saradnja sa Centrom za mentalno zdravlje i Centrom za socijalni rad u Nikšiću i Bolnicom u Dobroti.

4.2. ZDRAVSTVENI RADNICI

Na odjeljenju rade dva psihijatra sa punim radnim vremenom i jedan psihijatar sa četvoročasovnim radnim vremenom. Prema riječima načelnice odjeljenja, dr Radojke Mićović, dva ljekara su na specijalizaciji, a jedna psihijatrica je na porodiljskom odsustvu.

Što se tiče srednjeg medicinskog kadra, na odjeljenju radi glavna sestra sa osmočasovnim radnim vremenom, koja je prisutna radnim danima. Zaposleno je još osam medicinskih tehničara koji rade u smjenama, po 12 sati, a nakon smjene imaju slobodan dan. U odnosu na 2013. godinu došlo je do smanjivanja broja sestara, imajući u vidu da su u međuvremenu 3 sestre penzionisane, a da njihova radna mjesta nijesu popunili novi kadrovi.

Ako su u punom kapacitetu (niko nije na bolovanju ili odmoru), onda u svakoj smjeni rade po dva tehničara. U protivnom, radi jedan, što se po pravilu i dešava (usled korištenja prava na godišnji odmor). Svi medicinski tehničari imaju srednje medicinsko obrazovanje (glavna sestra na odjeljenju ima višu stručnu spremu).

Iako se i u trenutnim kapacitetima organizuje rad Odjeljenja, trebalo bi zaposliti još najmanje tri tehničara, odnosno nadoknaditi kadar, u skladu sa aktom o sistematizaciji. Na taj način bi se praktičnije i lakše ispunjavale obaveze u okolnostima kada, primjera radi, pacijent treba da se odvede na ispitivanje i izradu analiza, ili u Bolnicu u Kotoru, kada jedan medicinski tehničar mora biti u pratnji pacijenta.

Na odjeljenju radi i psiholog, u stalnom radnom odnosu, kao i tri pripravnika psihologa.

Dvije medicinske sestre su u 2015. godini pohađale šestomjesečnu obuku za rad sa mentalno oboljelima, organizovanu uz podršku Ambasade Holandije.

Tokom noći postoji dežurni ljekar za cijelu Bolnicu, za urgentne slučajeve. Psihijatri sa Odjeljenja su naizmjenično u stanju pripravnosti.

¹⁶⁰ Donacija je zaostavština Milorada Perovića namjenjena nikšićkom zdravstvu u iznosu od 183.000 eura, „Za zgradu psihijatrije u Nikšiću 183 hiljade eura“, *Vijesti*, 13.5.2014.

Prema riječima direktora Bolnice, osoblje koje radi na Odjeljenju je posebno stimulirano i ima za 15% veću zaradu od zaposlenih na drugim odjeljenjima.

4.3. STRUKTURA PACIJENATA, PRISTANAK NA LIJEČENJE I TRAJANJE HOSPITALIZACIJE

Hospitalizuju se, kao i ranije, uglavnom pacijenti sa mentalnim poremećajima iz kruga psihoza, pacijenti sa poremećajem ličnosti u fazi dekompenzacije, kao i nepsihotični poremećaji, uglavnom depresije, kao i zavisnici.

Na Odjeljenju se svi pacijenti liječe dobrovoljno, u šta smo se uvjerali na osnovu potvrda o pristanku na liječenje koje su zavedene u dokumentaciji i razgovora sa pacijentima. Ne obavljaju se prisilne hospitalizacije. U slučaju da osoba odbija da bude hospitalizovana, a nadležni psihijatar smatra da je to neophodno, upućuje se u Bolnicu u Kotoru. O usaglašenosti domaćih propisa sa međunarodnim standardima o prisilnoj hospitalizaciji detaljnije vidi str. 37.

Odjeljenje se tretira kao „akutno odjeljenje otvorenog tipa koje se fazno zatvara“, što znači da, iako pacijenti na odjeljenju borave dobrovoljno, nemaju mogućnost da ulaze i izlaze sa odjeljenja bez prethodne saglasnosti osoblja.

Tokom monitoring posjeta imali smo priliku da razgovaramo sa svim prisutnim pacijentima koji su potvrdili da se liječe dobrovoljno. Ipak, kako nam je objašnjeno, „priroda njihove bolesti ne dozvoljava da se pacijenti udaljavaju sa Odjeljenja bez nadzora“, što znači da je Odjeljenje zaključano. Rečeno nam je, i da su sva druga odjeljenja u Bolnici zaključana osim u periodu predviđenom za posjete. Naglašeno je da na Odjeljenju ima i pacijenata zavisnika, i da je neophodno spriječiti zloupotrebu prava na posjete. U praksi, ako pacijent odluči da ne želi da duže bude hospitalizovan na Odjeljenju, o tome se obavještava njegova porodica, i pacijent se zadržava samo onoliko koliko je potrebno da dežurni psihijatar izradi otpusnu listu. Kako smo obaviješteni, ovi slučajevi su izuzetno rijetki, imajući u vidu da se svi pacijenti na Odjeljenju dobrovoljno liječe.

Pacijenti sa bolestima zavisnosti se takođe hospitalizuju i zadržavaju do 3 nedjelje, ako postoji jaka motivacija, kako nam je rekla načelnica odjeljenja dr Mićović. Ako pacijent nije motivisan da započne sa uspostavljanjem zdravih obrazaca ponašanja i odrekne se zavisnosti, onda se otpust sprovodi kad se zbrinu znaci apstinencijalne krize, što je obično nakon 10–12 dana.

Prosječno trajanje hospitalizacije je 18 dana, što je pohvalno. Globalni trend skraćivanja bolničkog liječenja se poštuje.

Prema navodima načelnice odjeljenja, problem dugotrajne hospitalizacije „socijalnih pacijenata“ ne postoji.

4.4. TRETMAN

Prema riječima načelnice, svaki pacijent u toku svoje prve hospitalizacije na Odjeljenju se psihološki testira. Svi pacijenti učestvuju u radu socioterapijske grupe koju sprovodi psiholog, a koja se obavlja svakodnevno. Ova grupa ima dugu tradiciju na odjeljenju, sprovodi se od 1992. godine. Pacijenti imaju individualne planove tretmana, iako se oni ne sprovode dosljedno u praksi (detaljnije u nastavku).

Od posljednjeg monitoring izvještaja 2013. godine, uređena je prostorija za radno-okupacionu terapiju i kupljen materijal za rad. Angažovan je radno-okupacioni terapeut, pa su pacijenti imali priliku da na radionicama uče razne tehnike pletenja, vezenja, dekupaža itd. Osoblje ističe da su svi pacijenti bili vrlo zainteresovani za učešće. Na odjeljenju su vidno istaknuti upotrebn i ukrasni predmeti nastali u okviru radionica poput stalka za držanje hemijski, kutijica za čuvanje stvari, slika okačenih na zidu u hodnicima itd. Prije dvije godine je na odjeljenju u hodniku organizovana izložba slika nastalih na radno-okupacionoj terapiji. Ipak, u vrijeme završetka rada na ovom izvještaju u maju 2017, radno-okupaciona terapija se nije sprovodila, zbog, kako nam je sestra kazala, nedostatka materijala i sredstava za obnovu fonda. Neophodno je hitno obezbijediti sredstva kako bi se nastavilo sa ROT, u skladu s preporukom CPT da bi ta vrsta terapije trebalo da bude jedan od stubova plana liječenja svakog pacijenta.¹⁶¹ Na osnovu iskustva NVO u projektima jačanja ROT u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Kotoru, trošak materijala iznosi u prosjeku euro dnevno po pacijentu, što znači da bi za potpuni angažman svih pacijenata na Odjeljenju mjesečni izdatak bio 572 eura, što ne bi trebalo da je nemoguće obezbijediti. Moguć je i rad sa recikliranim materijalom, što bi svakako umanjilo trošak. Takođe, moguće je ponuditi same pacijente da, ako su u prilici, participiraju u kupovini materijala.

Pacijentima je omogućen boravak na svježem vazduhu u trajanju od najmanje pola sata, a povremeno i duže, posebno kada im dođe posjeta. Kako smo ranije naveli, boravak napolju je uslovljen vremenskim prilikama, imajući u

vidu da odjeljenje nema nastrešnicu. Smatramo da bi pacijentima trebalo obezbijediti duži boravak na vazduhu, po želji.¹⁶² CPT je naglasio da, u principu, svakom pacijentu, treba da bude ponuđeno da najmanje jedan sat boravi na otvorenom, a poželjno i duže, osim ako postoje jasne medicinske kontraindikacije.¹⁶³

Pacijenti su izjavili da su zadovoljni hranom prilikom individualnih razgovora koje smo s njima vodili.

Pohvalno je to što na vratima svake sobe postoji Pravilnik o kućnom redu, na osnovu koga se pacijenti mogu obavijestiti o svojim pravima i obavezama i pravilima rada odjeljenja.

4.5. REGISTRI

U ambulanti srednjeg medicinskog kadra, prema ranije uspostavljenoj praksi postoje sledeći registri:

- 1) *Knjiga terapije.* Ljekari sa odjeljenja vrlo rijetko upisuju tzv. terapiju „po potrebi“ u terapijske liste, te se, samim tim, ona rijetko i aplicira. Uočena su svega tri takva slučaja od početka 2017. godine. U knjizi terapije se svakodnevno na početku smjene upisuje terapija za taj dan za svakog pacijenta ponaosob.
- 2) *Knjiga dežurstva.* Tehničari iz smjene korektno upisuju šta se dešavalo u toku radnog vremena, da bi naredna smjena imala uvid u dešavanja na odjeljenju tokom prethodne smjene.
- 3) *Knjiga praćenja.* Uglavnom se vodi za pacijente za koje se procijeni da su pod rizikom od suicida. Smjenski tehničar je dužan da po nalogu doktora obilazi pacijenta u regularnim intervalima i upisuje u svesku šta je pacijent u tom momentu radio. Pohvalno, postoji svijest o mjerama prevencije suicida na odjeljenju. Ovom prilikom objašnjeno nam je da su, nakon renoviranja, u sobama pacijenata postavljena vrata sa malim staklenim dijelom sa desne strane koji upravo služi za posmatranje pacijenata, pa zato pacijenti često i ne znaju da se nad njima vrši dodatni nadzor.
- 7) *Knjiga fiksacija.* Uvidom u knjigu fiksacije zaključeno je da je tokom 2016. godine jedna osoba bila fiksirana 2h. Tokom 2015. godine fiksacija je primjenjivana 11 puta, od čega 4 puta nad jednom osobom zbog medicinske intervencije (punkcije), na koju je pacijentkinja pristala.

Za razliku od svih ostalih odjeljenja u Bolnici, odjeljenje psihijatrije nema portira na ulazu. Postoji video nadzor u hodnicima i na ulaznim vratima. Srednji medicinski kadar se požalio na problem rada u noćnoj smjeni, kada zavisnici iz grada dolaze na vrata odjeljenja i lupaju tražeći da im se da neka terapija. Smatraju da bi postojanje portira na vratima umanjilo taj problem.

4.6. ZAŠTITA PRAVA PACIJENATA

Na izlazu iz odjeljenja je postavljeno uputstvo o tome na koji način se pacijenti mogu obratiti Zaštitniku prava pacijenata, kojeg je svaka zdravstvena ustanova bila obavezna da ustanovi na osnovu Zakona o pravima pacijenata.

Zakon o pravima pacijenata propisuje da se prigovor Zaštitniku može podnijeti i usmeno (čl. 32), što u istaknutom obavještenju nije naznačeno, pa apelujemo da se ono promijeni u skladu sa zakonom i da se pacijentima omogući neposredno obraćanje Zaštitniku.

Dežurna sestra nas je obavijestila da srednji medicinski kadar pacijentima „nudi pomoć za pisanje prigovora“ i da tokom 2015. i 2016. godine nije bilo podnijetih prigovora.

4.7. PREPORUKE

- a) Zaposliti tri medicinske sestre/tehničara u skladu sa aktom o sistematizaciji.
- b) Obezbijediti materijal kako bi se omogućila redovna primjena radno-okupacione terapije.
- c) Obezbijediti pravo na redovan, dugotrajan boravak pacijenata na svježem vazduhu, u dvorištu, kao i pokriveni prostor kako bi pacijentima bilo omogućeno da borave van odjeljenja i u slučaju vremenskih neprilika. Za ove potrebe obezbijediti stolove i stolice.
- d) Spriječiti neposredan pristup odjeljenju u večernjim satima angažovanjem portira ili na drugi način.
- e) Ispraviti uputstvo u odnosu na način obraćanja Zaštitniku prava pacijenata.

¹⁶² Tačno je i da su nam neki pacijenti s kojima smo razgovarali rekli da izbjegavaju da izlaze da ne bi bili viđeni da su na liječenju. Međutim, onima koji to žele, trebalo bi omogućiti uslove da duže provode vrijeme na vazduhu.

¹⁶³ Report to the Government of Czech Republic, CPT, 2014, op. cit, tačka 155.

DODATAK I



PREGLED NORMATIVNOG OKVIRA I ANALIZA JAVNOG FINANSIRANJA SPECIJALNE BOLNICE ZA PSIHIJATRIJU, KLINIKE ZA PSIHIJATRIJU U OKVIRU KCCG I ODJELJENJA ZA PSIHIJATRIJU U OKVIRU OPŠTE BOLNICE U NIKŠIĆU*

I.1. UVOD

Analiza je izrađena u okviru projektne aktivnosti A 1.4. i obuhvata pregled zakona, podzakonskih akata i osnivačkih akata na osnovu kojih su osnovane psihijatrijske ustanove i koji se primjenjuju u njihovom radu. Takođe, data je analiza javnog finansiranja ovih ustanova.

Zajedničko za sve tri ustanove je da ih je osnovala država, koja ih finansira, kao i da zdravstvene usluge pružaju neprekidno u okviru javnog zdravstvenog sistema pod okriljem Ministarstva zdravlja.

I.2. NORMATIVNI OKVIR

I.2.1. Opšti propisi

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti¹⁶⁴ je propisano da zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, kao i drugi subjekti koji pružaju zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonom (čl. 23). Zdravstvena djelatnost se obavlja na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite (čl. 24).

U zdravstvenim ustanovama rade zdravstveni radnici – lica koja imaju završeno formalno obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno pružaju zdravstvenu zaštitu građanima (čl. 87) i zdravstveni saradnici – lica koja nemaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i učestvuju u obavljanju zdravstvene djelatnosti, kao i lica koja su završila stručno usavršavanje (čl. 88, st. 1).

Zakonom o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica¹⁶⁵ uređuje se način obezbjeđivanja zaštite i ostvarivanja prava mentalno oboljelih lica, organizovanje i sprovođenje zaštite, kao i stvaranje uslova za primjenu mjera zaštite tih lica od diskriminacije (čl. 1). Njime se konkretno uređuje ostvarivanje zaštite mentalno oboljelih lica, ostvarivanje prava mentalno oboljelih lica i lica koja sprovode njihovu zaštitu i liječenje, smještaj mentalno oboljelih lica u psihijatrijsku ustanovu, primjena fizičke sile, izolacije i ograničenja u zaštiti mentalno oboljelih lica, kao i kontrola zaštite i ostvarivanja prava mentalno oboljelih lica. Ovaj Zakon je potrebno hitno usaglasiti sa UN Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, kako je navedeno na str. 27 izvještaja.

Zakonom o vanparničnom postupku¹⁶⁶ propisuju se postupci oduzimanja i vraćanja poslovne sposobnosti i prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu (čl. 44–53). I ovaj Zakon je potrebno uskladiti sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, detaljnije na str. 27.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju¹⁶⁷ su propisani uslovi i način ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja, kao i prava i obaveze osiguranika i drugih lica.

Zakon o zdravstvenoj inspekciji¹⁶⁸ uređuje nadzor nad primjenom zakona i drugih propisa u oblasti zdravstvene zaštite (čl. 1). Navedeni zakon propisuje ovlašćenja i obaveze inspektora, kao i način postupanja kada je utvrđena povreda zakona i drugih propisa od strane zdravstvene ustanove ili zdravstvenog radnika.

Zakonikom o krivičnom postupku¹⁶⁹ je propisano izricanje mjera bezbjednosti obaveznog liječenja alkoholičara ili obaveznog liječenja narkomana, odnosno obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi,

* Autorka ovog poglavlja je Mirjana Radović iz Akcije za ljudska prava, koordinatorka projekta.

164 Sl. list CG, br. 3/2016.

165 Sl. list CG, br. 32/2005. i Službeni list CG, br. 27/2013.

166 Sl. list CG, br. 27/2006. i Službeni list CG, br. 20/2015.

167 Sl. list CG, br. 4/2016.

168 Sl. list CG, br. 79/2008.

169 Sl. list CG, br. 57/09, 49/10, 47/14, 02/15, 35/15 i 58/15.

odnosno obaveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi. Ovaj Zakonik je potrebno uskladiti sa preporukama CPT u odnosu na ispitivanje mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.

1.2.1.1. SPECIJALNA BOLNICA

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Specijalna bolnica je zdravstvena ustanova koja obavlja dijagnostiku, liječenje, medicinsku rehabilitaciju i zdravstvenu njegu za određene vrste bolesti za teritoriju Crne Gore (čl. 40).

Od kada je počela sa radom 1953. godine, Specijalna psihijatrijska bolnica u Kotoru predstavlja glavnu ustanovu u okviru psihijatrijske zdravstvene djelatnosti u Crnoj Gori za stacioniranje, zbrinjavanje, liječenje i rehabilitaciju zdravlja mentalno oboljelih lica.¹⁷⁰

Liječenje u bolnici se obavlja na osnovu dobrovoljne hospitalizacije i pristanka na tretman ili prisilnim smještajem u Bolnicu na osnovu psihijatrijske procjene i rješenja nadležnog suda.

Posebnu kategoriju pacijenata predstavljaju tzv. sudski ili forenzički pacijenti, kojima je sud izrekao mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi odn. mjera bezbjednosti obaveznog liječenja narkomana ili alkoholičara (u skladu sa Zakonikom o krivičnom postupku).

Rad bolnice je uređen Statutom.

1.2.1.2. KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU U OKVIRU KLINIČKOG CENTRA CRNE GORE

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, klinika je zdravstvena ustanova ili dio zdravstvene ustanove na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite koja obavlja djelatnosti bolničke, specijalističko-konsultativne i konzilijarne zdravstvene zaštite, kao i najsloženije oblike zdravstvene zaštite za djelatnosti iz određene grane medicine, odnosno stomatologije (čl. 45 Zakona o zdravstvenoj zaštiti).

Statutom Kliničkog centra se uređuje djelatnost, organizacija i način rada, upravljanje i rukovođenje, planiranje rada i razvoja, finansiranje, djelokrug rada direktora i Odbora direktora, drugih stručnih i savjetodavnih tijela, način odlučivanja kao i druga pitanja od značaja za rad i poslovanje Kliničkog centra (član 1). Klinika za psihijatriju je organizaciona jedinica Kliničkog centra (član 27), koja se sastoji od odjeljenja za psihoze, neuroze, toksikomaniju sa jedinicom intezivnog liječenja, odjeljenja adolescentne psihijatrije i dnevne bolnice (član 28).

Pravilnikom o kućnom redu propisuju se pravila o uslovima boravka i ponašanja – kućnog reda Kliničkog centra Crne Gore kojim se uređuje organizovanje rada, prijem i smještaj bolesnika, njega i liječenje bolesnika, ostvarivanje prava bolesnika, ishrana, posjete bolesnicima, obaveze bolesnika i ponašanja u održavanju higijene, otpust bolesnika i postupak sa umrlim licima (član 1).

1.2.1.3. ODJELJENJE ZA PSIHIJATRIJU OPŠTE BOLNICE U NIKŠIĆU

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti opšta bolnica obavlja najmanje djelatnosti hirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i akušerstva za koje obrazuje odjeljenja (čl.39, st. 1). Opšta bolnica je dužna da obezbijedi uslove za zbrinjavanje bolesnika sa akutnim zaraznim bolestima i akutnim psihijatrijskim stanjima (čl. 39, st. 4).

Statutom JU zdravstvene ustanove Opšte bolnice Nikšić propisuje se da je Opšta bolnica referentni centar sekundarne zdravstvene zaštite koji pruža usluge (i) iz psihijatrije (član 8). Odjeljenje psihijatrije je podijeljeno na odsijeka za organizaciju odjeljenja i psihijatriju, kao i ordinaciju (ambulantu) psihijatrije (član 10).

Statutom je propisano da Opšta bolnica stiče sredstva za obavljanje djelatnosti iz budžeta Crne Gore odnosno Fonda za zdravstveno osiguranje, neposredno od korisnika usluga, prodajom usluga na tržištu, iz sredstava domaćih i stranih pravnih i fizičkih lica, pod uslovima određenim Zakonom, aktom o osnivanju i Statutom, iz sredstava dobrovoljnog osiguranja, od zakupa prostora i medicinsko-tehničke opreme, donacija i dotacija i iz drugih izvora (član 28). Ova sredstva se raspoređuju u skladu sa finansijskim planom koji donosi direktor, koji na kraju godine i usvaja finansijske izvještaje (član 30).

1.3. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

1.3.1. Opšte informacije

Finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori je zasnovano na principima tzv. Bizmarkovog socijalnog zdravstvenog osiguranja, koje se finansira iz doprinosa prema kategorijama koje su zakonski definisane. Prema poslednjim dostupnim podacima preko 95% stanovništva Crne Gore je obuhvaćeno ovim osiguranjem.¹⁷¹

¹⁷⁰ Više na: http://psihijatrijakotor.me/mn/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=101.

¹⁷¹ Master plan razvoja zdravstva Crne Gore 2015 – 2020, Ministarstvo zdravlja, str. 20. Preostalih oko 5% stanovništva čine uglavnom Romi i Egipćani koji nemaju regulisano pravo na zdravstvenu zaštitu. Međutim, Uredbom o načinu ostvarivanja zdravstvene zaštite stranaca/

Nedostajuća sredstva za funkcionisanje zdravstvenog sistema i potrebe zdravstvene zaštite obezbjeđuju se iz budžeta države. Ova sredstva se odnose na isplatu zarada zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama, kao i za finansiranje djelatnosti Ministarstva zdravlja.

Neznatna dodatna sredstva za finansiranje zdravstvene zaštite u Crnoj Gori se dobijaju iz ličnog učešća korisnika zdravstvene zaštite (participacija), sredstava drugih plaćanja i sredstava iz donacija.¹⁷²

Prema izvještaju Evropskog zdravstvenog potrošačkog indeksa (EHCI)¹⁷³ za 2015. godinu, koji je objavljen početkom januara 2016, Crna Gora se nalazila na posljednjem mjestu na listi od 35 evropskih zdravstvenih sistema, tj. imala je najlošiji zdravstveni sistem. U izvještaju je navedeno i da je Crna Gora „zemlja koja ima samo 650.000 stanovnika, zbog čega bi reforme mogle veoma brzo da se sprovedu.“¹⁷⁴ U 2016. godini, Crna Gora je napredovala za jedno mjesto, pa je rangirana kao pretposlednja (poslednja je bila Rumunija).¹⁷⁵

Ovu činjenicu treba sagledati u okolnostima da se, prema poslednjim analizama Svjetske banke za 2014. godinu¹⁷⁶ u Crnoj Gori za zdravstvo ukupno izdvajalo 458 dolara po glavi stanovnika, što je više nego u Albaniji (272 dolara) ili Makedoniji (354), koje su se prema EHCI našle na 33, odnosno 18. mjestu.

Ministarstvo zdravlja je, reagujući na izvještaj EHCI, kazalo da im „nijesu uhvatili muštuluk.“¹⁷⁷ U saopštenju se navodi i da je ministarstvo: „prepoznalo probleme u smislu neefikasnosti, neracionalnosti, prekomjerne upotrebe lijekova, velikog broja upućivanja pacijenata na liječenje van Crne Gore, ogromnih troškova za bolovanja... Zato je Ministarstvo zdravlja, na zahtjev Vlade Crne Gore i prateći politiku Vlade iz te oblasti donijelo i Master plan razvoja zdravstva 2015–2020 i Strukturne reforme, sa Akcionim planom za period 2015–2017.godina, kao i druge strateške dokumente, u cilju daljeg unapređenja kvaliteta, efikasnosti i sigurnosti zdravstvene zaštite i prevazilaženja prepoznatih problema.“

U Master planu se navodi: „(i)ako reformski procesi traju duže od 10 godina, sistem zdravstva se još uvijek suočava sa mnogobrojnim problemima, počev od optimizacije mreže zdravstvenih ustanova i decentralizacije u upravljanju, pa do racionalnog finansiranja inače skupog sistema zdravstvene zaštite. Prioritetni problemi vezani za organizaciju i funkcionisanje sistema zdravstva zavise od niza faktora koji su vezani za tehničke (kadar, oprema, prostor) i tehnološke performanse sistema (vještina i znanja pružaoca zdravstvene zaštite, standardizovane procedure), stalno unapređenje zakonske regulative, upravljanje sistemom zdravstvene zaštite na različitim nivoima (menadžment, liderstvo, zastupanje za zdravlje), saradnju zdravstvenog i drugih sektora (socijalno staranje, obrazovanje, održivi razvoj, turizam, ekonomija, pravda, itd.) i prilagodljivost zdravstvenog sistema na promjene (upravljanje promjenama).“¹⁷⁸

Zakonom o budžetu Crne Gore za 2016. godinu Fondu za zdravstveno osiguranje opredijeljena su sredstva za 2016. godinu u iznosu od 181.208.059,81 eura za pet programa. Odlukom o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje, zdravstvenim institucijama za 2016. godinu su opredijeljena sredstva u iznosu od 150.890.523,36€.

Iznosi su opredijeljeni za zdravstvene ustanove kako slijedi:

- Specijalna bolnica za psihijatriju u Kotoru – 2.342.800,00€;
- Klinički centar CG – 46.065.053.36€
- Opšta bolnica Nikšić – 5.905.690,00€;

kinja obezbjeđeno je da su Romi i Egipćani izjednačeni sa ostalim osiguranicima tako da faktički, iako bez osiguranja, nemaju prepreka za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu. Detaljnije vidi na: <http://www.mmp.gov.me/vijesti/173823/Preventivne-akcije-zdravstvenih-pregleda-u-Danilovgradu-i-Beranama-za-pripadnice-ranjivih-drustvenih-grupa.html>.

172 Isto.

173 Evropski zdravstveni potrošački indeks (EHCI) analizira nacionalne zdravstvene sisteme na osnovu 48 indikatora, koji uključuju oblasti kao što su prava i obavještenost pacijenata, pristup zdravstvenoj zaštiti, ishodi liječenja, obim i područje usluga, prevencija i korišćenje farmaceutskih proizvoda.

174 Vidi str. 17 Izvještaja *Euro Health Consumer Index 2015*. Izvještaj dostupan na: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf.

175 Vidi str. 30 izvještaja *Euro Health Consumer Index 2016 Report*. Izvještaj dostupan na: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf.

176 Više informacija dostupno na: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>.

177 Saopštenje Ministarstva zdravlja je dostupno na: <http://www.gov.me/naslovna/vijesti-iz-ministarstava/157069/SAOPSTENJE-Izvjestaj-Evropskog-zdravstvenog-potrosackog-indeksa.html?alphabet=lat>.

178 Master plan razvoja zdravstva Crne Gore 2015 – 2020, Ministarstvo zdravlja, str. 32.

I.3.2. Finsiranje Specijalne bolnice

I.3.2.1. OPŠTA OCJENA

Specijalna bolnica za psihijatriju u Kotoru („Bolnica“) je primorana da nastavi da u potpunosti snosi troškove angažovanja obezbjeđenja sudskog odjeljenja, što dodatno opterećuje njen ionako nedovoljni ukupni budžet. Ovakva praksa je nastavljena uprkos preporuci da sudsko odjeljenje bude izmješteno iz kruga Bolnice, a da se u međuvremenu Vlada obezbijedi odgovarajuća sredstva za njegov rad, prvenstveno za neophodne troškove obezbjeđenja.¹⁷⁹

Usled ovakve raspodjele sredstava trpe druga bolnička odjeljenja, jer se neizbježni materijalni troškovi moraju pokrивati iz drugih budžetskih stavki tj. na uštrb popravki, renoviranja i sl, koje se ne mogu izvršiti.

Usled nedostatka sredstava, Bolnici nije omogućeno da zaposli nedostajući srednji medicinski kadar, u skladu sa usvojenim aktom o sistematizaciji.

I.3.2.2. FINANSIRANJE IZ BUDŽETA

Za finansiranje rada Bolnice predviđeno je ukupno 2.342.800 eura za 2016. godinu.

Najvećim dijelom bužeta (oko 74%) finansirane su bruto plate i ostala lična primanja. Ostatak sredstava je utrošen za lijekove, materijalne troškove i za investicije.

Za ukupne materijalne troškove (za sva odjeljenja) za 2016. godinu, Bolnica je mjesečno u prosjeku raspolagala sa 40.750 eura. Od navedenog iznosa koji je opredijeljen za ukupne materijalne troškove, plaćalo se i obezbjeđenje sudskog odjeljenja. Materijalni troškovi, u navedenom mjesečnom iznosu nijesu bili dovoljni za finansiranje tekućih potreba (kupovinu hrane, sredstava za higijenu, tehničko održavanje i potrošni materijal, sitan inventar, troškove za grijanje gorivo i druge troškove) i pokrivanje troškova obezbjeđenja. Troškovi obezbjeđenja na mjesečnom nivou su iznosili 3.619, eura mjesečno za prvih 9 mjeseci 2016. godine, a za mjesec oktobar, novembar i decembar 2016. mjesečni troškovi su iznosili po 4.787€, zbog dodatnog angažovanja jednog radnika obezbjeđenja, odnosno ukupno za 2016. godinu 47.023 eura.

Bolnica je na kraju godine bila u minusu 30.000 eura, jer je toliko iznosila razlika između opredijeljene sume za materijalne troškove i stvarne sume koju je platila Bolnica na ime ovih troškova (uključujući i troškove obezbjeđenja). Ovu razliku je platio Fond za zdravstveno osiguranje u decembru 2016. godine (na osnovu rebalansa budžeta).

I.3.2.2. DONACIJE

U prethodne dvije godine (od januara 2015 do novembra 2016), Bolnica je primila dvije donacije i to:

- a) u iznosu od 61.736€ od Ambasade Japana koja je iskorišćena za opremanje kuhinje, vešeraja, nabavku 5 EKG aparata i sanitetskog vozila za potrebe Bolnice;
- b) u iznosu od 48.688,90 eura, od Ministarstva finansija u okviru projekta „Budi odgovoran. Od tebe zavisi. Siva ekonomija 0%“, za izgradnju i opremanje Dnevne bolnice u decembru 2015. Završetak radova se očekuje u septembru 2017. godine.

I.3.3. Finansiranje Klinike

I.3.3.1. OPŠTA OCJENA

Iako i dalje važi zaključak da se, usled nedostatka sredstava, Klinika nalazi u veoma lošim materijalnim uslovima u objektu starom više od 40 godina, u izvještajnom periodu je u adaptaciju Klinike uloženo iznos od 46.000 eura koji je opredijeljen za građevinske investicije (detaljnije u nastavku).

I.3.3.2. FINANSIRANJE IZ BUDŽETA

Kliničkom Centru je odlukom o rasporedu sredstava Fonda za zdravstveno osiguranje po zdravstvenim ustanovama za 2016. godinu opredijeljen iznos od 46.065.053 eura. Iz ove sume su finansirane stavke: bruto zarade i ostala lična primanja zaposlenih, materijalni troškovi, te lijekovi i medicinska sredstva, kao i kapitalne investicije.¹⁸⁰

Samo za kapitalne investicije je bilo opredijeljeno 230.000 eura, od kojih je 160.000 eura opredijeljeno za nabavku opreme, a ostatak od 70.000 za građevinske objekte. Od navedenog iznosa za građevinske investicije za Kliniku za psihijatriju opredijeljen je iznos od cca 46.000 eura, koji je utrošen kako je i planirano (vidi izvještaj, str. 64)

¹⁷⁹ Vidjeti preporuku 4 u izvještaju *Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama*, str. 53. Izvještaj dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_Dobrota_CG.pdf.

¹⁸⁰ Odgovor KCCG na zahtjev za slobodni pristup informacijama br. 03/01–19251 od 25.10.2016. godine.

I.3.3.3. DONACIJE

U izvještajnom periodu Klinika nije imala donacija.

I.3.4. Finansiranje Odjeljenja

I.3.4.1. OPŠTA OCJENA

Renoviranje, adaptacija i opremanje Odjeljenja u iznosu od 149.583,33 eura izvršeno je, gotovo isključivo (99,68%), na osnovu privatne donacija koju je dobila JZU Opšta bolnica Nikšić.

I.3.4.2. FINANSIRANJE IZ BUDŽETA

Za rad Opšte bolnice u Nikšiću u 2016. godini, opredijeljen je iznos od 5.905.690,00€. Zahvaljujući pomenutoj donaciji, od tog ukupnog iznosa u poboljšavanje materijalnih uslova na Odjeljenju je investirano samo 473 eura.

I.3.4.3. DONACIJE

U periodu od 1.1.2015. do 31.12.2016. JZU Opšta bolnica Nikšić je investirala 149.110,33 eura donacija u adaptaciju i opremanje Odjeljenja za psihijatriju što se značajno odrazilo na poboljšanje materijalnih uslova na Odjeljenju, detaljnije vidjeti str. 56.

I.4. ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Iako je reforma zdravstvenog sistema započeta još 2004. godine, crnogorski sistem zdravstva se još uvijek suočava sa mnogobrojnim problemima, počev od neravnomjerno opterećene mreže zdravstvenih ustanova, preko centralističkog upravljanja, do problema finansiranja skupog sistema zdravstvene zaštite, koji ne daje rezultate srazmjerne ulozenim finansijama.

U odnosu na posmatrane ustanove za psihijatriju, materijalni uslovi na Odjeljenju u Nikšiću su postali veoma dobri zahvaljujući privatnoj donaciji, dok se Bolnica i Klinika nalaze u mnogo lošijim materijalnim uslovima jer se, po pravilu, finansiraju samo iz budžetskih sredstava.

Pored loših materijalnih uslova, Bolnica je posebno opterećena nedostatkom srednjeg medicinskog osoblja, i opterećenjem finansiranja čuvara za Sudsko odjeljenje, što onemogućava neophodne investicije u renoviranje Bolnice.

Preporuke za Ministarstvo zdravlja:

1. Riješiti stabilno finansiranje Bolnice potpunim pokrićem materijalnih troškova iz budžeta, odnosno Fonda zdravstva Crne Gore;
2. osloboditi Bolnicu troškova finansiranja obezbeđenja Sudskog odeljenja.
3. obezbijediti sredstva kako bi se posebno u Bolnici, ali i na Odjeljenju Opšte bolnice u Nikšiću zaposlio nedostajući kadar u skladu sa aktima o sistematizaciji;¹⁸¹
4. izdvojiti sredstva koja su neophodna da bi se unaprijedili materijalni uslovi na Klinici do izgradnje novog objekta.¹⁸²

¹⁸¹ Vidi str. 35 i 60.

¹⁸² Detaljno obrazloženje vidjeti u izvještaju, str. 65.

DODATAK II



PRISILNI PSIHIJATRIJSKI SMJEŠTAJ I PRISILNO PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE: MEĐUNARODNI STANDARDI I OCJENA CRNOGORSKIH ZAKONA*

II.1. UVOD

Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom (u daljem tekstu: Konvencija), koja je stupila na snagu u maju 2008. godine, predstavlja prekretnicu u razvoju prava osoba sa invaliditetom. Crna Gora je ratifikovala ovu konvenciju u novembru 2009. godine¹⁸³ i tako preuzela obavezu poštovanja principa zabrane diskriminacije, poštovanja autonomije i uključenosti osoba sa invaliditetom. Na ovaj način, Crna Gora je priznala evoluciju međunarodnog prava koje pravima osoba sa invaliditetom garantuje jednaka prava kao ostalima.

Prisilno smještanje u institucije i prisilno liječenje osoba sa intelektualnim i psihosocijalnim invaliditetom može da utiče na njihova osnovna prava, uključujući pravo na slobodu, na integritet, zabranu mučenja i zlostavljanja. Ovom problemu se često pristupa na način koji odražava „medicinski model“ invaliditeta, bez prihvatanja promjene paradigme koju zahtjeva Konvencija. Upravo zbog toga treba obratiti pažnju na garancije propisane Konvencijom, koje treba da ograniče neprimjereno miješanje u ova prava, istovremeno pozivajući da sve osobe sa invaliditetom budu tretirane na ravnopravnoj osnovi sa drugima. Konvencija treba da bude osnov za uspostavljanje domaćih standarda, pri čemu treba imati u vidu da ona nadmašuje druge nacionalne, regionalne i međunarodne standarde u ovoj oblasti.

Konvencija je široko prihvaćena u svijetu i predstavlja moderno tumačenje ljudskih prava osoba sa invaliditetom, i kao takvu bi je trebalo koristiti za tumačenje i drugih izvora međunarodnog prava ljudskih prava.

Specijalni izvjestilac UN za torturu je, u svom izvještaju o invaliditetu i mučenju iz 2008. godine, upotpunio tumačenje Konvencije drugim instrumentima ljudskih prava o zabrani mučenja i zlostavljanja pružanjem autoritativnih smjernica. Na primjer, član 3 Konvencije proglašava princip poštovanja individualne autonomije osoba sa invaliditetom i slobodu izbora. Dalje, član 12 prepoznaje njihovo jednako pravo da uživaju poslovnu sposobnost u svim oblastima života, kao što je odlučivanje o tome gdje će živjeti i da li će prihvatiti liječenje. Pored toga, član 25 priznaje da se medicinska pomoć osobama sa invaliditetom mora zasnivati na njihovoj informisanosti i saglasnosti. Stoga, u slučaju ranijih neobavezujućih standarda, kao što su Principi za zaštitu osoba sa mentalnim oboljenjima iz 1991. godine i za poboljšanje mentalnog zdravlja (rezolucija 46/119, aneks, poznati kao principi MI), Specijalni izvjestilac UN je napomenuo da je prihvatanje nečovječnog liječenja i prisilnog zatvaranja suprotno odredbama Konvencije.¹⁸⁴

Zbog svega navedenog, u ovom radu ćemo razmatrati prisilni smještaj i prisilno liječenje pozivajući se na Konvenciju kao ključni dokument. Međutim, imajući u vidu postojeće zakonodavstvo, politiku i praksu u Crnoj Gori, u ovom radu će se dati opis relevantnih standarda Međunarodnog suda za ljudska prava i Savjeta Evrope, kao i kako se prava garantovana navedenim standardima mogu pravilno tumačiti i u okviru Konvencije. I na kraju, pružićemo ocjenu relevantnih crnogorskih zakonskih rješenja, preporuke za dalje korake koji su potrebni da se preuzmu da bi se obezbijedilo da osobe sa invaliditetom budu u potpunosti poštovane.

II.2. KONVENCIJA O PRAVIMA OSOBA SA INVALIDITETOM – STANDARDI

Standardi Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom primjenjuju se na sve osobe sa invaliditetom, imajući u vidu, kako je objašnjeno u članu 1, da „osobe sa invaliditetom obuhvataju osobe koje imaju dugoročna fizička, mentalna, intelektualna ili senzorna oštećenja koja u sadejstvu sa različitim barijerama mogu otežati puno i efektivno učešće svih osoba u društvu na osnovu jednakosti sa drugima.“ Štaviše, invaliditet je „koncept koji se razvija“

* Autorka ovog poglavlja je Oana Gîrlescu, saradnica Mental Disability Advocacy Center (MDAC).

183 Zakon o ratifikaciji Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima lica sa invaliditetom sa Opcionim protokolom, *Sl. list CG – Međunarodni ugovori*, br. 2/2009 od 27.7.2009. godine.

184 UN Specijalni izvjestilac o mučenju (2008), paragraf 44.

i sastoji se od interakcije između oštećenja i društvenih barijera. Stoga se standardi iz Konvencije primjenjuju jednako na sve ljude sa psihosocijalnim invaliditetom.

II.2.1. Smještanje u psihijatrijske ustanove

Konvencija zabranjuje prisilni smještaj na osnovu invalidnosti. Kao takva, ona zahtjeva od država da ukinu diskriminatorne zakone koji omogućavaju prisilno smještanje u psihijatrijsku ustanovu. Najrelevantnija odredba u vezi sa prisilnim smještajem je član 14, koji glasi:

Član 14 – Sloboda i sigurnost osoba

„Države potpisnice će osigurati da osobe sa invaliditetom, na osnovu jednakosti sa drugima:

(a) Uživaju pravo na slobodu i sigurnost ličnosti;

(b) Ne bivaju nezakonito ili arbitrarno lišene slobode, da svako lišavanje slobode bude u skladu sa zakonom, a da postojanje invalidnosti ni u kom slučaju ne služi kao osnov za lišavanje slobode. [...]

Ovo znači da bi lišavanje slobode zasnovano na postojanju invaliditeta – uključujući mentalna oboljenja – bilo u suprotnosti sa Konvencijom i diskriminirajuće. Prisilno smještanje u psihijatrijsku ustanovu predstavlja lišavanje slobode, jer podrazumijeva smještanje protiv volje osobe, ne dozvoljavajući osobi da napusti ustanovu kada to poželi. Zbog toga je prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu nezakonit u smislu člana 14 Konvencije.

Ovu zabranu prisilnog zatvaranja jasno je definisao Komitet za prava osoba sa invaliditetom (u daljem tekstu: Komitet), tijelo UN-a zaduženo za nadgledanje primjene Konvencije, koji je saopštio da član 14 postoji „kako bi se osiguralo da sve osobe, sa svim oblicima invaliditeta, uživaju pravo na slobodu i bezbjednost i da nijedna osoba ne bude lišena poslovne sposobnosti na osnovu invaliditeta”.¹⁸⁵ Komitet je takođe objasnio da države ugovornice treba da „ukinu sve zakone koji dozvoljavaju institucionalizaciju ili lišavanje slobode osobe sa bilo kojim oblikom invaliditeta”¹⁸⁶ i naglasio da države treba da „preispitaju zakone koji omogućavaju lišenje slobode po osnovu invaliditeta, uključujući i psihosocijalni ili intelektualni invaliditet; ukinu odredbe kojima se dozvoljava prisilno zatvaranje vezano za očiglednu ili dijagnostifikovanu invalidnost, i usvoje mjere da bi se osiguralo da sve zdravstvene usluge, uključujući usluge za zaštitu mentalnog zdravlja, budu zasnovane na informisanoj saglasnosti osobe”.¹⁸⁷

Osim toga, u smjernicama o članu 14, Komitet navodi: „Komitet je utvrdio da član 14 ne dozvoljava izuzetke u kojima se lica mogu zadržati na osnovu njihovog stvarnog ili uočenog oštećenja. Međutim, zakonodavstvo nekoliko država članica, uključujući i zakone o mentalnom zdravlju, još uvijek omogućava slučajeve u kojima se lica mogu zadržati na osnovu njihovog stvarnog ili uočenog oštećenja, pod uslovom da postoje drugi razlozi za njihov pritvor, uključujući i to da se oni smatraju opasnim za sebe ili druge. Ova praksa je u suprotnosti sa članom 14; ona je diskriminatorna po prirodi i predstavlja proizvoljno lišenje slobode”.¹⁸⁸ Iako ove smjernice nemaju isti status kao i Opšti komentari ugovornih tijela UN, kao što je Komitet, i nemaju isti stepen uvažavanja kada se tumače članovi Konvencije, oni nude važnu osnovu za tumačenje Konvencije.

Kancelarija Visokog komesara za ljudska prava UN (OHCHR) smatra da „nezakonito zatvaranje obuhvata i situacije u kojima je lišavanje slobode utemeljeno u kombinaciji mentalne ili intelektualne invalidnosti i drugih elemenata, kao što je opasnost ili briga i liječenje. Pošto su takve mjere djelimično opravdane invaliditetom osobe, one se smatraju diskriminatornim i krše zabranu lišavanja slobode zbog invaliditeta, kao i pravo na uživanje lične slobode na jednakoj osnovi sa drugima, propisanu članom 14 Konvencije.”¹⁸⁹

OHCHR objašnjava da se „[član 14] [...] ne treba tumačiti u smislu da osobe sa invaliditetom ne mogu biti zakonito podvrgnute pritvoru u cilju njege i liječenja ili preventivnom pritvoru, već da pravni osnov za ograničenje slobode mora biti razdvojen od invaliditeta i neutralno definisan kako bi mogao da se primijeni na sva lica na ravnoj osnovi.”¹⁹⁰

Takođe je od značaja da se naglasi veza između lišavanja poslovne sposobnosti i prisilnog smještaja. U članu 12, Konvencija utvrđuje pravo osoba sa invaliditetom da budu priznate pred zakonom na ravnopravnoj osnovi sa dru-

185 Vidi zaključna razmatranja Komiteta za prava osoba sa invaliditetom u vezi nekoliko država koje su bile predmet razmatranja ovog Komiteta: Belgija: UN Komitet za prava osoba sa invaliditetom (2010c), Njemačka: UN, Komitet za prava osoba sa invaliditetom (2011e) i Ujedinjeno Kraljevstvo: UN, Komitet za prava osoba sa invaliditetom (2011g) i Komitet za prava osoba sa invaliditetom (2015). Smjernice za član 14 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, *Pravo na slobodu i sigurnost osoba sa invaliditetom*, na engleskom jeziku dostupne na: https://www.google.ro/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjD4MT9o7rUAhVD1xQKHfzVBh-kQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2FDocuments%2FHRBodies%2FICRPD%2F2FGC%2F2FGuidelinesArticle14.doc&usq=AFQj-CNGJjsG-3kgS2xRlPeByJ0y9kbsqRw&sig2=n_KR0Qmyg5ZRxB1VL4hRvw.

186 Izvještaj *Sprovođenje Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom kroz međunarodnu saradnju*, Komitet za prava osoba sa invaliditetom (2011a) paragraf 24. Ovo isto mišljenje je ponovo uspostavljeno u zaključnim zapažanjima koje je Komitet izdao u odnosu na različite države, uključujući Tunis (2011) i Španiju (2011).

187 Vidi, na primjer, zaključna zapažanja Komiteta za Španiju (2011), paragraf 36.

188 Smjernice za član 14 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom: *Pravo na slobodu i sigurnost osoba sa invaliditetom*, usvojene na 14 sjednici Komiteta u septembru 2015, paragraf 6.

189 Godišnji izvještaj Kancelarije Visokog komesara Ujedinjenih nacija za ljudska prava (2009), paragraf 48; vidi i: Schulze, M. (2010), paragraf 96.

190 Godišnji izvještaj Kancelarije Visokog komesara Ujedinjenih nacija za ljudska prava (2009), paragraf 49.

gima. Konvencija zahtijeva od država ugovornica da priznaju da osobe sa invaliditetom uživaju poslovnu sposobnost na ravnopravnoj osnovi sa drugima u svim aspektima života i naglašava da države moraju preduzeti odgovarajuće mjere kako bi se osobama sa invaliditetom omogućio pristup podršci koju mogu zahtijevati radi ostvarivanja poslovne sposobnosti (član 12 (3)), sa naglaskom na značaj poštovanja volje i želje dotične osobe (član 12 (4)).

Ovo je važno u odnosu na smještaj u psihijatrijske ili socijalne ustanove. To se pretvara u zabranu prisilnog smještaja na osnovu invaliditeta, s obzirom na to da ovo odstupa od izražene volje i želje osobe koja je pritvorena. To takođe znači da, prema Konvenciji, niko ne može dati saglasnost za smještaj u psihijatrijsku ustanovu u ime osobe o čijem smještaju se odlučuje. Ono što je važno jeste da li je ili nije dotična osoba dala svoju direktnu saglasnost za smještaj u institucionalnom okruženju. Iz toga slijedi da „saglasnost“ koju pružaju staratelj, rođak, prijatelj ili supružnik nije dovoljna.

II.2.2. Prisilno liječenje

Konvencija zabranjuje prisilno liječenje kroz nekoliko odredbi. Član 12 sadrži pravo na poslovnu sposobnost osoba sa invaliditetom na osnovu jednakosti sa drugima. Ovo uključuje pravo na donošenje odluka u svim oblastima života, uključujući medicinski tretman, i pravo na pristup u pružanju podrške u ostvarivanju prava.

Član 25 Konvencije garantuje licima sa invaliditetom pravo na najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja. Član 25 (d) se posebno odnosi na obavezu država da osiguraju da zdravstveni radnici vode brigu o osobama sa invaliditetom na osnovu slobodne i informisane saglasnosti. Član 25 (d) na taj način obuhvata ključne koncepte ljudskih prava, dostojanstva i autonomije i daje značaj ovim načelima zahtijevajući da se medicinski tretmani pružaju na osnovu slobodne i informisane saglasnosti.

Opšti komentar br. 1 Komiteta pruža jasne smjernice državama o ovom pitanju:

*„Pravo na uživanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda (član 25) obuhvata pravo na zdravstvenu njegu na osnovu slobodnog i informisanog pristanka. Države strane ugovornice imaju obavezu da zahtijevaju od svih zdravstvenih i medicinskih profesionalaca (uključujući psihijatrijske profesionalce) da dobiju slobodan i informisan pristanak od osoba sa invaliditetom svake intervencije. U kombinaciji sa pravom na poslovnu sposobnost na jednakoj osnovi sa drugima, države strane ugovornice imaju obavezu da ne dozvole onima koji donose odluke umjesto nosioca prava da obezbijede pristanak u ime osoba sa invaliditetom.“*¹⁹¹

U vezi sa prisilnim liječenjem, Komitet je istakao i sljedeće:

*„Kao što je navedeno u nekoliko zaključnih razmatranja, prisilno liječenje od strane psihijatrijskih i drugih medicinskih stručnjaka predstavlja kršenje prava na ravnopravno priznanje pred zakonom i povredu prava na lični integritet (član 17), slobodu od mučenja (član 15), i slobodu od nasilja, eksploatacije i zlostavljanja (član 16). Ova praksa negira poslovnu sposobnost osobe da bira liječenje i stoga predstavlja kršenje člana 12 Konvencije. [...] Države moraju ukinuti politiku i zakonske odredbe koje dozvoljavaju ili vrše prisilno liječenje, pošto to predstavlja stalno kršenje zakona o mentalnom zdravlju koji se primjenjuju širom svijeta, uprkos empirijskim dokazima koji ukazuju na njegov nedostatak djelotvornosti i stavove ljudi koji koriste sisteme mentalnog zdravlja, a koji su doživjeli duboke bolove i traume kao rezultat prisilnog liječenja.“*¹⁹²

Da bi se utvrdilo da li se liječenje vrši prisilno ili dobrovoljno, element koji treba posmatrati je neposredna saglasnost uključene osobe. Pojam slobodne i informisane saglasnosti je u fokusu *razvijanja pravnih* standarda na nivou Ujedinjenih nacija (UN), posebno u okviru Konvencije.

Huan Mendez je, za vrijeme svog mandata Specijalnog izvjestioca UN-a o mučenju, iznio niz važnih zapažanja na ovu temu. On je naveo da zloupotreba psihijatrijskog liječenja „zahtijeva veću pažnju“¹⁹³, zato što se „u ustanovama, kao i u kontekstu prisilnog vanbolničkog liječenja, psihijatrijski lijekovi, uključujući neuroleptike i druge lijekove koji mijenjaju stanje svijesti, mogu davati osobama sa mentalnim invaliditetom bez njihove slobodne i informisane saglasnosti ili protiv njihove volje, pod prisilom ili kao oblik kažnjavanja“¹⁹⁴. Takođe je istakao da mnogi psihijatrijski lijekovi mogu imati ozbiljne neželjene efekte kao što su „trzanje, drhtanje i kontrakcije i učiniti subjekt apatičnim i umanjiti njegovu ili njenu inteligenciju“.¹⁹⁵

Imajući u vidu da je prisilno psihijatrijsko liječenje već prepoznato kao oblik mučenja¹⁹⁶, Mendez je naglasio da „prisilnu i nedobrovoljnu primjenu psihijatrijskih lijekova, posebno neuroleptika, treba pažljivo razmatrati za potre-

¹⁹¹ Opšti komentar br.1 o članu 12, paragraf 37.

¹⁹² Ibid, paragraf 38.

¹⁹³ UN, Specijalni izvjestilac o mučenju (2008), paragraf 62.

¹⁹⁴ Ibid., paragraf 63.

¹⁹⁵ Ibid.

¹⁹⁶ UN, Specijalni izvjestilac o mučenju (1986), paragraf 119.

be liječenja mentalnog stanja. U zavisnosti od okolnosti slučaja, patnja koja se nanosi i uticaji na zdravlje pojedinca mogu predstavljati oblik mučenja ili zlostavljanja.¹⁹⁷

U cilju usmjeravanja postojećeg zakonodavstva, politika i praksi održavanja i produžavanja prisilnog liječenja, Komitet je predložio sljedeće:

- pružanje podrške osobama sa invaliditetom kako bi mogle dati slobodnu i informisanu saglasnost;¹⁹⁸
- obuku zdravstvenih radnika, naročito u pogledu prava na slobodu i informisanu saglasnost;¹⁹⁹
- jačanje nadzora nad mjestima u kojima su smještene osobe sa invaliditetom lišene slobode;²⁰⁰
- nedvosmisleni zabranu prisilnog tretmana, posebno psihijatrijskog tretmana;²⁰¹
- zabranu upotrebe mehaničkog i hemijskog sputavanja;²⁰²
- pružanje naknade štete žrtvama, uključujući rehabilitaciju;²⁰³ i
- zabranu medicinskog ili naučnog eksperimentisanja nad osobama sa invaliditetom bez njihove slobodne i informisane saglasnosti.²⁰⁴

Takođe, mora se naglasiti da prisilno zatvaranje nikada ne može biti dovoljan osnov za automatsku primjenu prisilnog liječenja.²⁰⁵

II.3. STANDARDI SAVJETA EVROPE

U poređenju sa Konvencijom, standardi Savjeta Evrope dozvoljavaju i prisilni smještaj u psihijatrijske ustanove i prisilno liječenje i na osnovu invaliditeta, ali samo kada su ispunjeni određeni striktni uslovi. Međutim, važno je napomenuti da se Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama mora čitati kao živi instrument, a praksa Evropskog suda za ljudska prava (u daljem tekstu: ESLJP) još uvijek nije potpuno integrisala standarde Konvencije.

II.3.1. Smještaj u psihijatrijske ustanove

U članu 5(1)(e), EKLJP izričito dozvoljava lišavanje slobode zbog „nezdravog uma (stanja svijesti)“. Sama terminologija datira iz pedesetih godina prošlog vijeka, kada je Konvencija usvojena. ESLJP je u sudskoj praksi objasnio šta se podrazumijeva pod pojmom „nezdravi um“²⁰⁶, određujući da to može uključiti ljude sa intelektualnim i psihosocijalnim invaliditetom (npr. probleme sa mentalnim zdravljem).

Kroz svoju praksu, ESLJP takođe objašnjava šta znači lišavanje slobode, uzimajući u obzir „niz kriterijuma kao što su vrsta, trajanje, efekti i način primjene predmetne mjere“.²⁰⁷ Iako smatra da se ljudi mogu lišiti slobode zbog svog invaliditeta, što je sada očigledno nekompatibilno sa pristupom u okviru Konvencije, ESLJP zahtijeva ispunjavanje određenih uslova da bi se osoba sa invaliditetom prisilno smjestila u psihijatrijsku instituciju i, dalje, da bi takvo lišavanje slobode bilo praćeno dovoljnom zaštitom. Kao što je Thomas Hammarberg, bivši komesar za ljudska prava Savjeta Evrope, naglasio, prema sudu u Strazburu, „bilo koje ograničavanje prava pojedinca mora biti prilagođeno potrebama pojedinca, istinski opravdano i biti rezultat sprovedenog postupka zasnovanog na pravima i kombinovanog sa djelotvornim garancijama.“²⁰⁸

197 UN, Specijalni izvjestilac o mučenju (2008), paragraf 63.

198 Na primjer, Zaključna razmatranja o Keniji, paragraf 30.

199 Na primjer, Zaključna razmatranja o Keniji, paragraf 30; Zaključna razmatranja o Danskoj, paragraf 39; Zaključna razmatranja o Švedskoj, paragraf 38.

200 Vidi član 16 (3) i Zaključna razmatranja kao što su Zaključna razmatranja o Republici Češkoj, paragraf 32; Zaključna razmatranja o El Salvadoru, paragraf 34.

201 Na primjer, Zaključna razmatranja o Brazilu, paragraf 29 i Zaključna razmatranja o Danskoj, paragraf 39.

202 Na primjer, Zaključna razmatranja o Republici Češkoj, paragraf 32; Zaključna razmatranja o Danskoj, paragraf 39; Zaključna razmatranja o Australiji, paragraf 36, i Zaključna razmatranja o Austriji, paragraf 33.

203 Vidi član 16 (4) i zaključna razmatranja kao što su Zaključna razmatranja o Republici Češkoj, paragraf 33.

204 Vidi član 15 (1) i zaključna razmatranja kao što su Zaključna razmatranja o El Salvadoru, paragraf 34.

205 CPT izvještaj o posjeti Litvaniji 2008. godine, str. 129. Izvještaj je dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2009-22-inf-eng.pdf>.

206 Vidi, na primjer, ESLJP, *Winterwerp v. Holandija*, predstavka broj 6301/73, 24. oktobar 1979; i ESLJP, *Rakevich v. Rusija*, predstavka broj 58973/00, 28. oktobar 2003.

207 Vidi, na primjer, ESLJP, *Ashingdane v. Ujedinjeno kraljevstvo*, predstavka broj 8225/78, 28. maj 1985, paragraf 41; ESLJP, *H.M. v. Švajcarska*, predstavka broj 39187/98, 26. februar 2002; ESLJP, *Storck v. Njemačka*, predstavka broj 61603/00, 16. june 2005; i ESLJP, *H.H.L. v. Ujedinjeno kraljevstvo*, predstavka broj 45508/99, 5. oktobar 2004. ili ESLJP, *D.D. v. Litvanija*, predstavka broj 13469/06, 14. februar 2012, paragraf 146.

208 Tačka gledišta, 21. septembar 2009, Thomas Hammarberg, bivši komesar za ljudska prava Savjeta Evrope.

II.3.2. Uslovi za prisilno smještanje u psihijatrijske institucije

ESLJP je u predmetu *Vinterwerp protiv Holandije*²⁰⁹ prije skoro 40 godina ustanovio relevantni test koji se primjenjuje da bi se procijenila zakonitost prisilnog smještaja, i, uprkos principu da se Konvencija tumači kao „živi instrument“, ovaj test mora da bude sveobuhvatno prilagođen u skladu sa standardima Konvencije. Da bi se prisilno zatvaranje smatralo dozvoljenim, „kriterijumi Vinterwerp-a“ zahtevaju da:

test koji se primjenjuje da bi se procijenila zakonitost prisilnog smještaja, i, uprkos principu da se Konvencija tumači kao „živi instrument“, ovaj test tek treba da bude prilagođen u skladu sa standardima Konvencije. Da bi se prisilno zatvaranje smatralo dozvoljenim, „kriteriji Vinterwerp-a“ zahtevaju da:

- 1) je osoba pouzdano pokazala da ima mentalne poremećaje dokazane objektivnom medicinskom ekspertizom;
- 2) mentalni poremećaj mora biti takve vrste ili stepena koji opravdavaju obavezno zatvaranje; i
- 3) aljanost nastavljenog zatočenja zavisi od trajanja takvog poremećaja.

Na ovo treba dodati da ne postoji nužna potreba za objektivnom medicinskom ekspertizom koja opravdava pritvor u vanrednim situacijama.²¹⁰ Međutim, teret dokazivanja leži na državi.²¹¹ Sud takođe zahtjeva da mjesto i uslovi pritvora imaju neku vezu sa osnovom pritvora.²¹² Pritvor osobe koja je „nezdravi um“, koji je zatvorenik, samo će biti zakonito ako se izvrši u bolnici, klinici ili drugoj odgovarajućoj instituciji.²¹³

Test koji je dalje razvijen u Preporuci Komiteta ministara Savjeta Evrope Rec (2004) 10 o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva osoba sa mentalnim poremećajem navodi:

Član 17 – Kriterijumi za prisilno smještanje

1. Lice može biti podvrgnuto prisilnom smještaju samo ako su ispunjeni svi sledeći uslovi:

I. osoba ima mentalni poremećaj;

II. stanje osobe predstavlja značajan rizik od ozbiljnog narušavanja njegovog/njenog zdravlja ili zdravlja drugih osoba;

III. smještaj ima terapeutsku svrhu;

IV. na raspolaganju su i manje restriktivna sredstva za pružanje odgovarajuće njege;

V. mišljenje dotične osobe je uzeto u obzir. [...]

Ovi kriterijumi moraju biti ispunjeni kumulativno u svim postupcima prisilnog smještaja. Tačka IV ovog člana uvodi princip najmanjih ograničenja.²¹⁴ Jedina razlika između ove i prakse Evropskog suda za ljudska prava je da član 17 Rec (2004) 10 uspostavlja vezu između obaveznog smještaja i njegove „terapeutske svrhe“. Ovo drugo je jedan od preduslova koji se zakonski moraju ispuniti da bi se opravdao prvi. Međutim, u tumačenju člana 5, ESLJP smatra da se zatvaranje može dogoditi čak i kada nije neophodno liječenje.²¹⁵

Na osnovu pravnog principa proporcionalnosti, što znači razumni odnos između sredstava i cilja koji se želi ostvariti, član 8 Rec (2004) 10 navodi da „osobe sa mentalnim poremećajima treba da imaju pravo na zbrinjavanje u najmanje restriktivnom okruženju koje je na raspolaganju i sa najmanje restriktivnim ili nametljivim tretmanom, uzimajući u obzir njihove zdravstvene potrebe i potrebu da se zaštiti sigurnost drugih osoba“. Ovo je ponovljeno u članu 10 (ii) Rec (2004) 10, koji poziva države članice da: „predlože dostupne alternative prisilnom smještaju i prisilnom liječenju koliko god je to moguće“.

Prema članu 17 (2) Rec (2004) 10 osoba može, u izuzetnom slučaju, biti zadržana protiv svoje volje kako bi se utvrdilo da li ima mentalni poremećaj. Ova situacija se odnosi hitne situacije, ali, pošto su kriterijumi manje strogi od onih koji se primjenjuju u većini drugih situacija, ovaj oblik hitnog smještaja u vanrednim situacijama može trajati samo minimalni vremenski period. Pored toga, član 24 Rec (2004) 10 navodi da, kada se neki od kriterijuma više ne ispunjava, prisilni smještaj se mora okončati.

²⁰⁹ *Winterwerp v. Holandija*, predstavka broj 6301/73, presuda od 24. oktobra 1979.

²¹⁰ *Winterwerp v. Holandija*, paragraf 39–42.

²¹¹ *Hutchison Reid v. Ujedinjeno kraljevstvo*, predstavka broj 52072/99, presuda od 20. februara 2003. kada je dšlo do povrede člana 5(4), jer je od podnosioca zahtjeva traženo da dokaže da njegov mentalni poremećaj nije bio te vrste i stepena koji je garantovao obavezno zatvaranje i da njegov pritvor nije bio zakonit.

²¹² *Ashingdane v. Ujedinjeno kraljevstvo*, predstavka broj 8225/78, presuda od 28. maja 1985, paragraf 44; *Saadi v. U.K.*, predstavka broj 13229/03, presuda od 29. januara 2008, paragraf 69.

²¹³ *Aerts v. Belgija*, predstavka broj 25357/94, presuda od 30. jula 1998, paragraf 46; *Hutchison Reid v. U.K.* paragraf 54.

²¹⁴ Potvrđeno od strane ESLJP u 2012. godini, *GC, Stanev v. Bugarska*, predstavka broj 36760/06, od 17. januara 2012, strane 157–158.

²¹⁵ Vidi, na primjer, ESLJP, *Hutchison Reid v. Ujedinjeno kraljevstvo*, predstavka broj 50272/99, 20. februar 2003, paragraf 52.

U predmetu *Stanev protiv Bugarske*, ESLJP je takođe naglasio da „objektivna potreba za smještajem i socijalnom pomoći [osobi sa psihosocijalnim invaliditetom] ne smije automatski dovesti do nametanja mjera među kojima je lišenje slobode“. Takođe je navedeno: „Bilo koja zaštitna mjera treba, što je više moguće, da odražava želje osoba sposobnih da izraze svoju volju. Propust da se zatraži njihovo mišljenje može da dovede do zloupotrebe i oteža ostvarivanje prava ugroženih osoba. Prema tome, svaka mjera koja se preduzima bez prethodne konsultacije sa zainteresovanom osobom, po pravilu zahtijeva pažljivo ispitivanje.“²¹⁶ To znači da lišavanje slobode zbog nedostatka dostupnih usluga na nivou zajednice (npr. prisiljavanje ljudi da žive u ustanovama socijalne zaštite usled nedostatka ustanova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici) krši pravo na slobodu u skladu sa Konvencijom.

ESLJP je takođe naglasio u predmetu *Stanev protiv Bugarske*²¹⁷ da se saglasnost staratelja ne može tumačiti tako da se tvrdi da je hospitalizacija dobrovoljna. Čak i kada se staratelj saglasi sa hospitalizacijom, mora se smatrati da je lice koje je podvrgnuto lišavanju slobode prisilno pritvoreno i moraju se na njega primijeniti sve zaštitne mere vezane za lišavanje slobode.

II.3.3. Garancije u vezi sa postupkom prijema i tokom prijema u psihijatrijsku ustanovu

Sud u Strazburu pruža širok spektar garancija koje su potrebne u vezi sa prisilnim smještanjem u psihijatrijske ustanove, od kojih su neke predočene Preporukom Komiteta ministara Savjeta Evrope (2004) 10, kako slijedi:

Član 20 – Procedura za donošenje odluke o prisilnom smještaju i/ili prisilnom liječenju

Odluka

1. Odluku da se osoba podvrgne prisilnom smještaju treba da donese sud ili drugi nadležni organ. Sud ili drugi nadležni organ treba:
 - i. uzeti u obzir mišljenje dotične osobe;
 - ii. postupati u skladu sa procedurama propisanim zakonom zasnovanom na načelu da se dotična osoba treba vidjeti i konsultovati. [...]
2. Odluku o tome da se osoba podvrgne prisilnom smještaju ili prisilnom liječenju treba dokumentovati i navesti maksimalni period u kojem bi, prema zakonu, odluke trebalo formalno preispitati. [...]

Postupci koji prethode donošenju odluke

3. Prisilno smještanje ili njegov produžetak treba da budesamo na osnovu nalaza ljekara koji ima potrebno znanje i iskustvo i u skladu sa važećim i pouzdanim profesionalnim standardima.
4. Doktor ili nadležni organ treba da se konsultuje sa onima koji su bliski dotičnoj osobi, osim ako osoba tome ne protivi, ako je to nepraktično sprovesti ili je neprimereno iz drugih razloga.
5. Svaki predstavnik osobe treba da bude informisan i konsultovan.

Detaljnije o ovim uslovima mogu se moći pronaći u praksi ESLJP uključujući i:

- U vezi sa postupkom prijema:²¹⁸
 - „stvarni mentalni poremećaj“ koji se uspostavlja kroz objektivnu medicinsku ekspertizu; kvalifikovana medicinska procjena mora biti zasnovana na stvarnom stanju mentalnog zdravlja osobe; prethodni događaji se ne mogu samostalno koristiti za opravdanje takvog pritvora.²¹⁹
 - mentalni poremećaj mora biti vrste ili stepena koji opravdava obavezno lišavanje slobode.
- neophodnost obavještanja pacijenta o razlozima pritvora (navedenim u članu 5 (2) EKLJP)²²⁰
- potreba da neophodnost pritvora redovno bude preispitivana od strane suda (prema članu 5 (4) EKLJP)²²¹ koji moraju poštovati sledeće standarde:
 - o Zakonitost zatvaranja osoba u psihijatrijskim ustanovama mora biti utvrđena u hitnom postupku.²²²
 - o Redovna sudska revizija mora biti određenog kvaliteta,²²³
- Pacijent mora:

²¹⁶ Ibid., para. 153.

²¹⁷ ESLJP, GC, *Stanev v. Bugarska*, predstavka broj 36760/06, 17. januar 2012, paragraf 172; vidi takođe i ESLJP, D.D. v. *Litvanija*, predstavka broj 13469/06, 14. februar 2012, stranice 165–166.

²¹⁸ Kao što je objašnjeno u predmetu *Stanev v. Bugarska* i *Winterwerp v. Holandija*, predstavka broj 6301/73, 24. oktobar 1979, paragraf 39.

²¹⁹ ESLJP, *Varbanov v. Bugarska*, broj 31365/96, 5. oktobar 2000.

²²⁰ Vidi, na primjer: ESLJP, *Van der Leer v. Holandija*, 21. februar 1990, paras. 27–31.

²²¹ Vidi, na primjer: ESLJP, D.D. v. *Litvanija*, broj 13469/06, 14. februar 2012, para. 165.

²²² Vidi, na primjer: ESLJP, *Luberti v. Italija*, broj 9019/80, 23. februar 1984; ESLJP, *Musial v. Poljska*, broj 24557/94, 25. mart 1999; ESLJP, L.R. v. *Francuska*, broj 33395/96, 27. jun 2002; ESLJP, *Pereira v. Portugal*, broj. 44872/98, 26. februar 2002; ESLJP, *Kolanis v. the Ujedinjeno kraljevstvo*, broj 517/02, 21. jun 2005, para. 82; and *Pereira v. Portugal (No. 2)*, broj 15996/02, 20. decembar 2005.

²²³ ESLJP, *Gajcsi v. Mađarska*, broj 34503/03, 3. oktobar 2006.

- o imati pravo da lično zatraži sudsku reviziju, što zahtjeva postojanje nezavisnog pravnog mehanizma na osnovu kojega se pritvorenik može pojaviti pred sudijom koji će utvrditi zakonitost nastavka pritvora²²⁴; pristup pritvorenika sudiji ne bi trebalo da zavisi od dobre volje organa za zadržavanje, i da bude pokrenut na osnovu diskrecionog ovlašćenja medicinske službe i bolničke administracije;²²⁵
- o imati advokata²²⁶ i garantovati djelotvornu pravnu pomoć;²²⁷
- o biti garantovano pravo na nadoknadu štete u slučaju kršenja prava na slobodu (kako je propisano članom 5 (5) EKLJP).

Takođe treba naglasiti da je nezavisno praćenje institucija zahtijeva ne samo u okviru Konvencije²²⁸, već i u drugim ugovorima UN-a, kao što je Opcioni protokol uz Konvenciju protiv mučenja i drugih surovih, nečovečnih ili ponižavajućih kazni ili postupaka (OPCAT) kao i prema standardima Savjeta Evrope. Sve psihijatrijske ustanove (specijalne bolnice, posebne psihijatrijske jedinice u opštim bolnicama, dnevnim centrima itd.) smatraju se mjestima za zadržavanje koja potpadaju pod mandat nacionalnih i međunarodnih mehanizama za praćenje. Prema međunarodnim standardima, u psihijatrijskim ustanovama treba ohrabriti prisustvo nezavisnih osoba (kao što su npr. studenti i istraživači) i spoljnih tijela.²²⁹

Evropski komitet za sprječavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) takođe pridaje veliki značaj redovnim posjetama psihijatrijskim ustanovama od strane spoljnih organa (npr. sudije ili nadzornog odbora) koji je odgovoran za inspekcijski nadzor nad zbrinjavanjem pacijenata. Ovo tijelo bi trebalo biti ovlašćeno, naročito, da razgovara nasamo sa pacijentima, da direktno prima sve pritužbe koje pacijenti mogu imati i da daje potrebne preporuke.²³⁰

II.3.4. CPT standardi – prisilni smještaj

Pozicija Evropskog komiteta za sprječavanje mučenja (CPT) takođe je relevantna. Iako ne obezbjeđuje isti nivo zaštite osnovnih prava kao Konvencija, on nudi na nivou Savjeta Evrope vrlo detaljne i, do određene mjere, napredne informacije o pravilima koja se primjenjuju na prisilni smještaj.

Standardi uspostavljaju posebne garancije prilikom smještaja, kao što je dostupnost informativne brošure osobama koje su prisilno pritvorene i uspostavljanje mehanizama ponošenja žalbi. Shodno tome, svaki pacijent treba na prijemu da dobije brošuru u kojoj su predstavljena pravila ustanove i prava pacijenata. Osoblje mora da osigura da pacijenti dobiju odgovarajuću podršku, kada je to potrebno, da bi u potpunosti razumjeli informacije sadržane u brošuri. Što se tiče mehanizma žalbi, oni su neophodni jer predstavljaju osnovnu zaštitu od zlostavljanja u psihijatrijskim ustanovama. Neophodno je da postoje i posebni sporazumi koji će omogućavati pacijentima da se formalno žale jasno uspostavljenom tijelu, kao i da povjerljivo komuniciraju sa odgovarajućim organom izvan ustanove.²³¹ Trebalo bi osigurati i povjerljiv pristup advokatu.

Štaviše, održavanje kontakta sa spoljnim svijetom je od suštinskog značaja, ne samo za sprječavanje zlostavljanja već i sa terapijskog stanovišta. Pacijenti treba da budu u mogućnosti da šalju i primaju poštu, da imaju pristup telefonu i da primaju posjete porodice i prijatelja.

CPT takođe daje važno zapažanje u vezi sa potrebom da se razlikuju pristanak na prijem i pristanak na liječenje, kao i između naloga za prisilni smještaj i naloga za prisilno liječenje. Navodi se da je, zbog njihove ranjivosti, potrebno obezbijediti odgovarajuću pažnju kako bi se spriječilo bilo kakvo postupanje – ili izbjegao bilo kakav propust – koji bi doveli do nanošenja štete osobama sa invaliditetom. U skladu sa standardima CPT-a slijedi da prisilno smještanje u psihijatrijsku ustanovu moraju pratiti odgovarajuće garancije.

Jedna od najvažnijih takvih garancija je slobodna i informisana saglasnost za liječenje. Dakle, pacijentima mora biti obezbijeđeno pravo da daju svoju slobodnu i informisanu saglasnost na liječenje. Prijem osobe u psihijatrijsku ustanovu na prisilnoj osnovi ne može se tumačiti kao odobravanje terapije bez saglasnosti osobe. To znači da svakom pacijentu, bilo da je se dobrovoljno ili prisilno primljen u ustanovu, treba dati mogućnost da odbije liječenje ili bilo koju drugu medicinsku intervenciju.²³²

224 Gorshkov slučaj, ESLJP.

225 ESLJP, *Gorshkov v. Ukraina*, broj 67531/01, 8. novembar 2005, paras. 44–45.

226 ESLJP, *Megyeri v. Njemačka*, broj 13770/88, 12. maj 1992.

227 ESLJP, *Magalhaes Pereira v. Portugal*, broj 44872/98, 26. februar 2002.

228 Član 16(3) i 33.

229 Vidjeti 8. Opši izvještaj o aktivnostima CPT-a za period 1. januar do 31. decembar 1997. godine, dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>.

230 8. Opši izvještaj o aktivnostima CPT-a za period 1. januar do 31. decembar 1997. godine, dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>.

231 Kako je propisano u 8. Opštem izvještaju o aktivnostima CPT-a za period od 1. januara do 31. decembra 1997. godine, dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>.

232 8. Opšti izvještaj o aktivnostima CPT-a za period od 1. januara do 31. decembra 1997. godine, dostupno na: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>.

II.3.5. Prisilno liječenje

Kao i kod pitanja koja se odnose na prisilni prijem, pristup ESLJP u vezi sa prisilnim liječenjem se razlikuje od pristupa Konvencije. ESLJP utvrdio je određene uslove pod kojima se osobe sa nezdravim sviješću mogu podvrgnuti takvom liječenju. Navedeni uslovi su određeni 1992. godine, u slučaju *Herczegfalvy v. Austria*²³³. Standardi koji su navedeni u tom slučaju još od tada nijesu značajno izmijenjeni, što znači da im treba pristupiti sa oprezom. Kao takvi postavili su doktrinu o „medicinskoj neophodnosti“, koja se tumači kao potreba za stručnim medicinskim mišljenjem, suštinski smatrajući nasilje i zlostavljanje kao kao pitanja koja se tiču medicine, a ne kao kršenje ljudskih prava: „... na medicinskim vlastima je da odlučuju, na osnovu priznatih pravila medicinske nauke, o terapijskim metodama koji će se koristiti, ako je potrebno upotrebom sile, kako bi se očuvalo fizičko i mentalno zdravlje pacijenata koji su u potpunosti nesposobni za odlučivanje o sebi i za koje su oni stoga odgovorni [...] Uspostavljeni principi medicine su u principu odlučujući u takvim slučajevima; kao opšte pravilo, mjera koja je terapijska potreba ne može se smatrati nehumanom ili ponižavajućom. Sud se, ipak, mora uvjeriti da je ubjedljivo dokazano da postoji medicinska nužnost ...“²³⁴

Preporuka Komiteta ministara Savjeta Evrope (2004) 10, o kojoj je već bilo riječi, takođe se bavi problemom prisilnog postupanja, kako slijedi:

Član 12 – Opšti principi liječenja mentalnih poremećaja

2. [...], liječenje se može pružiti osobi sa mentalnim poremećajima samo uz njegovu ili njenu saglasnost ako on ili ona ima sposobnost da daju takvu saglasnost, ili, kada osoba nema sposobnost da pristaje, uz ovlašćenje predstavnika, organa, osobe ili tijela predviđenog zakonom.

Član 18 – Kriterijumi za prisilno liječenje

Lice može biti podvrgnuto prisilnom liječenju samo ako su ispunjeni svi sledeći uslovi:

I osoba ima mentalni poremećaj;

II stanje osobe predstavlja značajan rizik od ozbiljnog narušavanja njegovog/njenog zdravlja ili zdravlja drugih osoba;

III ne postoje dostupna manje nametljiva sredstva za pružanje odgovarajuće njege;

IV mišljenje dotične osobe je uzeto u obzir.

Član 19 – Principi koji se odnose na prisilno liječenje

1. Prisilno liječenje treba:

I da bude usmjereno na specifične kliničke znakove i simptome;

II da bude proporcionalano zdravstvenom stanju osobe;

III predstavlja dio pisanog plana tretmana;

IV bude dokumentovano;

V da gdje je to primjenjivo, ima za cilj da omogućavne tretmana prihvatljivog za osobu što je prije moguće.

Odredbe Preporuke Rec(2004)10 prevazilaze ESLJP zato što preporučuju, na primjer, da je prisilno liječenje dio pisanog plana tretmana, zaštitni mehanizam koji osigurava bolji nadzor nad time da li su medicinske odluke zasnovane na jasnim dokazima i da li je tretman bio najmanje moguće restriktivan.²³⁵

II.3.6. CPT standardi – prisilno liječenje

Stav CPT-a takođe je relevantan u pogledu prisilnog liječenja. Dok standardi na nivou Savjeta Evrope ne dosegnu nivo zaštite predviđen Konvencijom, jedan od najnaprednijih kada se radi o nečovječnom postupanju je sledeće:

²³³ *Herczegfalvy v. Austrija*, fn 38.

²³⁴ *Ibid* at para. 82.

²³⁵ Vidi takođe: Savjet Evrope, CPT (2010f), para. 37.

„Pacijenti bi trebalo, u principu, biti u poziciji da daju svoju slobodnu i informisanu saglasnost na liječenje. Prihvatanje osobe u psihijatrijsku ustanovu na prisilnoj osnovi ne treba tumačiti kao odobravanje liječenja bez njegovog pristanka. Iz toga slijedi da bi svakom sposobnom pacijentu, bilo dobrovoljno ili prisilno, trebalo dati mogućnost da odbije liječenje ili bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako odstupanje od ovog osnovnog principa treba da bude zasnovano na zakonu i odnosi se samo na jasno i strogo definisane izuzetne okolnosti.

Naravno, saglasnost na liječenje može se kvalifikovati samo kao slobodna i informisana ako se zasniva na potpunim, tačnim i razumljivim informacijama o stanju pacijenta i predloženom tretmanu [...]. Shodno tome, svim pacijentima treba sistematski pružiti relevantne informacije o njihovom stanju i tretmanu koji se predlaže za njih. Relevantne informacije (rezultati, itd.) treba takođe obezbijediti nakon tretmana. „²³⁶

CPT smatra da je prisilno liječenje dozvoljeno samo u „izuzetnim okolnostima“, kada stanje osobe predstavlja ozbiljnu prijetnju da će narušiti njeno zdravlje. Čak i u takvim situacijama, CPT preporučuje sljedeće:

*„[...] procedure se preispituju u cilju osiguranja da se svi pacijenti, bilo da su dobrovoljni ili prisilni, sistematski pružaju informacije o njihovom stanju i tretmanu koji je propisan za njih, te da se ljekari upute da uvijek traže saglasnost pacijenta za tretman prije njegovog početka. Obrazac o informisanju saglasnosti za liječenje treba da potpiše pacijent [...]. Relevantne informacije treba takođe pružiti pacijentima (i njihovim pravnim zastupnicima) tokom i nakon liječenja.“*²³⁷

Kada je riječ o sadržaju liječenja, CPT preporučuje „individualizovan pristup“, sa tretmanom koji uključuje više od lijekova: „trebalo bi da se uključi širok spektar rehabilitacionih i terapijskih aktivnosti, uključujući pristup profesionalnoj terapiji, grupnoj terapiji, individualnoj psihoterapiji, umjetnosti, dramu, muziku i sport „²³⁸

Iako više nije potrebno prisilno liječiti pacijenta, njemu i dalje može biti potrebno liječenje i / ili zaštićeno okruženje u zajednici. S tim u vezi, CPT je u mnogim zemljama ustanovio da su pacijenti, čije duševno stanje više ne zahtijeva da budu pritvoreni u psihijatrijskoj ustanovi, ipak ostali u takvim ustanovama zbog nedostatka adekvatne njege/smještaja u zajednici.

Ako lice bude lišeno slobode zbog nedostatka odgovarajućih i dostupnih usluga dostupnih u zajednici, takve situacije se moraju smatrati povredom člana 19 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, koji priznaje pravo na nezavisan život i uključenost u zajednicu, kao i člana 28 koji se odnosi na odgovarajući životni standard i socijalnu zaštitu. Prema ovom drugom, države članice imaju obavezu da priznaju pravo osoba sa invaliditetom na odgovarajući životni standard, uključujući odgovarajuću hranu, odjeću i stanovanje, kao i stalno poboljšanje uslova života, i moraju preduzeti odgovarajuće korake kako bi zaštitili i promovisali ostvarivanje ovog prava bez diskriminacije na osnovu invaliditeta (član 28 (1)). Među mjerama koje se u tom cilju trebaju preduzeti, države članice moraju osigurati pristup osobama s invaliditetom, na primjer, za javne programe stanovanja.

II.4. PRAKSA KOJA OBEĆAVA

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom jasno propisuje da praksa prisile, kao što su prisilna hospitalizacija i prisilno liječenje, više nijesu prihvatljive prema međunarodnom pravu. Ovo je detaljnije objašnjeno u prethodnim poglavljima. Države potpisnice, kao što je Crna Gora, moraju da promijene svoje zakonodavstvo i politike da bi ispunile obaveze koje su preuzele na osnovu Konvencije i preusmjere se sa prakse zasnovane na medicinskom modelu na praksu zasnovanu na socijalnom modelu invaliditeta.

Jedan od prvih koraka koji treba preduzeti je investiranje i usmjeravanje na alternativne modele liječenja i smještaja koji nijesu zasnovani na prisili. Mnogi stručnjaci iz ove oblasti prisili smatraju suprotnom svrsi podrške mentalnom zdravlju i dobrobiti čovjeka. U ovom odjeljku predstavljamo nekoliko praksi u svijetu gdje države i/ili organizacije napuštaju upotrebu prisile i rade sa osobama sa invaliditetom pružajući im zdravstvenu zaštitu koja im je potrebna, uz poštovanje njihovih ljudskih prava.

Pored izmjena zakona, kako će biti detaljnije objašnjeno u nastavku, Vlada Crne Gore takođe mora naučiti iz ovih iskustava i primijeniti alternativne tretmane koji nisu zasnovani na prisili, te pristupiti mentalnim zdravstvenim problemima iz holističke (cjelovite) perspektive. Samo sa takvim alternativama, zakonodavstvo usaglašeno sa Konvencijom može biti istinski djelotvorno u praksi. U suprotnom, promjena zakonodavstva neće biti dovoljna za promjenu svijesti i prakse.

²³⁶ Savjet Evrope, CPT (2010f), para. 41.

²³⁷ Savjet Evrope, CPT (2010e), para. 145.

²³⁸ Savjet Evrope, CPT(2010f), para. 37.

Modeli koji će biti predstavljeni su dati kao primjeri koraka koji se mogu preduzeti u okviru sveobuhvatne reforme sistema. Oni se odnose na dobre prakse koje treba razmotriti kada je u pitanju razvoj zakonodavstva, politika i djelovanja, kada je u pitanju kreiranje novih okvira za sistem mentalnog zdravlja i kada je u pitanju razvoj podrške u odlučivanju, što može dovesti do smanjenja na minimum, pa čak i do ukidanja upotrebe prisile.

Ono što je zajedničko ovim primjerima je to da priznaju nedostatke postojećih sistema i zamjenjuju ih sistemima u kojima preovlađuju volja i želje osoba sa invaliditetom, gdje se promoviše stvarna inkluzija i gdje se ljudi mogu nadati da će dobiti pomoć kada je to potrebno, uz uvažavanje njihovog dostojanstva.

II.4.1. Razvijanje zakonodavstva, politika i prakse

II.4.1.1. ISTINA I POMIRENJE U PSIHIJATRIJSKIM USLUGAMA

Istina i pomirenje u psihijatrijskim uslugama su vrsta komunikacije između primaoca i pružaoca usluga liječenja, zajedno sa svim ostalim relevantnim učesnicima, koji mogu da imaju niz ciljeva i mogu biti dio pristupa koji priznaje istorijske nepravde. To je pristup usmjeren na to da ponudi i primaocima i davaocima psihijatrijskih usluga mogućnost da ispričaju svoje istine. To može biti hibridni model za ispravku povreda ljudskih prava u zdravstvenoj zaštiti mentalnog zdravlja, koji kombinujući analizu situacije, istraživanje i razvoj uključuje sve učesnike, identifikuje rješenja i omogućava pravne lijekove žrtvama povreda ljudskih prava, npr. prisilne hospitalizacije i prisilnog liječenja. Iskustva pokazuju da ovo može biti veoma djelotvorno sredstvo za otkrivanje, analizu i učenje iz konkretnih neuspjeha i praksi koje mogu postati djelotvorne.²³⁹

Značajan element je identifikovanje medicinskih stručnjaka, vlasti i donosioca političkih odluka koji priznaju promjenu paradigme u odnosu na ljude sa invaliditetom, i spremni su da se uključe u iskren i značajan dijalog sa korisnicima i preživjelim u psihijatriji, drugim osobama sa invaliditetom i civilnim društvom. Istina i pomirenje su postavljeni tako da stvore osnažujuću i atmosferu poštovanja, gdje je mnoštvo doživljaja i osjećanja dobrodošlo, uz istovremeno priznavanje složenosti problema. Složili smo se oko toga da već mnogi ljudi, koji su bili pacijenti i/ili oni koji su radili u sistemu zaštite mentalnog zdravlja, imaju komplikovana i snažna osjećanja o njihovim iskustvima u tom sistemu. Složeni problem se rješava tako što se izvlače na površinu jedinstvena i česta iskustva svakog pojedinca.

Pored toga što predstavlja način zbližavanja ljudi i sredstvo koje im omogućava da zajedno promijene sistem, ovo je takođe prepoznato kao „krug ozdravljenja“²⁴⁰ koji osnažuje ljude da prevaziđu stigmatu koja se veže mentalno zdravlje.

Ovaj model se koristi i promoviše u brojnim zemljama, posebno od strane formalnih i neformalnih stručnjaka sa iskustvom odnosno ljudi koji su korisnici ili koji su preživjeli život u takvom sistemu.²⁴¹ Inspirisan je činjenicom da su se javna izvinjenja, komisije za utvrđivanje istine i proces pomirenja dogodili u drugačijem kontekstu, nakon što su prepoznate povrede ljudskih prava, za šta je u velikoj mjeri bila odgovorna država.²⁴² Sve to ima za cilj prepoznavanje da smo stupili, zajedno sa stupanjem na snagu Konvencije, u prosvjetljenije doba.

Primjer serije sastanaka, organizovanih u Portlandu, SADu organizaciji *Rethinking Psychiatry*, pokreta M.O.M.S. i projekta *The Icarus* koji su domaćini *Truth and Reconciliation circles* (*Kružoka istine i pomirenja*) od 2016. godine.

Po riječima organizatora, „događaji u okviru *Kružoka istine i pomirenja* bili su stvoreni da podstaknu liječenje i bolje razumijevanje između primaoca i davaoca zdravstvenih usluga u okviru mentalnog zdravlja.“ Kružoci se fokusiraju na dijeljenje iskustava „primaoca i davaoca zdravstvenih usluga u okviru mentalnog zdravlja.“²⁴³ Događaji su organizovani kroz dva kruga u kojima se diskutuje. Prvo, ljudima koji korisnicima usluga iz oblast mentalnog zdravlja se daje šansa da učestvuju u unutrašnjem „fishbowl“ (akvarijum) krugu, dok je spoljašnji krug namijenjen pružaocima usluga, porodici, i ostalim članovima zajednice, tzv. tihim svjedocima. Spoljašnji krug ljudi koji slušaju ima aktivnu i ključnu ulogu u ovom događaju.

Onda se pozivaju ljudi koji su radili u zdravstvenom sistemu zaštite mentalnog zdravlja da formiraju unutrašnji krug, dok bivši korisnici, porodica, saveznici i ostali članovi zajednice slušaju pažljivo (...). Neki (...) će odlučiti da

239 Vidi na primjer Rachel Levy, *Rethinking Psychiatry returns with Truth and Reconciliation*. Street Roots News, 16 februar 2017. Na engleskom jeziku dostupno na: <http://news.streetroots.org/2017/02/16/rethinking-psychiatry-returns-truth-and-reconciliation>.

240 Vidi na primjer Rachel Levy, *Truth and reconciliation in psychiatric, mental health services*. Street Roots News, 10 mart 2016. Na engleskom jeziku dostupno na: <http://news.streetroots.org/2016/03/10/truth-and-reconciliation-psychiatric-mental-health-services>.

241 Vidi na primjer peticiju kojom se zahtijeva uspostavljanje mehanizma istine i pomirenja, koja je dostupna na https://www.ipetitions.com/petition/truth_and_reconciliation_in_psychiatry/. Na istoj strani su dostupne informacije o pojedincima i grupama koje su podržale peticiju.

242 Vidi, na primjer, procese koji su se dogodili nakon Holokausta za preživjele Jevreje, tijela koja su pronađena u Južnoj Africi nakon aparthejda, izvinjenje koje je pape Benedikt XVI uputio žrtvama seksualnog zlostavljanja od strane katoličkih sveštenika u Irskoj.

243 Za više detalja vidjeti Rachel Levy, *Rethinking Psychiatry returns with Truth and Reconciliation*. Street Roots News, 16 februar 2017, na engleskom jeziku dostupno na: <http://news.streetroots.org/2017/02/16/rethinking-psychiatry-returns-truth-and-reconciliation>.

učestvuju u oba kruga (...) Važno je da nema pritiska da se govori, ali se nastoji da se stvori najsigurniji mogući prostor za ljude da govore ako su inspirisani i da kažu istinu o svojim iskustvima.

Konačno, sjedeći u jednom velikom krugu, ljudima se daje šansa da pitaju „pitanja istinske znatiželje“ o drugima. Ljudi će biti ohrabreni da razmisle o tome da li oni pokušavaju da poentiraju svojim pitanjem, ili da li su iskreno radoznali da nauče nešto od nekoga ko ima drugačiju perspektivu²⁴⁴. Kako za mnoge ovo može biti intenzivno emotivno iskustvo, prisutni su facilitatori i ljudi koji pružaju podršku, koji pomažu da se ovaj događaj odvija uvažavajući svakoga od učesnika, i da ponude podršku i tokom događaja i posle njega svima onima kojima je to neophodno.

II.4.2. Razvijanje odgovarajućeg sistema zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja

II.4.2.1. ZAJEDNICA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA U TRSTU: „OTVORENA VRATA – BEZ OGRANIČENJA“

Trst je priznat kao uspješna priča deinstitucionalizacije, napuštanje pružanja dugoročne njege u psihijatrijskim bolnicama i institucijama, ka modelu njege obezbijeđenom u zajednicama.²⁴⁵ Ovaj proces je takođe relevantan u kontekstu smanjenja i eliminisanja prisile, zato je zasnovan, u osnovi, na pružanju zdravstvene zaštite na osnovu saglasnosti. Unutar procesa je prepoznato da tretman treba biti obezbijeđen uzimajući u obzir širi kontekst u kojem žive ljudi sa invaliditetom.

Prema ovom modelu, ljudi koji usluge iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja posmatraju se kao autonomni subjekti koji su u potpunosti aktivni odgovorni i imaju kapacitet da analiziraju i izaberu rješenja i pomoć koja im je potrebna. Smatra se da je raniji pristup, koji je tretirao osobe sa invaliditetom kao pasivne primaocje tretmana, podrivao djelotvornost usluge koja im je pružena. Značajnija pažnja je takođe usmjerena na širi kontekst u kojem osoba živi. Na primjer, model u Trstu prepoznaje stanovanje uz podršku kao suštinski važnu odrednicu u procesu rehabilitacije, koja omogućava proces oporavka, i predstavlja osnovno sredstvo za korisnike i organizacije.²⁴⁶ Nemogućnost da osoba živi samostalno, na svome, smatra se uzrokom velikih poteškoća i isključenja, i da dovodi do neželjenog ili štetnog uređenja suživota.

Sistem u Trstu je sačinjen od brojnih usluga baziranih na nivou zajednice, uključujući:

- četiri centra za mentalno zdravlje na nivou zajednice (opremljenih sa 6–8 kreveta i otvorenih 24 h);
- jedno malo odjeljenje u Opštoj bolnici sa 6 kreveta za hitne slučajeve;
- usluge za rehabilitaciju i stambenu podršku (domovi za 12 osoba sa kapacitetom od 60 kreveta);
- dva dnevna centra koja obezbjeđuju trening programe i radionice;
- trinaest akreditovanih društvenih zadruga,
- udruženja porodica i korisnika, klubovi i domovi za oporavak.

Ukupan broj radnika koji rade u zdravstvenom sistemu za mentalno zdravlje u Trstu je 215, od čega 26 psihijatara, 9 psihologa, 130 medicinskih sestara, 10 socijalnih radnika i 6 radnika psihosocijalne rehabilitacije.²⁴⁷

Ovaj sistem funkcioniše kao sveobuhvatni sistem rehabilitacije, koji uključuje program restitucije i fokusira se na priznavanje prava osobama sa psihosocijalnim invaliditetom, što znači i odstupanje od prisilnih mjera. Kako oni koji ga sprovode objašnjavaju: sistem podrazumijeva jasno izraženi pristup usmjeren ka: a) pravnom priznanju građanskih i socijalnih prava i materijalnih sredstava kroz raznovrsne strategije; b) pribavljanju sredstava (kuće, posla, usluge, veze) primarno kroz deinstitucionalizaciju koja preobražava ukupne institucije u servise na nivou zajednice, i c) unaprijeđenom pristupu resursima, najviše razvijajući korisničke kapacitete (prvo korisnika, pa potom članova porodice).²⁴⁸

Ovaj pristup se postiže kroz pružanje raznovrsnih usluga osobama sa invaliditetom, uključujući trening (u odnosu na životne i stručne vještine, obrazovanje), jačanje kapaciteta (koroz psihološko-edukativne radionice, podizanje društvene svijesti i informisanje o pravima i resursima), kao i stvaranje mreža socijalne podrške koje olakšavaju dostavljanje resursa, i kojima upravljaju sveobuhvatne službe uspostavljene u zajednici.

244 Vidi na primjer Rachel Levy, *Rethinking Psychiatry returns with Truth and Reconciliation*. Street Roots News, 16 februar 2017. Na engleskom jeziku dostupno na: <http://news.streetroots.org/2017/02/16/rethinking-psychiatry-returns-truth-and-reconciliation>.

245 Proces je započeo poznati psihijatar Franco Basaglia. Za više detalja vidjeti John Foot. (2015). *The man who closed the asylum*.

246 Za više detalja vidi Pina Ridente i Roberto Mezzina (2014), From residential facilities to supported housing: the Individual Health Budgeting method as a form of co-production, dostupno: https://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwimoPHInpfUAhXHdCwKHefMADMQFghFMAM&url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F262530795_Community_Mental_Health_Care_in_Trieste_and_Beyond_An_Open_Door-No_Restraint_System_of_Care_for_Recovery_and_Citizenship&usq=AFQjCNEI7HBxd8p-aygrqj4a95w8FKzvxg.

247 Za više detalja o svakom od servisa i kako oni funkcionišu vidi Robert Mezzina (2012) *Deinstitutionalization and community based services in Italy*, dostupno na: <http://www.ft.dk/samling/20121/almedel/%C2%A771/bilag/91/1249292.pdf>.

248 Za više detalja vidi Pina Ridente and Roberto Mezzina. (2014). *From residential facilities to supported housing: the Individual Health Budgeting method as a form of co-production*, p. 1.

U Trstu se smatra da je, u cilju ostvarivanja ovih ciljeva neophodno da se suštinski osnažuju ljudi sa invaliditetima, da se pruži podrška članovima njihovih porodica, da se ponovo obuče i orijentišu profesionalno, kao i da se radi na edukaciji i podizanju svijesti o mentalnom zdravlju, naročito među onima koji su direktno uključeni u pružanje usluga. Kombinacijom ovih elemenata smanjuju se ograničenja nametnuta ljudima i dekonstruišu društvene barijere u njihovim zajednicama. Sistem u Trstu nije zasnovan na pitanju, gdje ćemo smjestiti ove ljude?“, što se često događa, već se radije fokusira na potrebe i prioritete korisnika njihovih usluga.

U Trstu se prisilila doživljava kao neterapeutski čin i ne koristi se nikakvo zatvaranje. Centri za mentalno zdravlje na nivou zajednice su otvoreni za svakog ko zatraži podršku. Tokom kriznih situacija, oni teže nenasilnoj de-eskalaciji. Praksa u Trstu pokazuje da je zaštita mentalnog zdravlja bez oduzimanja slobode moguća. Prisilno liječenje se preduzima, ali rijetko. Podaci o stanju u Italiji pokazuju da se procenat nedobrovoljnih tretmana smanjio drastično tokom zadnjih nekoliko decenija, kao posljedica reformi i promjene u pristupu. Na primjer, pokazuju da je 1975. godine prisilnom tretmanu bilo podvrgnuto 50% pacijenata. Ta cifra je pala na 20% 1984. godine, kada je sprovedena prva reforma, a na 14% do 2006. godine.²⁴⁹

II.4.3. Izbjegavanje upotrebe prisile u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja: podrška u relevantnom donošenju odluka

II.4.3.1. KONFERENCIJA PORODIČNE GRUPE: AJNDHOVEN MODEL²⁵⁰

Ovaj model je primjenjen u Holandiji u pilot programu koji je vodio Eigen Kracht. Prema ovom modelu, mentalno zdravlje je blagostanje, koje se ne može razdvojiti od života jedne osobe. Društvene okolnosti su ključna komponenta teškoća sa kojima se osoba susrijeće, i one mogu da imaju pozitivan ili negativan uticaj na njeno opšte blagostanje. Društveni kontekst ne može da se izostavi kad se radi o mentalnom zdravlju ili psihosocijalnim problemima, ili generalno invaliditetu. Isključenost ne vodi do blagostanja.

Psihosocijalni problemi se moraju riješavati koristeći pristup zasnovan na zajednici, usmjeren na uključivanje u zajednicu. Ajnhoven model je utemeljen u Konferenciji porodične grupe za donošenje odluka uz podršku u psihosocijalnim kriznim situacijama. Cilj modela je da identifikuje niz poželjnih opcija na individualnom nivou, umjesto neželjenih intervencija, kao što su prisilni psihijatrijski tretmani.

Porodičnu grupu čine članovi porodice i/ili prijatelji i/ili susjedi i/ili vršnjaci i bilo koje druge značajne osobe u nečijem životu, uključujući tako koncept „proširene porodice“.

Konferencija porodične grupe je bila inspirisana iskustvom sa Novog Zelanda usmjerenom ka uključenju urođeničke populacije Maora u donošenje političkih odluka, nakon što su se Maori usprotivili politici koju im je nametnula vlada 1980-ih. Proces donošenja odluka je išao sljedećim tokom: dok je vlada nametala legitimno pravilo, kao što je „bez nasilja“ ili „osigurati bezbjednost“, pitanje na temu „kako to postići“ je prosljeđeno populaciji Maora, koji su sačinili krug mudrih građana i građana kojih se ta pitanja tiču da razmisle o tome. Krug ljudi je razgovarao o ovom pitanju, na svom jeziku i primjenjujući sopstvene vrijednosti. Kreirali su planove za akciju, koje je onda vlada prihvatila. Na ovaj način je populacija Maora mogla da zadrži vlasništvo nad svojim životom. Znali su šta se očekivalo od njih, i mogli su da nađu svoj način da se izbore sa vladinim zakonima. Sada, nakon više od 35 godina, Konferencija porodične grupe je priznat način donošenja odluka, kao način uvažavanja građana.

Glavni princip Konferencije porodične grupe je proširivanje kruga osoba kojima osoba vjeruje i koja može da pruži podršku osobi sa invaliditetom kada određena odluka treba da bude donijeta. Postoji shvatanje da svako može doprinijeti donošenju odluke. Glavni koraci su:

1. obraćanje;
2. utvrđivanje glavnih pitanja i podrške pri selekciji i pozivanju ljudi;
3. sastanak: a) dijeljenje informacija, b) zatvorene konsultacije (samo krug),
4. plan (provjeren od strane koordinatora).

Važno je napomenuti da medicinski i ostali stručnjaci mogu biti pozvani u trećem koraku, u fazi razmjene informacija. Međutim, u fazi zatvorene konsultacije krug će biti zatvoren i odluku će zajedno donijeti osobe kojima osoba o kojoj se radi najviše vjeruje. Podrazumijeva se da se takve odluke mogu odnositi na probleme koji uključuju

249 Vidi Robert Mezzina (2012) *Deinstitutionalization and community based services in Italy*, dostupno na: <http://www.ft.dk/samling/20121/almdel/%C2%A771/bilag/91/1249292.pdf>.

250 Model je razvio Jolijn Santegoeds, ko-predsjedavajući *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (Svjetske mreže korisnika i onih koji su preživjeli psihijatriju, WNUSP, www.wnusp.net). Za više detalja vidi Jolijn Santegoeds, *Respecting persons and dealing with diversity in psychosocial crisis situations. Experience-based development of an alternative to forced psychiatric interventions*: http://www.mindrights.org/Preliminary%20article_experience%20based%20development%20of%20the%20Eindhoven%20Model.pdf.

hospitalizaciju i tretman. Diskusija uključuje pitanja kao što su kako prevazići određeni izazov, itd. Podrška u vidu formalne i neformalne njege, za vrijeme i nakon perioda liječenja, može biti ukombinovana u plan. Suština je da sve zavisi od želja i zahtjeva osobe o čijoj se dobrobiti radi.

Konferencija porodične grupe je dobrovoljna. To je mogućnost koju koriste osobe koje žele da priznaju da imaju problem i da se njime bave.

Konferencija porodične grupe je usmjerena na jačanje veza između ljudi, kroz društveni angažman, koji je važna odlika zajednice koja uključuje i blagostanje. Ona osnažuje kako pojedinačne osobe, tako i zajednice u cjelini.

Postoji takođe Evropska mreža konferencije porodične grupe²⁵¹ i druge slične inicijative širom svijeta.

II.4.3.2. ARANŽMAN KOJI PODRŽAVA DONEŠENJE ODLUKA UZ PODRŠKU – KANCELARIJA JAVNOG ADVOKATA JUŽNE AUSTRALIJE

Servis koji podstiče primjenu ugovora za donošenje odluka uz podršku, ustanovila je Kancelarija javnog advokata Južne Australije.

Ova praksa pomaže ljudima da donose sopstvene odluke. Osoba kojoj treba pomoć pri donošenju odluka bira „pomagača“, koji može biti prijatelj, član porodice ili neko kome ta osoba vjeruje. Osoba i pomagač potpisuju ugovor, koji kaže da će pomagač pružati pomoć u određenom nizu situacija. Pomagač ne može da donosi odluke za osobu kojoj pomaže, već umjesto toga pomaže osobi da razumije različite aspekte vezane za predmet u odnosu na koji odluka mora biti donijeta i prolazi sa njom kroz proces donošenja odluke. Takve odluke mogu da budu u vezi s tim koji tretman treba prihvatiti i mogu da minimalizuju upotrebu prisile.

„Nadzornik“ je tu da provjeri da li pomagač zaista pomaže, a ne donosi odluke umjesto osobe kojoj pomaže. Facilitatori koji rade u okviru projekta ne nude svoju podršku, ali pomažu ljudima da identifikuju druge ljude koji mogu da pomognu da se donesu odluke, da postignu dogovor oko toga kako će im biti pružena podrška, i da pomognu u pružanju podrške obijema stranama u procesu donošenja odluka. Često su izabrani pomagači prijatelji, porodica ili saradnici. Model radi sa „ekspresnom voljom“ pojedinca, i pomaže da se ljudi ohrabre da donesu i prenesu odluke o čitavom nizu pitanja u njihovim životima.

Neki od ljudi koji su dobili pomoć u okviru ovog projekta imali su, na primjer, tendenciju da donose impulsivne odluke. Facilitator bi intervjuisao potencijalnog učesnika, i proveo vrijeme istražujući šta im je bilo bitno, šta su željeli da promijene u svojim životima, i kome bi možda vjerovali dovoljno da ih podrži u donošenju odluka. Jednom kad je potencijalni pomagač identifikovan, obje strane potpisuju „ugovor“, specifikujući vrstu podrške. Ugovor je bio prilagodljiv, skrojen za svaku osobu posebno i bio je veoma često jednostavne prirode. Neki ugovori su kasnije mijenjani da bi se dodali dodatni kriterijumi koji su bili bitni svakom pojedincu, u skladu sa izraženim željama.

Učesnici programa su rekli da su svjedočili poboljšanju mreže podrške i dosta ih je izjavilo da osjećaju da imaju veću kontrolu nad svojim životima. Učesnici su takođe rekli da su povećali svoj angažman u zajednici, bilo kroz mogućnost ličnih izbora ili kroz donošenje odluka koje su promijenile okolnosti u kojima su bili.

Kao nastavak projekta, postoji inicijativa da se nađu potencijalni pomagači među građanima volonterima, imajući u vidu da su mnoge osobe sa invaliditetom izolovane ili da nemaju bliske odnose sa članovima porodice ili drugim članovima njihove zajednice.²⁵²

II.4.3.3. ŠVEDSKI LIČNI OMBUDSMAN

Lični ombudsman (LO) ima neke sličnosti sa modelom iz Južne Australije, pri čemu se podrška nudi u donošenju odluka i u vezi sa hospitalizacijom i liječenjem. Međutim, dijelom se razlikuje jer podršku pruža profesionalac, koji je državni službenik i koji stupa u kontakt sa osobom sa mentalnim invaliditetom kako bi sa njom uspostavio vezu.

Ovu uslugu u Švedskoj nudi nekoliko nezavisnih NVO, koje finansira država i koje su istovremeno nezavisne od vlasti, ali mogu da dobiju državno finansiranje. LO je visoko kvalifikovana osoba koja može da pomogne osobama sa psihosocijalnim invaliditetom po pitanju rješavanja širokog spektra problema, od porodičnih pitanja preko stanovanja, do pristupa uslugama ili zapošljavanju.

Model se zasniva na odnosu povjerenja i podrazumijeva dugoročno angažovanje i ombudsmana i klijenta. Namijenjen je uglavnom ljudima koji su teško dostupni, izolovani ili ostavljeni bez podrške. LO ima fleksibilan program: iako radi 40 sati nedjeljno, radno vrijeme nije uvijek od 9:00h-17:00h, od ponedjeljka do petka, niti LO rade van svojih kancelarija, kao većina drugih pružaoca usluga. Njihov raspored je prilagođen potrebama i željama klijenata. LO rade iz sopstvenog doma uz pomoć telefona i interneta, i sastaju se sa klijentima u njihovim domovima ili na neutralnim lokacijama u gradu. Pošto su mnogi klijenti sumnjičavi, ili mogu biti neprijateljski nastrojeni ili teško

251 Detaljnije informacije dostupne na zvaničnom sajtu na: <http://www.fgcnetwork.eu/>.

252 Za više detalja o ovoj inicijativi vidjeti AJUPID (2016). *Guide of promising practices on legal capacity and access to justice*, pp. 18–22, na engleskom jeziku dostupno na: http://ajupid.eu/images/documents/promising_practices/BAG_AJUPID_UK_2015_BV.pdf.

dostupni, LO mora izaći i uspostaviti dijalog kroz nekoliko koraka: uspostavljanje kontakta, razvijanje komunikacije, uspostavljanje veze, započinjanje dijaloga i usaglašavanje koraka u pogledu kojih će se pružiti pomoć.

Samo stupanje u kontakt sa klijentom može ponekad trajati nekoliko mjeseci. Ovo može da podrazumijeva izlazak vani i razgovor sa beskućnikom sa problemima mentalnog zdravlja u parku ili komunikaciju putem elektronske pošte sa nekim ko se zabarikadirao u svoj stan. Tek pošto je veza uspostavljena i dijalog započet, LO može da počne da pruža pomoć klijentu u vezi sa specifičnim problemima.

Nakon uspostavljanja veze, LO postavlja pitanje klijentu da li želi da on postane njegov/njen lični ombudsman. Ako je odgovor pozitivan, onda se proces pružanja pomoći može nastaviti. LO mora posvetiti značajno vrijeme diskusiji o takvim stvarima. LO treba da posjeduje određene vještine kako bi mogao efikasno da se zalaže za prava klijenta pred različitim organima ili na sudu. Svi LO imaju akademsku diplomu i radno iskustvo. Većina njih su obučeni socijalni radnici, ali neki su i advokati ili su stekli neko drugo specijalizovano obrazovanje.

Ovaj model je posebno osmišljen za osobe sa psihosocijalnim invaliditetom i kao takav nije „prenosiv“ na osobe sa intelektualnim invaliditetom. Međutim, s obzirom na to da je prilagođen za osobe koje su jako izolovane i imaju malo ili nimalo kontakta sa drugim ljudima, ovaj model se može pokazati korisnim za ljude koji su već duži niz godina institucionalizovani, koji su izgubili porodične kontakte ili su bili isključeni iz zajednice na duži period u svom životu.²⁵³

II.4.3.4. SPORAZUMNI ZASTUPNIK: RUMUNSKI MODEL

U Rumuniji osobe sa mentalnim invaliditetom mogu dobiti podršku u odlučivanju prilikom hospitalizacije i liječenja, kako po pitanju odluka koje moraju donijeti tako i po pitanju ostvarivanja njihovih prava. Ovaj model može da pomogne u smanjenju korišćenja prisilnog liječenja – koje ostaje zakonito, jer podrazumijeva nadzor od strane trećeg lica u pogledu primjene takvog liječenja i pomaže oboljeloj osobi da se osjeća osnaženo i manifestuje i komunicira svoje želje.

Prema rumunskom zakonu, osoba sa mentalnim poremećajem može imenovati takozvanog „sporazumnog zastupnika“²⁵⁴, koji može da joj pomogne ili je zastupa tokom liječenja i u vezi sa donošenjem relevantnih odluka. Od medicinskog osoblja se zahtijeva da informiše pacijenta da ima pravo da imenuje takvog zastupnika i da mu obezbijedi primjerak ugovora za imenovanje konvencionalnog zastupnika.

Sporazumno zastupanje počinje tek nakon zaključivanja ugovora u pisanoj formi i to pod sljedećim uslovima:

- osoba može imenovati samo jednog sporazumnog zastupnika;
- sporazumno zastupanje je ograničeno na pomoć ili zastupanje osobe u pogledu prijema i liječenja, uključujući i prava koja osoba ima tokom liječenja;
- zastupanje je besplatno;
- ugovor moraju potpisati i pacijent i ugovorni zastupnik;
- potrebno je imati svjedoka pri potpisivanju ugovora, koji takođe potpisuje navedeni dokument; svjedok ne može biti član medicinskog osoblja psihijatrijske ustanove;
- u ugovoru se mora izričito navesti da li je zastupnik ovlašćen da donosi odluke vezano za primjenu terapije elektrošokovima.

Pacijent ili sporazumni zastupnik mogu u bilo kom trenutku jednostrano da raskinu sporazum. U Rumuniji, u skladu sa zakonom, postojanje pravnog ili sporazumnog zastupnika ne isključuje obavezu zdravstvene službe da obavijesti pacijenta o njegovim/njenim pravima i obavezama.

II.5. OCJENA CRNOGORSKOG ZAKONODAVSTVA PO PITANJU SMJEŠTAJA U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU I PSIHIJATRIJSKOG LIJEČENJA

U ovom dijelu izvještaja data je kumulativna analiza – u odnosu primjenu međunarodnih standarda, posebno onih sadržanih u Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom – crnogorskog zakonodavstva relevantnog za smještaj u psihijatrijske ustanove i psihijatrijsko liječenje, i to Zakona o vanparničnom postupku i Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica.

Ova dva zakona ne odražavaju, niti su zasnovani na osnovnim standardima ljudskih prava koji su sadržani u Konvenciji. Ipak, oni sadrže neke odredbe od kojih bi osobe sa invaliditetom mogle imati koristi. Na primjer, oni uključuju

253 Za više detalja o ovoj praksi, vidi (2014) Švedski lični ombudsman (LO) za osobe sa problemima mentalnog zdravlja, dostupno na: <http://www.right-to-decide.eu/2014/08/swedish-personal-ombudsman-service-po-for-people-with-mental-health-problems/>.

254 Zakon o mentalnom zdravlju i zaštita osoba sa mentalnim poremećajima, 487/2002, čl. 5.

zabranu zlostavljanja, psihohirurgije i sterilizacije u čl. 12 i 22 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica. Čl. 19 istog zakona uređuje pravo na liječenje dok pacijent živi u zajednici, što je važno za ljude kojima je potrebno redovno liječenje, štiteći ih od hospitalizacije na duži vremenski period. Ovaj zakon takođe u čl. 50 sadrži odredbe o formiranju interdisciplinarnog nadzornog organa, a u čl. 53–57 propisuje sankcije koje se primjenjuju u slučaju kršenja zakona. Takve mjere su od vitalnog značaja za obezbjeđivanje pravilne primjene zakona i pokazuju posvećenost zakonodavca u tom pogledu.

U čl. 2 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica stoji se da „mentalno oboljelim licima obezbjeđuje ostvarivanje prava i sloboda u skladu sa međunarodnim dokumentima i opštim pravilima međunarodnog prava“. Crna Gora, dakle, priznaje obavezujuće primjenu međunarodnog prava, uključujući i Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom, koja, kao što je već objašnjeno, predstavlja najnapredniji i najrelevantniji međunarodni pravni instrument kada je riječ o pravima osoba sa invaliditetom.

Međutim, analiza preostalih odredbi nagovještava da je Crnoj Gori potrebna sveobuhvatna zakonska reforma kako bi se u potpunosti pridržavala svojih obaveza u skladu sa Konvencijom. Ovo s obzirom da pomenuti domaći zakoni i dalje krše ključna načela Konvencije, jer:

1. omogućavaju i uređuju sistem koji osobe sa invaliditetom lišava poslovne sposobnosti;
2. omogućavaju da osobe sa mentalnim invaliditetom budu prisilno smještene u institucionalno okruženje; i
3. omogućavaju prisilno liječenje, protiv volje i želje pacijenta, ili bez njihove slobodne, potpune i informisane saglasnosti (koja se u nekim okolnostima daje umjesto njih).

II.5.1. Lišavanje poslovne sposobnosti

Crnogorsko zakonodavstvo prepoznaje, uređuje i održava sistem starateljstva i odlučivanja u ime pacijenta koji sprječava osobe sa invaliditetom u slobodnom donošenju odluka o svom životu. Na primjer, prema odredbama Zakona, članovi porodice i zakonski staratelji mogu donositi odluke umjesto osoba sa invaliditetom u pogledu liječenja i smještaja u institucionalno okruženje. Dalje, članovi porodice i zakonski staratelji mogu donositi i niz drugih odluka u ime pacijenta (čl. 8, 10, 11, 15, 17, 19, 21, 31, 32, 36 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i čl. 29–53 Zakona o vanparničnom postupku). Konvencija strogo zabranjuje takvu praksu, zahtijevajući od država potpisnica da ukinu sisteme u kojima drugi donose odluke u ime pacijenta i zamijene ih sistemom donošenja odluka uz podršku koji bi omogućio pacijentima da zadrže svoju poslovnu sposobnost. Pored toga, od država potpisnica se traži da preduzmu korake kako bi se osiguralo da, u slučaju potrebe, osobe sa invaliditetom mogu dobiti podršku prilikom donošenja odluka. I najvažnije – osobama koje pružaju takvu podršku nikada ne smije biti omogućeno da odlučuju u ime pacijenta ili suprotno njegovoj/njenoj volji i željama.

II.5.2. Diskriminacija

U skladu sa čl. 3 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, „zabranjena je diskriminacija mentalno oboljelih lica“. U čl. 7, tač. 5 Zakon definiše diskriminaciju kao „svako pravno ili fizičko, neposredno ili posredno razlikovanje, privilegovanje, isključivanje ili ograničavanje zasnovano na mentalnom poremećaju zbog kojeg se mentalno oboljelim licima otežava ili negira priznavanje, uživanje ili ostvarivanje ljudskih prava i sloboda“. Međutim, u isto vrijeme nalazi prihvatljive „posebne mjere koje se preduzimaju u cilju zaštite zdravlja ili sigurnosti mentalno oboljelih lica, odnosno poboljšanja njihovog zdravlja“, koje se ne smatraju diskriminacijom. Drugim riječima, Zakon ne smatra mjere zaštite koje se primjenjuju u odnosu na osobe sa „mentalnim bolestima“ diskriminatornim. U praksi ovo može imati različite implikacije, jer se može tumačiti da su prisilna hospitalizacija i prisilno liječenje prihvatljivi prema domaćem zakonodavstvu.

Navedena ograničena definicija diskriminacije nije u skladu sa definicijom diskriminacije na osnovu invaliditeta iz Konvencije, koja u čl. 2 navodi:

„Diskriminacija na osnovu invaliditeta znači svako razlikovanje, isključivanje ili ograničavanje na osnovu invaliditeta, čija su svrha ili posljedica umanjivanje ili poništavanje priznanja, uživanja ili ostvarivanja svih ljudskih prava i osnovnih sloboda, ravnopravno s drugim osobama, na političkom, ekonomskom, socijalnom, kulturnom, društvenom i svakom drugom polju.“

Konvencija stoga jasno stavlja do znanja da svi oblici liječenja sa svrhom *ili* posljedicom ugrožavanja ili poništavanja priznanja, uživanja ili ostvarivanja *bilo kog* ljudskog prava i/ili osnovne slobode moraju biti zabranjeni. Ova zabrana se takođe primjenjuje na diskriminatorne sisteme „zaštite“ osoba sa psihosocijalnim invaliditetom, uključujući i prisilnu hospitalizaciju i prisilno liječenje.

II.5.3. Ograničenja prava i sloboda

Čl. 5 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica propisuje okolnosti u kojima se prava i slobode osoba sa invaliditetom mogu ograničiti:

„Ostvarivanje prava mentalno oboljelih lica u skladu sa ovim zakonom može se ograničiti samo u slučajevima propisanim zakonom i ako je to neophodno da bi se zaštitilo zdravlje ili bezbjednost tih ili drugih lica. Psihijatri i drugi zdravstveni radnici dužni su da sprovode liječenje mentalno oboljelih lica tako da u najmanjoj mogućoj mjeri ograničavaju njihove slobode i prava, kao i da ne prouzrokuju fizičke i psihičke neugodnosti koje vrijeđaju njihovu ličnost i ljudsko dostojanstvo.“

Ova odredba dopušta prisilnu hospitalizaciju i prisilno liječenje u određenim okolnostima, međutim, krši Opšta načela Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom koja su navedena u čl. 3 i koja uključuju: (a) poštovanje urođenog dostojanstva, lične autonomije, uključujući slobodu izbora i nezavisnost osoba i (b) nediskriminaciju. Ovi principi se moraju primijeniti u odnosu na sva druga prava i slobode osoba sa invaliditetom.

Dok EKLJP, kao što je već objašnjeno, dopušta ovakvu praksu samo u određenim okolnostima. U zavisnosti od toga kako se navedena odredba zakona primjenjuje u praksi, od slučaja do slučaja, postoji rizik da stav Crne Gore po pitanju prisilne hospitalizacije i liječenja može dovesti i do kršenja EKLJP.

Crna Gora mora težiti iskorijenjivanju takvih praksi. Čak i u slučaju da takva praksa i dalje bude dozvoljena, ona iz perspektive ljudskih prava može biti prihvatljiva samo, ako se primjenjuje podjednako na sve osobe bez obzira na postojanje ili nepostojanje invaliditeta. U međuvremenu, važno je osigurati da se ograničavajući postupci primjenjuju samo u izuzetnim okolnostima, tj. u krajnjoj nuždi. Ovo se može postići zabranom postupanja koje krše ljudska prava, kao i reformom zakonodavstva, politika i praksi, a sa ciljem obezbjeđivanja alternativnih, usluga za osobe sa invaliditetom koje bi se pružale na dobrovoljnoj osnovi.

Na primjer, pacijenti treba da imaju pristup podršci u donošenju odluka u vezi sa liječenjem i hospitalizacijom, pristup alternativnim zdravstvenim uslugama u zajednici, pristup uslugama u oblasti mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite, i pristup kvalitetnim preventivnim medicinskim, zdravstvenim i uslugama u cilju opravka. Mora postojati jasno razumijevanje podrške koja je potrebna osobama sa psihosocijalnim invaliditetom, i obezbijediti da takva podrška postoji. Potreba osoba sa invaliditetom za podrškom nikada se ne smije koristiti kao opravdanje za ograničavanje ostvarivanja drugih prava ili sloboda, uključujući prava na slobodu, zdravlje i odgovarajući životni standard.

II.5.4. Prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu

Crnogorsko zakonodavstvo omogućava lišavanje slobode i prisilni smještaj lica u psihijatrijsku ustanovu. Smještaj u psihijatrijsku ustanovu regulisan je čl. 29–41 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica. Čl. 30, koji reguliše dobrovoljno smještanje u psihijatrijsku ustanovu, navodi da:

„Mentalno oboljelo lice koje može razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koje je na osnovu toga sposobno da donese odluku može se, uz njegov pisani pristanak, smjestiti u psihijatrijsku ustanovu.“

Čl. 32–39 ovog zakona dalje reguliše prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu.

Još preciznije, član 32 propisuje: „teže mentalno oboljelo lice, koje usljed mentalnog poremećaja i poremećaja ponašanja ozbiljno i direktno ugrožava sopstveni život, zdravlje ili sigurnost, odnosno život, zdravlje ili sigurnost drugog lica, može se zadržati i smjestiti u psihijatrijsku ustanovu, bez svog pristanka, u skladu sa zakonom.“

Ovo je kršenje, kako je prethodno objašnjeno, Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, koja jasno zabranjuje lišavanje slobode na osnovu invaliditeta i takvo postupanje dozvoljava jedino u slučaju kada nije povezano sa postojanjem invaliditeta, odnosno u slučajevima kada je dozvoljeno lišiti slobode i osobe bez invaliditeta.

Ovo znači da osobe sa invaliditetom mogu, primjera radi, biti lišene slobode kada krše odredbe Krivičnog zakonika, pod uslovom da se poštuje propisana procedura. Oni, dakle, mogu biti lišeni slobode ako postoji razumna sumnja da je neka osoba počinila krično djelo ili prijeti njegovim izvršenjem. Niko ne može biti lišen slobode na osnovu drugih razloga, kao što su situacije u kojima članovi porodice ili prijatelji smatraju da je neko opasan, a istovremeno nemaju argumente kojima bi dokazali ove navode. Kao što bi bilo neprihvatljivo lišiti slobode bilo kojeg građanina u sličnim okolnostima, propisi ne bi trebali da omogućavaju ni lišavanje slobode osoba sa invaliditetom.

Istovremeno, važno je naglasiti obavezu države da omogući pristup, kada je to neophodno, odgovarajućim servisima podrške u oblasti mentalnog zdravlja, čak i u slučajevima kada je osoba lišena slobode. Država, takođe, ima obavezu da osigura da je svaka osoba u svakom trenutku ima pristup uslugama iz oblasti mentalnog zdravlja koje

se pružaju u zajednici. Osobe sa invaliditetom imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa međunarodnim standardima, posebno članom 25 Konvencije.

Ovo je važno obezbijediti svim osobama, uključujući i one koje su počinile krivično djelo. Dakle, moraju imati pristup odgovarajućim uslugama i prije i nakon počinjenog krivičnog djela. Mora se obezbijediti cjelovit pristup u liječenju ovih osoba, što znači da, primjera radi, liječenje ne može biti svedeno na lijekove. Liječenje, kako je već rečeno, mora da bude obezbijeđeno na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, kako se i zahtjeva u članu 12 i članu 25 Konvencije.

Jednaki standardi se moraju primjenjivati u odnosu na osobe sa invaliditetom u vezi sa kojima je rečeno da mogu ugroziti sopstveni život, zdravlje ili bezbjednost. Lišavanje slobode ili prisilno liječenje nijesu dozvoljeni, već su zabranjeni Konvencijom. Pokušaj samoubistva nije, prema Ustavu Crne Gore, krivično djelo i ne smije da ima za posledicu slanje ljudi u zatvor.

Ono što država međutim treba da osigura je pristup odgovarajućim servisima u oblasti mentalnog zdravlja u svakom trenutku kako bi svakoj osobi podrška bila na raspolaganju u slučaju da je zatreba. Prisila i nasilje ne samo da neće pomoći, nego su, kako smo kazali, zabranjeni na osnovu međunarodnih standarda.

Zaključuje se da je pretpostavka zakona da će uvijek postojati osobe koji moraju biti prisilno hospitalizovane, te da se procedura za takav oblik hospitalizacije mora propisati. Ovo je u suprotnosti, kako je prethodno objašnjeno, sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom, konkretno u pogledu čl. 12 (poslovna sposobnost), čl. 14 (sloboda) i čl. 25 (zdravlje i načelo informisane saglasnosti).

Crna Gora bi trebalo hitno da izmijeni svoje propise kako bi se ukinulo lišavanje slobode opravdano postojanjem invaliditeta. Bilo kakva vrsta prisilnog zadržavanja ne smije biti vezana za prisustvo stvarnog ili percipiranog invaliditeta i mora biti definisana neutralno tako da se primjenjuje podjednako na sva lica, sa ili bez invaliditeta.

Druga problematična odredba u crnogorskom zakonodavstvu sadržana je u čl. 38 Zakona o vanparničnom postupku, prema kojem:

„Sud može rješenjem odrediti da lice prema kome se vodi postupak privremeno, ali najduže za tri mjeseca, bude smješteno u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu, ako je to po mišljenju ljekara neophodno, da se utvrdi njegovo duševno stanje, osim ako bi time mogle nastupiti štetne posljedice po njegovo zdravlje“.

U skladu sa ovom odredbom dozvoljeno je lišavanje slobode pojedinca, u periodu do tri mjeseca, radi procjene njegovog duševnog stanja u cilju odlučivanja o smještaju u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

Kako se ova odredba odnosi na postupak oduzimanja poslovne sposobnosti posebno kod lica sa invaliditetom, ona predstavlja jasan oblik lišavanja slobode na osnovu invaliditeta i stoga krši, između ostalog, čl. 12 (poslovna sposobnost) i čl. 14 (sloboda) Konvencije. Ova odredba takođe krši čl. 5 EKLJP, koji, kao što je navedeno u tekstu gore, dozvoljava lišavanje slobode lica sa „nezdravim umom“, kada se kumulativno zadovolje sljedeća tri minimalna uslova:²⁵⁵

1. stvarni mentalni poremećaj mora biti ustanovljen na osnovu stručnog medicinskog vještačenja pred nadležnim organom, osim u hitnim slučajevima;
2. poremećaj bi trebalo da bude takve vrste i stepena da nalaže obavezno lišavanje slobode tog lica;
3. osnovanost daljeg zadržavanja tog lica zavisi od trajanja poremećaja, što se takođe mora utvrditi od strane relevantnih i nadležnih stručnjaka.

Ovi uslovi (*Winterwerp* kriterijumi) nijesu ispunjeni kada je lice lišeno slobode radi cilja opisanog u čl. 38 Zakona o vanparničnom postupku, zbog čega je ovaj član potrebno obrisati ili izmijeniti.

II.5.4.1. DOBROVOLJNA I PRISILNA HOSPITALIZACIJA

Hospitalizacija se može smatrati dobrovoljnom samo uz slobodnu, potpunu i informisanu saglasnost koju je pacijent dao lično. Kad god je takva saglasnost data od strane nekog drugog lica, čak i kada je u pitanju član porodice, zakonski staratelj ili sud, hospitalizacija mora biti zakonom prepoznata kao prisilna i pacijent mora uživati zaštitu koju imaju i lica lišena slobode.

U tom smislu, crnogorski zakon je problematičan i treba ga izmijeniti jer postoje situacije u kojima se hospitalizacija smatra dobrovoljnom, iako nedostaje lična saglasnost pacijenta: vidi čl. 31, koji objašnjava kako se zakonski staratelj i sud mogu zajedno složiti da „dobrovoljno“ hospitalizuju pacijenta.

²⁵⁵ *Stanev protiv Bugarske* [GC], st. 145; *D.D. protiv Litvanije*, st. 156; *Kallweit protiv Njemačke*, st. 45; *Shtukurov protiv Rusije*, st. 114; *Varbanov protiv Bugarske*, st. 45; i *Winterwerp protiv Holandije*, st. 39.

Proceduralne mjere zaštite

Čl. 34–39 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i čl. 46–53 Zakona o vanparničnom postuku propisuju, postupak koji treba poštovati prilikom prisilnog smještaja osobe u psihijatrijsku ustanovu.

Čini se da zakoni dozvoljavaju prisilnu hospitalizaciju, bez naloga suda, na duži vremenski period (period se dobija zbrajanjem nekoliko zakonom propisanih rokova i to: 48 sati u kojem ustanova obavještava sud o prisilnoj hospitalizaciji, plus rok u okviru kojeg prvostepeni sud mora da donese odluku o opravdanosti hospitalizacije – do 3 dana, i rok u kojem drugostepeni sud mora da odgovori na žalbu protiv odluke prvostepenog suda – do 8 dana). Dakle, ovaj vremenski period traje do 13 dana.

U skladu sa Konvencijom, lišavanje slobode po osnovu invaliditeta, uključujući i prisilnu hospitalizaciju, predstavlja kršenje ljudskih prava. EKLJP prihvata takvu praksu u izuzetnim okolnostima i nameće stroge garancije u vezi sa njenom primjenom. Čl. 5(4) EKLJP garantuje pravo na pokretanje postupka u kome će sud hitno ispitati zakonitost lišavanja slobode. Iz ovih razloga, važeće zakonodavstvo u Crnoj Gori ne ispunjava ključne međunarodne standarde ljudskih prava.

Pored toga, čl. 40 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih propisuje:

„U slučaju kad mentalno oboljelo lice treba otpustiti iz psihijatrijske ustanove, a to lice, zbog svog mentalnog stanja, materijalnih, porodičnih i drugih prilika, nije sposobno da se brine o sebi, niti ima srodnike ili druga lica koja su po zakonu dužna da se o njemu brinu, premjestiće se iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite.“

Smještaj u ustanovu protiv svoje volje i bez ponuđenih drugih alternativnih rješenja može predstavljati lišavanje slobode – ovo se podjednako odnosi i na smještaj u psihijatrijsku ustanovu i u ustanovu socijalne zaštite. Ova odredba zakona navodi da je lišavanje slobode dopušteno na osnovu: *njegovog/njenog mentalnog stanja, materijalnih, porodičnih i drugih prilika*.

Takve odredbe su znatno ispod standarda utvrđenih Konvencijom i drugim međunarodnim instrumentima. Kao što je već objašnjeno, čl. 14 o ličnoj slobodi i bezbjednosti predviđa da će države ugovornice obezbijediti da osobe sa invaliditetom ravnopravno sa drugima: (a) uživaju pravo na ličnu slobodu i bezbjednost; (b) ne budu lišena slobode protivzakonito ili nečijom samovoljom, da svako lišavanje slobode bude u skladu sa zakonom, kao i da postojanje invaliditeta ni u kom slučaju ne može biti opravdanje za lišavanje slobode. [...]

To znači da je lišavanje slobode zasnovano na postojanju invaliditeta – uključujući i *njegovo/njeno mentalno stanje* – u suprotnosti sa Konvencijom i predstavlja diskriminaciju. Pravo na slobodu je takođe predviđeno i posebno opisano u čl. 9 i 10 Međunarodnog pakta o građanskim i političkim pravima (PGP). Čl. 2(1) PGP zabranjuje diskriminaciju, navodeći sljedeće:

„Države članice ovog Pakta obavezuju se da poštuju i da zajamče prava priznatim ovim Paktom svim pojedincima koji se nalaze na njihovoj teritoriji i potpadaju pod njihovu vlast, bez ikakvog razlikovanja, naročito u pogledu rase, boje, pola, jezika, vjeroispovjesti, političkog ili svakog drugog ubjeđenja, nacionalnog ili društvenog porijekla, imovine, rođenja ili drugog statusa.“

Prema tome, poricanje prava na slobodu po osnovu *mentalnog stanja, materijalnih, porodičnih i drugih prilika*, ili, po riječima međunarodnih konvencija – po osnovu invaliditeta, socijalnog porijekla, rođenja ili drugog statusa, krši standarde prema međunarodnom pravu.

Kada je riječ o Evropskoj konvenciji o ljudskim pravima, čl. 5(1)(e) dozvoljava lišavanje slobode u odnosu na nekoliko kategorija lica, konkretno lica koja šire zarazne bolesti, koja imaju nezdrav um, zatim alkoholičare, uživaoce droga i skitnice. Ovom listom su iscrpljeni svi osnovi i nijedan drugi osnov nije prihvatljiv.

Nastavak prakse lišavanja slobode osoba sa invaliditetom iz čisto administrativnih razloga takođe je zabranjeno u skladu sa praksom Evropskog suda za ljudska prava.²⁵⁶

Zaključujemo da je očigledno da je lišavanje slobode po osnovu *mentalnog stanja, materijalnih ili porodičnih ili drugih prilika* neprihvatljivo prema međunarodnom pravu, uključujući odredbe Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Međunarodnog pakta o građanskim i političkim pravima i Evropske konvencije o ljudskim pravima.

Osim toga, u čl. 19 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, koji predviđa pravo na samostalan život i uključivanje u zajednicu, navodi se da:

„Države potpisnice ove Konvencije priznaju jednako pravo svim osobama s invaliditetom na život u zajednici, s pravom izbora jednakim kao i za druge osobe, te preduzimaju djelotvorne i odgovara-

juče mjere kako bi olakšale osobama s invaliditetom potpuno uživanje ovog prava i njihovu punu uključenost i učešće u zajednici, uključujući i osiguranje da:

- (a) osobe s invaliditetom imaju mogućnosti izbora svog mjesta stanovanja, gdje i s kim će živjeti, ravnopravno s drugim osobama, te da nisu primorane živjeti po određenom programu[...]"*

To znači da Crna Gora, osim što treba da obezbijedi da nema nezakonitog lišavanja slobode, takođe ima obavezu da osobama koje nemaju mjesto za život osigura pristup uslugama u zajednici, te da preduzme mjere kako niko ne bi bio prisiljen da živi u institucionalizovanom okruženju. Fokus mora biti na omogućavanju osobama sa invaliditetom da ostvaruju svoje pravo na život nezavisno i da budu uključeni u zajednicu.

II.6. DEINSTITUCIONALIZACIJA

Proces deinstitutionalizacije u Crnoj Gori je važan u kontekstu prisilne hospitalizacije jer, kako je prikazano u drugim izveštajima objavljenim u okviru ovog projekta, u psihijatrijskim ustanovama zaključano borave stotine ljudi zbog nedostatka alternativnih rješenja u zajednici (vidi primjer Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru). Oni su prisiljeni da ostanu u restriktivnom okruženju u kojem nema dovoljno mjesta za lični ili bilo kakav drugi vid razvoja, i to samo zbog toga što nemaju nigdje drugo da odu.

Iako se ova situacija mora hitno riješiti, država mora osigurati i da ponuđena rješenja budu usklađena sa međunarodnim pravom. To ne podrazumijeva samo da pacijenti dobiju pristup alternativnim rješenjima u zajednici, već i da imaju koristi od podrške tokom procesa tranzicije i da sva alternativna rješenja koja su im ponuđena budu odgovarajuća.

U tom smislu, vrijedi napomenuti da se u čl. 7, tač. 14 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica *zajednica* definiše kao porodica ili drugi oblik zajedničkog života, socijalna ili druga ustanova, mjesto prebivališta ili boravišta ili drugo bliže okruženje u kojem mentalno oboljelo lice živi. Ova definicija je problematična jer se čini da uključuje okruženje koje, prema međunarodnom pravu, ne predstavlja zajednicu, već institucionalno okruženje. Za više detalja o razlikama između takvog okruženja i relevantnih standarda, vidi izvještaj o deinstitutionalizaciji objavljen u okviru ovog projekta.²⁵⁷

Crnogorsko zakonodavstvo dozvoljava podvrgavanje prisilnom liječenju, što predstavlja direktno kršenje Konvencije, kako je objašnjeno u prethodnom tekstu. Čl. 8 i čl. 14–17 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica uređuju liječenje osoba sa invaliditetom. U čl. 8 se navodi da:

„[...]“

Mentalno oboljelo lice ima pravo da bude liječeno u najmanje ograničavajućoj okolini i sa najmanje ograničavajućim, nametljivim i prisilnim metodama.

Liječenje i zaštita mentalno oboljelog lica moraju biti zasnovani na individualno utvrđenom planu, sa kojim je to lice upoznato i saslušano njegovo mišljenje.

U utvrđivanju plana iz stava 3 ovog člana uključuju se članovi porodice ili zakonski zastupnik, uz pristanak mentalno oboljelog lica koje je sposobno da shvati značaj svog postupka.

U utvrđivanju plana iz stava 3 ovog člana obavezno se uključuju članovi porodice ili zakonski zastupnik mentalno oboljelog lica koje nije sposobno da shvati značaj svog postupka.“

Određbe ovog Zakona priznaju pravo osoba na psihijatrijsko liječenje prvenstveno na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, i naglašavaju da se takvo liječenje mora sprovoditi uzimajući u obzir lične okolnosti svakog pacijenta.

Međutim, u isto vrijeme, ove odredbe zahtijevaju uključivanje članova porodice ili zakonskog zastupnika u donošenje odluka u vezi sa liječenjem, što ukazuje na to da oni mogu donositi odluke u ime pacijenta. Ovaj pristup je problematičan jer je u sukobu sa standardima navedenim u Opštem komentaru br. 1 Konvencije, koji navodi:

„Pravo na ostvarivanje najvišeg mogućeg zdravstvenog standarda (član 25) obuhvata pravo na zdravstvenu njegu na osnovu slobodnog i informisanog pristanka. Države strane ugovornice imaju obavezu da zahtijevaju od svih zdravstvenih i medicinskih profesionalaca (uključujući psihijatrijske profesionalce) da dobiju slobodan i informisani pristanak od osoba sa invaliditetom prije svake intervencije. U kombinaciji sa pravom na poslovnu sposobnost na jednakoj osnovi sa drugima, države

²⁵⁷ Vidi izvještaj „Modeli deinstitutionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici“, takođe rezultat projekta „Van izolacije– ostvarivanje prava pacijenata s mentalnim oboljenjima“, dostupan na: <http://www.hraction.org/?p=12533>.

strane ugovornice imaju obavezu da ne dozvole onima koji donose odluke umjesto nosioca prava da obezbijede pristanak u ime osoba sa invaliditetom.“

Ovo treba shvatiti kao obavezu država da osiguraju da se liječenje uvijek sprovodi na osnovu lične, slobodne i informisane saglasnosti.

Ovo je relevantno i kada je riječ o biomedicinskim istraživanjima, koja, prema Konvenciji, uvijek moraju uključivati slobodnu i informisanu saglasnost pacijenta. U suprotnom će vjerovatno doći do nekog oblika mučenja ili zlostavljanja. To predviđa čl. 15 Konvencije, koji eksplicitno navodi:

1. *Nijedna osoba ne smije biti podvrgnuta mučenju ili okrutnom, nečovječnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju. Posebno, niko ne smije biti podvrgnut medicinskim ili naučnim eksperimentima bez svog slobodnog pristanka. (...)*

Što se tiče odluka o liječenju – tretmanu koji se primjenjuje u odnosu na osobe sa invaliditetom, prisustvo trećih lica tokom razgovora o liječenju se može vidom garancije, ali to nije nužno slučaj. Prije svega, uzimajući u obzir stigm i predrasude koje prate osobe sa psihosocijalnim invaliditetom, kao i opšti nedostatak znanja o ovoj temi u široj javnosti, prisustvo trećeg lica tokom takvih razgovora treba dozvoliti samo ako se pacijent slaže sa tim. Drugo, treća lica nikada ne bi trebalo da imaju mogućnost da odluče o tretmanu u ime pacijenta. Ovdje je takođe važno razmotriti princip povjerljivosti pacijenta/klijenta, koji bi uvijek trebalo poštovati i kao pitanje medicinskog prava i pitanje etike.

Takođe je važno imati na umu da u pojedinim slučajevima pojedinci mogu zatražiti podršku u donošenju odluka, uključujući i u odnosu na donošenje odluke u vezi psihijatrijskog liječenja. Ta podrška, međutim, treba da potiče od osobe koju pacijent slobodno izabere, kojoj vjeruje i gdje ne postoji stvarni ili mogući sukob interesa.

Želimo još jednom da naglasimo da čak i manje napredni standardi koji prihvataju prisilno liječenje, u izuzetnim okolnostima, naglašavaju potrebu da se utvrdi da ne postoje druge manje nametljive mjere za pružanje odgovarajuće njege. To treba tumačiti kao nametanje obaveze državama potpisnicama da dokažu da imaju dostupna i alternativna rješenja, kao što su pristup podršci u donošenju odluka u vezi sa liječenjem i hospitalizacijom, pristup alternativnim zdravstvenim uslugama u zajednici, pristup uslugama u oblasti mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite, kao i da se na odgovarajući način bave preventivom.

Kada takva alternativna rješenja i preventivni mehanizmi nijesu uspostavljeni, ne može se tvrditi da je prethodno pokušano sa primjenom manje restriktivnih mjera. Ukoliko jesu uspostavljeni, neophodno je procjenjivati, od slučaja do slučaja, da li je mogućnost primjene manje restriktivnih mjera razmotrena u dovoljnoj mjeri.

Ovo je izuzetno važno jer zakon u gore pomenutim odredbama sadrže široku lepezu proceduralnih garancija u cilju ograničavanja broja slučajeva u kojima se primjenjuje prisilno liječenje i smanjenja trajanja primjene takvih mjera na neophodni minimum. Takođe predviđa i mogućnost povlačenja saglasnosti za liječenje. Takve odredbe, međutim, ipak omogućavaju rutinsko odlučivanje u odsustvu odgovarajućih alternativa. Uvođenje takvih alternativnih rješenja takođe otvara put ka potpunom ukidanju mjera prisile, kao što su prisilna hospitalizacija i prisilno liječenje, kako to zahtijeva Konvencija.

II.7. ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Crnogorsko zakonodavstvo i dalje dozvoljava lišavanje slobode, prisilnu hospitalizaciju i prisilno liječenje, suprotno ključnim standardima međunarodnog prava. Iako obuhvata neke odredbe od kojih bi osobe sa invaliditetom mogle imati koristi, sveobuhvatni zakonodavni pristup zasniva se na medicinskom modelu invaliditeta. Po ovom modelu, osobe sa invaliditetom posmatrane su kao osobe sa „nesposobnostima“ kojima su potrebni zaštita i liječenje, bez obzira na njihovu volju ili želje. Zakonodavstvo treba da teži modelu po kojem su osobe sa invaliditetom priznate kao vrijedni članovi zajednice, sa jednakim pravima i slobodama, a koji mogu, ukoliko je potrebno, koristiti odgovarajuće podrške. Ovu podršku treba pružati na dobrovoljnoj osnovi, a ukinuti praksu prisilnih mjera.

Zbog navedenih razloga, Vlada Crne Gore bi trebalo da započne reformu zakona kako bi svoje zakonodavstvo uskladila sa standardima iz Konvencije. Tokom ovog procesa, Vlada bi trebalo da potraži podršku i uključi osobe sa invaliditetom, predstavnike civilnog društva tj. organizacija koje se bave pravima osoba sa invaliditetom, zatim organizacije osoba sa invaliditetom i stručnjake u navedenoj oblasti, uključujući i stručnjake koji su svoje znanje stekli kroz iskustvo odnosno radeći u ovoj oblasti.

U nastavku predstavljamo opšte preporuke za reformu zakona koji propisuju postupak prisilnu hospitalizaciju i prisilno liječenje osoba sa invaliditetom.

Preporuke:

- Odmah započeti sa analizom svih postojećih zakonskih rješenja, politika i praksi u pogledu prisilne hospitalizacije i prisilnog liječenja u skladu sa standardima Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom; formirati radne grupe koje će uključivati sve relevantne aktere u cilju uvođenja reformi koje će biti usaglašene sa međunarodnim pravom, posebno Konvencijom. Polazne tačke mogu biti sljedeće:
 - Izmijeniti čl. 3 i čl. 7 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i druge relevantne odredbe kako bi se osiguralo da definicija koncepta *diskriminacije* bude u skladu sa Konvencijom. Diskriminacija mora obuhvatiti svako razlikovanje, isključivanje ili ograničavanje na osnovu invaliditeta, čija su svrha ili posljedica umanjivanje ili poništavanje priznanja, uživanja ili korištenja svih ljudskih prava i osnovnih sloboda, ravnopravno s drugim osobama. Bilo kakvi oblici lišavanja slobode (npr. prisilna hospitalizacija) ne smiju biti vezani za postojanje stvarnog ili percipiranog invaliditeta i moraju se definisati neutralno tako da se primjenjuju podjednako na sva lica, sa ili bez invaliditeta.
 - Odmah brisati čl. 24 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, koji dozvoljava podvrgavanje biomedicinskim istraživanjima bez slobodnog i informisanog pristanka pacijenta.
 - Izmijeniti čl. 31–39 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica kako bi se osiguralo da je jedina situacija u kojoj se hospitalizacija smatra „dobrovoljnom“ onda kada je pacijent lično dao svoju direktnu, potpunu, slobodnu i informisanu saglasnost.
 - Osigurati da se osobe sa invaliditetom nikada ne lišavaju slobode na osnovu stvarne ili percipirane invalidnosti, već samo na osnovu razloga koji nijesu vezani za invaliditet i koji su neutralno definisani tako da se ravnopravno primjenjuju na sve osobe, i to kroz:
 - Izmjene i dopune čl. 34–39 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, koji omogućavaju prisilnu hospitalizaciju na duži vremenski period, bez naloga suda.
 - Brisanje čl. 40 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, koji omogućava lišavanje slobode u ustanovama socijalne zaštite na osnovu duševnog stanja, materijalnih, porodičnih ili drugih prilika.
 - Brisanje čl. 38 Zakona o vanparničnom postupku, po kojem pojedinac može biti lišen slobode u trajanju do tri mjeseca radi procjene njegovog mentalnog stanja, u svrhu odlučivanja o njegovoj hospitalizaciji.
 - Razvijanje usluga u zajednici kako bi se osiguralo da pacijenti mogu samostalno živjeti i biti uključeni u zajednicu.
- Uspostaviti model *Istine i pomirenja* u oblasti pružanja usluga iz oblasti mentalnog zdravlja.
- Propisati nova zakonska rješenja, politike i usluge u cilju ograničavanja i konačnog ukidanja upotrebe prisile. Obratiti pažnju na postojeće primjere dobre prakse kao što su *Mentalno zdravlje u zajednici u Trstu*, *Porodična grupna konferencija*, pomoć pri donošenju odluka, *Švedski Lični Ombudsman* i *Konvencionalno zastupanje* u Rumuniji. Ovo bi trebalo da obezbijedi, između ostalog, pristup podršci u donošenju odluka u vezi sa liječenjem i hospitalizacijom, pristup alternativnim zdravstvenim uslugama u zajednici, pristup uslugama iz oblasti mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite i odgovarajuće preventivne mjere. Mora postojati potpunorazumijevanje u pogledu podrške koja je potrebna osobama sa psihosocijalnim invaliditetom, i takva podrška mora biti obezbijedena – uključujući postupak donošenja odluka u vezi sa psihijatrijskim liječenjem. Potrebu za takvom podrškom nikada ne treba tumačiti kao opravdanje za ograničavanje prava na osnovu invaliditeta. Ovo je moguće postići na sljedeće načine:
 - Osigurati da osobe sa mentalnim invaliditetom imaju jednak pristup skupu individualizovanih usluga, uključujući podršku i pomoć u kući, te formirati timove za mentalno zdravlje u zajednici koji su dostupni svim osobama sa mentalnim invaliditetom. Ovo bi trebalo da bude jedan od prioriteta u okviru državnog budžeta, uz preusmjerenje sredstava iz institucija na razvoj individualizovanih usluga podrške.
 - Osigurati da sve osobe sa mentalnim invaliditetom i njihove porodice imaju pristup specijalizovanoj podršci i finansiranju, uključujući omogućavanje ličnog budžeta, kako bi dobili profesionalnu i individualizovanu podršku tamo gdje takve usluge država ne pruža.
- Novi zakonodavni okvir i politike koje će propisivati prisilnu hospitalizaciju treba da:
 - uspostave u domaćem zakonodavstvu zakonsko pravo za osobe sa invaliditetom da žive samostalno u zajednici;
 - obezbijede pružanje usluga u oblasti mentalnog zdravlja samo na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, poštujući način na koji osoba ostvaruje svoju poslovnu sposobnost;
 - zabrane zadržavanje ili pritvor samo na osnovu psihijatrijske dijagnoze i/ili mogućeg rizika od povređivanja sebe ili drugih; pravni osnov za oduzimanje poslovne sposobnosti treba razdvojiti od invaliditeta i definisati ga neutralno tako da se podjednako primjenjuje na sva lica;

- stvore sistem koji osigurava da su sva moguća podrška i razumni smještaj dostupni pacijentu, kako bi pacijent bio u mogućnosti da ostvari svoju poslovnu sposobnost na pravno nezavisan način i donosi odluke o prisilnom liječenju i hospitalizaciji;
- zahtijevaju sve razumne napore u situacijama gdje su nastupile ozbiljne štetne posljedice kako bi se osiguralo da pacijent ima pristup podršci radi poboljšanja i maksimiziranja ostvarivanja njegove poslovne sposobnosti. Takve situacije obuhvataju ozbiljne bolesti ili povrede, lišavanje slobode ili ugrožavanje lične bezbjednosti, prijetnju ili pokušaj izazivanja fizičke i/ili psihičke štete samome sebi, ili nasilno ponašanje prema drugoj osobi, ili izazivanje straha kod drugih lica da će ih pacijent fizički i/ili psihički povrijediti;
- nedvosmisleno zabrane prisilno zadržavanje u psihijatrijskim ustanovama i ukinu sve propise koji omogućavaju takvu praksu;
- obezbijede pravičan pristup sudovima radi osporavanja odluke da lice nije u stanju da nezavisno pravno djeluje, ili odluke da lice može pretrpjeti ozbiljne štetne posljedice. Prilikom donošenja takvih odluka nadležni organi moraju uvijek primjenjivati princip maksimizacije poslovne sposobnosti pacijenta i primjenu najmanje restriktivnog pravnog sredstva koje dozvoljava najveću autonomiju osobe u skladu sa procjenom stepena ozbiljnosti posledica u konkretnoj situaciji.
- Novi zakonodavni okvir i politike koje će uređivati prisilno liječenje treba da:
 - nedvosmisleno zabrane prisilno liječenje, posebno psihijatrijsko liječenje i ukinu sve propise koji dozvoljavaju takvu praksu;
 - obezbijede pružanje psihijatrijskog liječenja na osnovu slobodne i informisane saglasnosti, poštujući način na koji lice ostvaruje svoju poslovnu sposobnost;
 - osiguraju da osobe sa invaliditetom, kada je to potrebno, imaju pristup podršci pri donošenju odluka kako bi mogli dati slobodnu i informisanu saglasnost;
 - zabrane prisilno liječenje, odnosno tretman bez informisane saglasnosti, odnosno kao uslov života u zajednici, poštujući da je hitan zdravstveni tretman propisan zakonom ponekad opravdan i da osoba može ostvarivati svoju poslovnu sposobnost na različite načine – pravno nezavisno, kroz ranije usvojena uputstva, putem podržanog ili odlučivanja uz pomoć druge osobe. Ukoliko je pacijent sposoban da da svoju saglasnost na pravno nezavisan način, njegova odluka treba da bude konačna, a svaka medicinska intervencija koja krši ovaj standard bi predstavljala napad.
 - zabrane vršenje medicinskih i naučnih eksperimenata nad osobama sa invaliditetom bez njihove slobodne i informisane saglasnosti.
 - obezbijede da zdravstveni radnici dobiju obuku o pravima osoba sa invaliditetom, kako je to detaljno navedeno u Konvenciji, posebno o pravu na slobodnu i informisanu saglasnost;
- Osigurati da su djelotvorni i nezavisni mehanizmi za žalbe direktno dostupni osobama sa mentalnim invaliditetom u slučajevima povrede njihovog prava na slobodu i prava na samostalan život u zajednici. Ovo uključuje žalbe na prisilno zadržavanje u psihijatrijskim institucijama i propust da se pruže individualne usluge ili opcije za život u zajednici, kao i propust da se obezbijedi pristup redovnim uslugama.
- Obezbijediti nadoknadu, uključujući i rehabilitaciju, žrtvama kršenja ljudskih prava, kao što su osobe koje su bile podvrgnute prisilnom liječenju i prisilnoj hospitalizaciji.

CONCLUSIONS

1.1. GENERAL

Psychiatric patients in Montenegro receive outpatient treatment in eight mental health care centres, while their inpatient treatment is carried out at the Special Psychiatric Hospital in Kotor, Psychiatric Unit at the General Hospital in Nikšić and Psychiatric Clinic at the Clinical Centre in Podgorica. In addition, last year a smaller psychiatric department was established at the General Hospital in Bijelo Polje.

Kotor Special Psychiatric Hospital is the only medical institution that is also carrying out involuntary hospitalization and accommodating forensic patients, referred to it by the courts or prison. It has 241 beds but has 255 patients on its list as some of them are at home on so-called adaptation weekends. During 2016 it had 1013 voluntary and 38 involuntary hospitalizations.

1.2. LIVING CONDITIONS

Montenegro lacks hospital conditions for the treatment of female alcohol and substance abusers, as well as for the psychiatric treatment of minors. Due to lack of space in the Kotor Special Hospital, there are patients on the waiting list for admission.

Material conditions for treatment are satisfactory only at the Psychiatric Unit at the General Hospital in Nikšić, which has recently been completely renovated thanks to a private donation. Psychiatric Clinic at the Clinical Centre of Montenegro was in extremely poor condition and renovated to some extent following public appeals. However, positive therapeutic environment will only be achieved after planned construction of a new facility. Despite improvements, Special Hospital in Kotor does not offer its patients a positive therapeutic environment that favours faster recovery. Material conditions and hygiene need to be improved in chronic departments particularly, where patients sleep without bedding, covered by military blankets only. Personalization of patients' living space has not been fully aligned with CPT recommendations.

1.3. „SOCIAL PATIENTS“ AND FORENSIC PATIENTS IN THE HOSPITAL

About 40% of patients in the Hospital in Kotor (107) are the so-called social patients, whose inpatient treatment is no longer required but who continue to live at the Hospital because they have no families and/or homes and the state does not have adequate solution with regard to their further care. The only legal solution envisaged for these persons is the transfer to another institution for social care (home for the elderly or institution for people with intellectual disabilities), contrary to their right to life in the community under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The transfers are anyhow rarely implemented in practice. The longest-term in house patient has been living in the Hospital for the last 64 years.

Another large group of about 40% of patients of the Hospital are patients referred for treatment by a court or prison (forensic patients), although the Hospital still lacks adequate conditions for their accommodation. The cost of providing security service at the Forensic psychiatric unit drains the Hospital. Although plans for the construction of a special prison hospital to accommodate forensic patients and treat prisoners are under way, its construction remains uncertain due to funding.

Relocation from the Hospital of these two large groups of patients – social and forensic must be done as a matter of priority. This might also contribute to improving the treatment conditions for patients who reach the hospital while in acute phase. It remains however vital for the health care system to develop a plan of providing adequate mental health care services in a holistic manner, reducing as much as possible the number of beds in psychiatric hospitals and including such services in the general health care services. The development of sufficient mental health care centers and of preventive actions in the field of mental health must also be important features of such plan.

1.4. LACK OF NURSING PERSONNEL

The Hospital in Kotor and the Psychiatric Unit at the General Hospital in Nikšić lacks sufficient nursing personnel. There is no internal limit in terms of overtime work in the Hospital in Kotor, which additionally increases the risk of burnout syndrome.

1.5. ILL-TREATMENT AND DEATHS IN THE HOSPITAL

Three complaints related to abuse in the Hospital were received by the monitoring team that have not been confirmed. There is no special protocol in the Hospital for handling allegations of abuse. In the past year and a half two deaths of patients have been recorded due to suffocation during eating, while no particular measures for prevention of similar cases have been instituted.

1.6. LACK OF OCCUPATIONAL THERAPY

What is common to all psychiatric institutions in Montenegro is that occupational therapy is underused. This therapy is a very important pillar in treating mental illnesses – according to international standards that the European Committee for the Prevention of Torture (CPT) has been pointing to since its first visit to Montenegro in 2004.

Until the implementation of this project, occupational therapy in the Hospital was implemented more as an exception than the rule, due to the lack of funds and insufficient motivation of patients and health workers. Although in 2016 and 2017 six NGO projects significantly increased the involvement of patients in various activities of this type of therapy, these activities should be continued and strengthened following the completion of these projects, as the necessary conditions have now been put in place for this.

1.7. INVOLUNTARY HOSPITALIZATION, CONSENT TO TREATMENT AND USE OF MEANS OF RESTRAINT

Significant decreasing trend in involuntary hospitalisations has been recorded – in 2016 the number of such cases (38) was reduced more than twofold as compared to 2015, and 2017 would probably match 2016 figures. In this context, however, we emphasize that it is essentially important that consent to treatment be free and based on accurate information.

Involuntary hospitalization, however, together with involuntary treatment and use of means of restraint on patients needs to be completely abolished in accordance with the rights afforded to the mentally ill persons as persons with mental (psychosocial) disabilities by the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). This Convention introduced new concepts requiring respect for the will and preferences of persons with psychosocial disabilities, in particular in relation to respect for their legal capacity and prohibition of discrimination on the basis of disability. The Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill, Criminal Code and Law on Non-Contentious Proceedings should be aligned with the CRPD standards in this regard.

The current Law on Non-Contentious Proceedings, prescribing procedure for involuntary hospitalization of mentally ill, since 2015 contains guarantees for the rights of persons subject to such procedure to a lawyer, to have the court see them in person and to consider second opinion of a psychiatrist outside the Hospital, and those guarantees have been consistently enforced. The deadlines in which the court decides in this procedure however are longer than those in which the court decides on deprivation of liberty in criminal proceedings.

In relation to forensic patients, bound by the court measure of mandatory treatment and custody in a health institution ordered in criminal or misdemeanour procedure, one should note that this practice is also in violation of the prohibition of involuntary hospitalization and involuntary treatment by the CRPD. The CPT recommended in 2013 that consent for treatment is to be required also from patients referred to mandatory treatment by a court. The courts that have imposed such a measure do not exercise supervision, but the Hospital submits regular reports to courts at least once a year, on the basis of which the duration of the measure is examined. The CPT recommendations from 2013 requiring that in all cases of examination of the measure courts hold a public hearing in order to hear the person in question and provide for alternative opinion of an expert witness have not been implemented.

1.8. FORENSIC PSYCHIATRIC UNIT

The Forensic psychiatric unit (FPU) has capacity for 21 male forensic patients, but the Hospital on the whole accommodates 98 of them. This unit is the only one guarded by security. The average stay in the FPU lasts for about five-six years.

The Protocol on the work of the FPU unit has not yet been developed. Security officers who lack training in dealing with patients with mental illness still work inside the ward, which is a practice criticized by the CPT since 2008. This practice is a consequence of the lack of nursing personnel. The Hospital continuously claims incapability to provide for adequate guarding of forensic patients. Two such patients escaped and were returned in the past two years, while four remain on the go since 1993. The fact that that involuntary hospitalization and treatment of forensic patients is in violation of CRPD should add incentive to the plans for building forensic hospital within prison.

1.9. AWARENESS OF RIGHTS

Patients are not adequately informed about their right to file a complaint to supervisory authorities regarding treatment in psychiatric institutions. It appears that the Council for the Protection of Patients' Rights in the Hospital in Kotor is not sufficiently transparent or operational and patients are not informed well enough about this body, or their right to lodge a complaint with the Ombudsman. Patients have not been informed of their right to orally address the Protector of Patients' Rights at the General Hospital in Nikšić.

RECOMMENDATIONS

Montenegrin laws need to be aligned with the CRPD. To this end, the Government should set up a special working group including NGOs dealing with the protection of the rights of persons with psychosocial and intellectual disabilities and people with disabilities and/or their representative organisations to identify all provisions providing for discrimination of patients with psycho-social disabilities and propose their amendment. The laws to look at are primarily the Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill, Criminal Code and Law on Non-Contentious Proceedings. The MDAC paper attached to this report outlining relevant international standards and highlighting instances where Montenegrin legislation should be amended in relation to involuntary hospitalization and involuntary treatment is intended to help this effort.

2. SPECIAL PSYCHIATRIC HOSPITAL IN KOTOR

2.1. General recommendations

- 1) For the Ministry of Health and Ministry of Justice: make efforts to begin the construction of a special forensic hospital as soon as possible which will enable for adequate treatment and custody of patients deprived of their liberty in criminal proceedings should they consent to such treatment;
- 2) For the Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Welfare: adopt the Strategy for deinstitutionalization of patients at the Kotor Hospital as well as the accompanying action plan, which would rely on the development of health care services in the community and introduce new social care services (supported housing, supported decision making, etc.) and their interconnection; also, harmonize the Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill with the CRPD, in particular Art. 40 of the Law that prescribes that a mentally ill person who is unable to take care of himself/herself and has no relatives shall be transferred from a psychiatric institution to a social care institution, encouraging thereby institutionalization rather than exercising the right to independent living and being included in the community.
- 3) For the Ministry of Health: develop community-based mental health services throughout Montenegro, through the improvement of operation of mental health centres that would work closely with social welfare centres, in order to achieve the ultimate goal of helping people in the community and reducing the need for hospital treatment; mental health care should also become a priority area within primary healthcare, in order to identify at the earliest time possible mental health problems and begin holistic treatments.
- 4) For the Ministry of Health: provide conditions for hospital treatment of minors and female alcohol and substance users.

2.2. Prohibition of ill-treatment (torture, inhuman or degrading treatment or punishment)

Recommendation for the Ministry of Justice/Ministry of Health:

The Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill should be aligned with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities with regard to the prohibition of restricting the movement (restraining) of psychiatric patients.

Recommendations for the Hospital Director:

- 1) Continually remind staff of the prohibition of torture and ill-treatment;
- 2) Prescribe the protocol on the procedure to follow in case of receiving information about ill-treatment;
- 3) Report all allegations of possible ill-treatment to the state prosecutor without delay;
- 4) Inform patients and their families about the right to address the Ombudsman and make that information visible;
- 5) Bearing in mind the prohibition of patient restraint according to the UN and CPT standards, act towards entirely abandoning restraint measures;
- 6) If mechanical restraint is applied, the patient in question should be under the constant supervision of a qualified medical practitioner.

2.3. Material conditions at the Hospital

Recommendations for the Ministry of Health and Hospital Director:

- 1) Ensure that an optimistic therapeutic environment is achieved in all units. Special attention should be paid to the so-called 'chronicles' (male and female chronic wards); paint and clean the living rooms and toilets, take measures to achieve a greater level of hygiene in these rooms, and provide privacy to patients;
- 2) Provide all patients with bedding;
- 3) Allow personalization of patients' living space and provide space (cabinets) where patients may lock their belongings;
- 4) Improve dietary diversity and quality;
- 5) Equip special rooms within the wards so that the visits can take place smoothly also in the event of adverse weather conditions and regardless of the availability of the dining room;
- 6) Make the Hospital accessible to people with disabilities.

2.4. Treatment

2.4.1. CONSENT TO TREATMENT

Recommendations for the Ministry of Justice:

- 1) Harmonize the Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill with the CRPD, with a view to abandoning involuntary treatment, as well as the provision allowing for a legal representative or ethics committee of the institution to make decisions instead of the person in question.
- 2) Harmonize the Criminal Code in relation to abandoning involuntary hospitalization and treatment of forensic patients;
- 3) Immediately adopt CPT recommendations in relation to: a) prescribing that a written consent to treatment should be given by forensic patients; b) ensuring that, when deciding on the extension of the security measure, the court is obliged to hear the person about whom it decides, and c) grant the right to the person in question to request that the court obtain the opinion of a psychiatrist outside the Hospital (Art. 475 CPC);
- 4) Provide for a right to free assistance by a lawyer in the procedure of pronouncing and examining the security measure of psychiatric treatment and custody in a health institution.

Recommendations for the Hospital Director:

- 1) Work on creating support in decision making for persons with disabilities so that they can participate in decision-making related to treatment and choose the treatment they want on the basis of free and informed consent;
- 2) Provide training to the Hospital staff on the subject of standards prescribed by the CRPS, in particular the right to free and informed consent;
- 3) Bearing in mind that according to Montenegrin legislation involuntary treatment can only be used as a last resort, and according to the CRPD it shall never be used, ensure, when necessary, that patients be provided assistance in decision-making during discussions on treatment. Such discussion must take place after the patient has been informed of their rights and must focus on providing the patient with all relevant medical information so that he or she can make a decision on their own.

2.4.2. IMPLEMENTATION OF TREATMENT

Recommendations for the Hospital Director:

- 1) Ensure that in each case individual treatment plans are developed and implemented; these plans should not be reduced to pharmacy-therapy, but should include a variety of other types of therapies, including, if the patient is interested, occupational therapy;
- 2) In individual treatment plans, the occupational therapy plan should be standardized according to good examples from international practice to include: activities planning; counselling; information and teaching; continuous consultations with patient and evaluation;
- 3) Recruit missing staff (3 executors) in the occupational therapy unit in accordance with the act on systematization;
- 4) Continuously motivate patients to get involved in occupational therapy, primarily by regularly implementing diversified activities, regardless of the number of patients participating;

- 5) Maintain all newly introduced (through NGO projects) forms of occupational therapy that the patients have shown interest for and which have produced the best results, and continue regular cooperation with local NGOs;
- 6) Maintain sports fields;
- 7) Examine circumstances of food-related choking incidents and take measures to prevent such incidents in the future.

2.5. Staff

Recommendation for the Ministry of Health:

Ensure employment of nursing staff at the Hospital in accordance with the act on systematization.

Recommendation for the Hospital Director:

Issue the instruction on overtime work and monitor its implementation.

2.6. Protection of the right to liberty and personal integrity with regard to involuntary accommodation upon admission to the Hospital, during stay and release

Recommendation for the Ministry of Justice:

Establish a working group composed of all relevant actors (including people with disabilities, their representative organisations and representatives of NGOs dealing with the protection of the rights of persons with disabilities) with the task of reviewing existing laws, policies and practices pertaining to involuntary hospitalization (and involuntary treatment) in relation to standards prescribed by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities – to reform the law in accordance with international standards.

In this sense it is necessary:

- 1) In the Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill make a substantial deviation from the assumption that there would always be persons who need to be involuntarily hospitalized (which is contrary to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities).
- 2) Move provisions related to involuntary hospitalization from the chapter „Voluntary placement“.
- 3) Harmonize the Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill and Law on Non-Contentious Proceedings in relation to the procedure of involuntary hospitalization.
- 4) Delete discriminatory provision from the Law on the Protection and Exercise of the Rights of the Mentally Ill stipulating that in each case of suspected mental illness a person shall be brought to a health institution (Art. 33, para 1).
- 5) Prescribe by the Law on Non-Contentious Proceedings that special urgency be employed when deciding in the procedure on involuntary hospitalization (by analogy with the Code of Criminal Procedure and deciding on detention).
- 6) Circumstances prescribed under Art. 38, para 1 and Art. 47 of the Law on Non-Contentious Proceedings to be harmonized with international standards.
- 7) Stipulate that the person whose involuntary hospitalization is being considered preferably not be under medical treatment that prevents his/her participation in the procedure.

2.7. Forensic Psychiatric Unit

Recommendations for the Ministry of Justice:

- 1) Relocate FPU to a forensic hospital within AECS (the Administration for Execution of Criminal Sanctions), which should be urgently built;
- 2) Pending construction of the forensic hospital, provide funds for adequate security of forensic patients at the Hospital and during their treatment in other institutions;
- 3) Lay down security rules of forensic patients during their transfer and stay in other health institutions;

Recommendations for the Ministry of Health:

- 1) Ensure employment of a sufficient number of nursing personnel in accordance with the act of systematization;
- 2) Ensure employment of an occupational therapist.

Recommendations for the Hospital Director:

- 1) Organize training for security personnel on work with patients with mental illness;
- 2) Fix baskets on the basketball court and set the shelter in the walking area;
- 3) Ensure a wide range of occupational therapy activities in accordance with the Action Plan for the Improvement of Occupational Therapy at the Special Psychiatric Hospital in Kotor²⁵⁸, as well as that forensic patients partake in these activities (CPT 2013).

2.8. Substance abuse wardRecommendations for the Ministry of Health:

- 1) Provide emergency accommodation for female alcohol and substance users outside the female acute ward;
- 2) Provide funds for the renovation of wards and increase of accommodation capacities or establish wards of the same type in other health institutions;
- 3) Prevent the practice of bringing people to the Hospital who had taken life-threatening doses of opioids; such persons should be placed in intensive care.

For the Ministry of Justice:

Implement measures – in particular the training of judges – to ensure that the stay of patients with imposed court measure of compulsory treatment be shortened in keeping with their recovery, which would allow for treatment of more people with the current capacity.

For the Hospital Director:

- 1) Ensure adequate hygienic conditions are met in all rooms in this ward; eliminate mould problems;
- 2) Provide cooling devices.

2.9. Protection of the rights of patientsRecommendations for the Hospital Director:

- 1) Continuously inform patients about the possibility of protecting their rights through the Council, the Protector of Patients' Rights (and the Ombudsman as recommended earlier, p. 17);
- 2) Review the need for a more frequent meeting of the Council and make its work transparent.

3. PSYCHIATRIC UNIT AT THE GENERAL HOSPITAL IN NIKŠIĆRecommendations for the Hospital Director:

- a) Employ two nurses in accordance with the act of systematization.
- b) Provide supplies to allow regular implementation of occupational therapy.
- c) Ensure the right to a regular, long-term stay of patients in fresh air in the yard, as well as a covered area so that patients are able to stay outside in case of inclement weather, too. With this in mind, provide also tables and chairs.
- d) Prevent immediate access to the ward in the evening by engaging a doorman or otherwise.
- e) Correct the instructions regarding the manner of addressing the Protector of Patients' Rights.

4. PSYCHIATRIC CLINIC AT THE CLINICAL CENTRE OF MONTENEGRO IN PODGORICARecommendations for the Ministry of Health:

Improve material conditions at the Clinic for both staff and inpatients by completely renovating the facility, so as to:

- a) Reduce existing number of beds in the rooms by half (8 to 4);
- b) Provide room for work with patients and organization of therapeutic meetings,
- c) Provide staff with training on dealing with agitated patients, including on de-escalation techniques,

²⁵⁸ Plan is available at: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Konkurs_Akcioni_plan.pdf.

- d) Provide IT equipment for the work of staff,
- e) Provide lockable cabinets for patients to keep their personal belongings, i.e. preserve privacy in order to strengthen the sense of security and autonomy,²⁵⁹
- f) Provide sufficient number of chairs in accordance with the actual needs of the Clinic in order to provide employees and patients adequate conditions for work and stay,
- g) Provide a bed for doctors to rest during the night shift,
- h) Provide accommodation for female addicts.

Recommendation for the Clinic Director:

- Ensure regular implementation of occupational therapy and motivate patients to participate in this form of therapy.

259 „The provision of bedside tables and wardrobes is highly desirable, and patients should be allowed to keep certain personal belongings (photographs, books, etc.). It is also important that patients be provided with lockable space in which they can keep their belongings; the failure to provide such a facility can impinge upon a patient's sense of security and autonomy“, p. 56, CPT Report on visit to Norway, 1999.

CIP - Каталогизација у публикацији
Национална библиотека Црне Горе, Цетиње
IISBN 978-9940-642-14-3
COBISS.CG-ID 33980432