

N A C R T

**POŠTOVANJE LJUDSKIH PRAVA PACIJENATA SMJEŠTENIH U PSIHIJATRIJSKIM
USTANOVAMA U CRNOJ GORI**

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

IZVJEŠTAJ MONITORING TIMA NEVLADINIH ORGANIZACIJA

AKCIJE ZA LJUDSKA PRAVA

i

CENTRA ZA ŽENSKO I MIROVNO OBRAZOVANJE – ANIMA



LISTA SKRAĆENICA

ANIMA	Centar za žensko i mirovno obrazovanje
AOTA	Američko udruženje radnih terapeuta
CPT	Evropski komitet za sprečavanje mučenja
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
JSP	Jedinica sudske psihijatrije
JU	Javna ustanova
KCCG	Klinički centar Crne Gore
KZ	Krivični zakonik
MDAC	Mental Disability Advocacy Center
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 sa duševnim smetnjama

SADRŽAJ

Uvod	5
1.1 O projektu i izvještaju	5
1.2. Zaključci	7
1.3. Posjete	9
1.4. Predmet, cilj, metod istraživanja i izvori informacija	9
2. Specijalna Bolnica za psihijatriju Kotor	12
2.1. Opšte informacije o Bolnici i pacijentima	12
2.1.1. Kapacitet Bolnice, broj i struktura pacijenata	12
2.1.2. Planovi za izmještanje forenzičkih pacijenata u posebnu bolnicu	13
2.1.3. „Socijalni pacijenti“ i deinstitutionalizacija	14
2.1.4. Preporuke	15
2.2. Zabrana zlostavljanja (mučenja, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja)	16
2.2.1. Opšta zapažanja	16
2.2.2. Sredstva obuzdavanja (ograničavanje slobode kretanja)	17
2.2.3. Preporuke	21
2.3. Materijalni uslovi života u Bolnici	21
2.3.1. Pregled uslova smještaja i ishrane	21
2.3.2. Preporuke	23
2.4. Tretman	23
2.4.1. Pristanak na tretman	23
2.4.1.1. Usklađenost domaćih propisa i međunarodnih standarda	23
2.4.1.2. Preporuke	27
2.4.2. Sadržaj tretmana	27
2.4.2.1. Međunarodni standardi, zapažanja CPT i osnovne informacije o primjeni radno-okupacione terapije u Bolnici	27
2.4.2.2. Radno-okupaciona terapija	29
2.4.2.3. Akcioni plan za unapređenje radno okupacione terapije u Bolnici	31
2.4.2.4. Ukupni rezultat NVO projekata na jačanju ROT	33
2.4.3. Bjekstva, samoubistva i smrtni slučajevi	36
2.4.4. Preporuke	35
2.5. Osoblje	35
2.5.1. Nedostatak medicinskih tehničara	35
2.5.2. Preporuke	36

2.6.	Zaštita prava na slobodu i lični integritet u pogledu prisilnog smještaja prilikom prijema u Bolnicu, tokom boravka i otpusta	37
2.6.1.	Opšte garancije	37
2.6.2.	Usklađenost domaćih propisa sa međunarodnim standardima	38
2.6.3.	Preporuka za Ministarstvo pravde	40
2.7.	Sudska kontorla prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu	41
2.7.1.	Primjena mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi	43
2.7.1.1.	Izricanje mjere od strane suda u krivičnom postupku	43
2.7.1.2.	Izricanje mjere od strane Suda za prekršaje u prekršajnom postupku	45
2.8.	Sudsko odjeljenje (jedinica sudske psihijatrije – JSP)	46
2.8.1.	Osnovne napomene o odjeljenju i preporuke CPT	46
2.8.2.	Smještajni kapaciteti i obezbjeđenje	47
2.8.3.	Problem nedostatka zdravstvenog osiguranja i liječenje u drugim ustanovama	49
2.8.4.	Zdravstveni radnici	49
2.8.5.	Tretman	50
2.9.	Odjeljenje za bolesti zavisnosti	52
2.9.1.	Materijalni uslovi	52
2.9.2.	Preporuke	53
2.10.	Zaštita prava pacijenata	54
2.10.1.	Nadležna tijela	54
2.10.2.	Preporuke za direktora Bolnice	55
3.	Psihijatrijsko odjeljenje Opšte Bolnice u Nikšiću	56
3.1.	Opšte informacije o Odjeljenju	56
3.2.	Zdravstveni radnici	56
3.3.	Struktura pacijenata, pristanak na liječenje i trajanje hospitalizacije	57
3.4.	Tretman	58
3.5.	Reistri	59
3.6.	Zaštita prava pacijenata	59
3.7.	Preporuke	60
4.	Psihijatrijska klinika Kliničko-bolničkog centra Crne Gore u Podgorici	61
4.1.	Opšte informacije o Klinici	61
4.2.	Uslovi smještaja i tretman	61
4.3.	Hronologija zalaganja za unapređenje uslova rada Klinike	63
4.4.	Građevinske investicije na Klinici za psihijatriju	64
4.5.	Preporuke	64

1. Uvod

1.1. O projektu i izvještaju

Izvještaj o poštovanju prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama je nastao u okviru projekta "Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima", koji su od početka 2016. godine do kraja juna 2017. godine sprovodile nevladine organizacije Akcija za ljudska prava (HRA), Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA i Mental Disability Advocacy Center (MDAC), uz podršku Evropske unije i Opštine Kotor.

Cilj projekta je bio da odgovori na potrebu da se poboljša stanje ljudskih prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima koji su smješteni u psihijatrijske ustanove, a u okviru opštijeg cilja da organizacije civilnog društva unaprijede svoje kapacitete da podrže poštovanje ljudskih prava osoba sa mentalnim oboljenjima.

Monitoring poštovanja ljudskih prava pacijenata u psihijatrijskim ustanovama u Crnoj Gori je bila jedna od aktivnosti predviđenih ovim projektom. Cilj je bio unaprijediti poštovanje ljudskih prava pacijenata ukazivanjem na dobre prakse i nedostatke u radu, na osnovu međunarodnih standarda i preporuka.

Ovom izvještaju je prethodio izvještaj HRA, Centra za građansko obrazovanje, Centra za antidiskriminaciju Ekvista i Sigurne ženske kuće iz marta 2013. godine "Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama".¹ U tom izvještaju su istaknuti nedostaci posebno u pogledu nedovoljne radno-okupacione terapije, poštovanja prava na privatnost pacijenata, organizacije i kapaciteta Sudskog odjeljenja i boravka u Bolnici tzv. socijalnih pacijenata, koji borave u Bolnici jer država nema drugo rješenje za njihovo zbrinjavanje. Ovi problemi, koje je uočio Evropski komitet za sprečavanje mučenja (CPT) još 2008. godine, su aktuelni i danas, devet godina kasnije..

U okviru projekta, 1. marta 2016. godine, zaključen je sporazum o saradnji između nosioca projekta NVO Akcija za ljudska prava i Ministarstva zdravlja, 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, kao i sprovođenje drugih aktivnosti predviđenih projektom.²

Saradnja sa ministarstvom zdravlja je bila korektna, dok je saradnja sa Specijalnom bolnicom za psihijatriju u Kotoru, Opštom bolnicom u Nikšiću i Psihijatrijskom klinikom KCCG bila izuzetna. Sve ustanove, a posebno uprava i osoblje Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru pokazali su izuzetnu otvorenost za saradnju sa NVO, strpljivo su odgovarali na brojna pitanja i izuzetno doprinijeli sadržaju ovog izvještaja.

U okviru projekta, izrađen je i Akcioni plan za jačanje radno-okupacione terapije u Bolnici u Kotoru, finansirani su i sprovedeni projekti lokalnih NVO koje su neposredno izvodile aktivnosti u okviru radno-okupacione terapije u Bolnici. Ove aktivnosti su dodatno omogućile prisustvo NVO u Bolnici i bolji uvid u uslove koji u njoj vladaju.

Izvještaj sadrži ocjenu NVO monitoring tima o usvajanju preporuka za unapređenje poštovanja ljudskih prava pacijenata Bolnice u Dobroti, Kotor, koje su dali Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT),

¹ Izvještaj dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_Dobrota_CG.pdf.

² Memorandum je dostupan na: <http://www.hracion.org/wp-content/uploads/memorandum.pdf>.

Zaštitnik ljudskih prava i sloboda Crne Gore, kao i HRA i druge NVO u prethodnom projektu 2013. godine. Izvještaj sadrži zapažanja i preporuke monitoring tima o Psihijatrijskoj klinici u Podgorici i Psihijatrijskom odjeljenju Opšte Bolnice u Nikšiću na osnovu standarda CPT.

Nadovezujući se na nalaze iz izvještaja koji je objavljen 2013, izvještaj u nastavku pokazuje promjene u stanju zatečenom 2013. godine.

1.2. Zaključci

Psihijatrijski pacijenti u Crnoj Gori se ambulantno liječe u osam centara za mentalno zdravlje, dok se njihovo 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. Pored toga, prošle godine je osnovano i odjeljenje za psihijatriju pri Opštoj bolnici u Bijelom Polju.

Specijalna bolnica za psihijatriju u Kotoru jedina vrši prisilnu hospitalizaciju i zbrinjava sudske ili forenzičke pacijente, koje upućuju sud i zatvor.

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 Specijalnu bolnicu u Kotoru nalaze se i zavisnici kojima je sud izrekao mjere bezbjednosti obaveznog liječenja.

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 Specijalnoj 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, na kojima pacijenti spavaju bez posteljine, pokriveni samo vojničkim ćebadima.

Oko 40% pacijenata u Bolnici u Kotoru su 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 deinstitucionalizaciju 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 deinstitucionalizacije u okviru strategije zaštite mentalnog zdravlja, kako bi ovaj problem počeo sistemski i postupno da se rješava.

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 iscrpljuju Bolnicu. Izgradnja posebne bolnice u koju bi se izmjestili forenzički pacijenti i u kojoj bi se liječili zatvorenici i dalje nije izvjesna.

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.

U Bolnici i dalje nema dovoljno srednjeg medicinskog kadra. Ne postoji interno ograničenje u pogledu prekovremenog rada, što dodatno povećava rizik od izgaranja na poslu ("burn out" sindroma). Primili smo tri žalbe vezane za zlostavljanje koje nijesu potvrđene. U Bolnici ne postoji poseban protokol za postupanje po prijavama navoda o zlostavljanju.

Ono što je zajedničko svim psihijatrijskim ustanovama je da se nedovoljno sprovodi radno-okupaciona terapija. Ova terapija predstavlja veoma važan stub liječenja mentalnih oboljenja po međunarodnim standardima na koje Evropski komitet za sprječavanje mučenja (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.

Prava mentalno oboljelih osoba, kao osoba sa mentalnim (psiho-socijalnim) invaliditetom, štiti Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom, koja je unijela novine u odnosu na slobodu volje ovih osoba, posebno u pogledu poslovne sposobnosti i zabrane njihove diskriminacije u odnosu na druge. Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i Zakon o vanparničnom postupku treba uskladiti sa ovom Konvencijom posebno u odnosu na zabranu upotrebe sredstava obuzdavanja pacijenata, u pogledu prisilne hospitalizacije i prisilnog tretmana, kao i prava ovih osoba na život u zajednici. Vlada bi trebalo da u tom cilju formira posebnu radnu grupu koja bi uključila i NVO koje se bave zaštitom prava osoba sa invaliditetom, posebno osoba sa psiho-socijalnim (mentalnim) i intelektualnim invaliditetom. Ovom naporu bi mogao da pomogne pregled relevantnih međunarodnih standarda u prilogu ovog izvještaja.

Važeći Zakon o vanparničnom postupku, koji od 2015. sadrži garancije prava osobe koja se prisilno hospitalizuje u vidu prava da je zastupa advokat, da sud obavezno vidi osobu o kojoj odlučuje i obezbijedi i mišljenje psihijatra van Bolnice, dosledno se sprovodio. 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 ističemo da 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.

U odnosu na lica kojima je sud u krivičnom ili prekršajnom postupku izrekao mjeru bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, 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. CPT je preporučio da se i kod ove vrste pacijenata, koje sud uputi na obavezno liječenje, zahtijeva saglasnost za liječenje.

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.

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 se čini kao nedovoljno transparentno i operativno tijelo o kojem 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.

1.3. Posjete

U okviru monitoring aktivnosti u projektu sprovedeno je 12 posjeta Bolnici, Klinici i Odjeljenju.

Posjete su sprovodili monitori: dr Olivera Vulić, Tea Gorjanc Prelević, Mirjana Radović, i Martina Markolović (HRA) i Paula Petričević (Anima). Njima su se 22. i 23. juna 2016. godine pridružili Oana Girlescu i Stephen Klein (MDAC)³. Posjete su podrazumijevale obavljanje razgovora sa menadžmentom i osobljem ustanova, a zatim i obilazak prostorija, razgovor sa pacijentima i analizu prateće dokumentacije (u odnosu na Bolnicu)⁴.

1.4. Predmet, cilj, metod istraživanja i izvori informacija

Predmet izvještaja su opis i ocjena poštovanja ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, posebno u kontekstu ranije datih preporuka CPT, Ombudsmana i NVO, kako je već navedeno.

U izvještaju je predstavljen i napredak u poštovanju ljudskih prava koji je ostvaren tokom sprovođenja projekta.

Cilj izvještaja je da ocijeni primjenu datih preporuka i da posluži unapređenju poštovanja ljudskih prava osoba u psihijatrijskim ustanovama u praksi.

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

- a) podacima dobijenim od direktora Bolnice;
- b) podacima dobijenim od direktora Psihijatrijske klinike Kliničkog centra Crne Gore;
- c) podacima dobijenim od direktora Opšte bolnice u Nikšiću;
- d) podacima dobijenim od Ministarstva zdravlja;
- e) intervjuima sa zaposlenim osobljem i pacijentima;
- f) međunarodnim standardima kojima su obuhvaćeni i: Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom⁵, Evropska konvencija za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda⁶ Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima⁷, Standardi CPT⁸, izvještaji CPT o

³ Oana Girlescu je pravnica, 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.

⁴ U analizi dokumentacije su pomogli i Luka Stijepović, Bojana Maslovar i Milica Brajković.

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.

posjetama Crnoj Gori 2004⁹, 2008¹⁰ i 2013¹¹ i izvještaji CPT o posjetama Azerbejdžanu¹², Bosni i Hercegovini.¹³

g) zakonima i podzakonskim aktima: Zakonu o zaštiti prava mentalno oboljelih lica¹⁴, Zakonu o vanparničnom postupku¹⁵, Zakonu o krivičnom postupku¹⁶, Krivičnom zakoniku¹⁷, Zakonu o prekršajima¹⁸, Protokol o načinu vršenja službe obezbjeđenja u Zdravstvenoj ustanovi Specijalna bolnica za psihijatriju, Statut ZU Specijalne bolnice za psihijatriju „Dobrota“, Kotor, Statut Kliničkog centra Crne Gore, Statut ZU Opšte bolnice u Nikšiću.

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.

Zahvaljujemo svima koji su na bilo koji način doprinijeli ovom izvještaju, a posebno hvala 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 Iliji Ašaninu, direktoru JU Opšte bolnice u Nikšiću,
- Zorici Kovačević, direktorki Kliničkog centra Crne Gore,
- dr Radojki Mićović, načelnici Odjeljenja za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću, i

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 (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>.

¹³ Izvještaj Vladi Bosne i Hercegovini o posjeti Crnoj Gori Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja ili nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (Komitet) od 29. septembra do 9. oktobra 2015. godine, dostupno na: http://www.mhrr.gov.ba/ljudska_prava/default.aspx?id=727&langTag=bs-BA.

¹⁴ Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, Sl. list RCG broj 32/2005 i Sl. list Crne Gore broj 27/2013.

¹⁵ Zakon o vanparničnom postupku, „Sl. list RCG“ broj 27/2006 i „Sl. list Crne Gore“ broj 20/2015.

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

¹⁷ 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.

¹⁸ Zakon o prekršajima, „Sl. list CG“, br. 1/2011, 6/2011, 39/2011 i 32/2014.

- dr Željku Goluboviću, načelniku Klinike za psihijatriju Kliničkog centra u Podgorici,
- zdravstvenim radnicima i pacijentima Bolnice u Kotoru, Odjeljenja za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću i Klinike za psihijatriju KCCG, koji su sa nama razgovarali tokom posjeta.

2. Specijalna Bolnica za psihijatriju Kotor

2.1. Opšte informacije o Bolnici i pacijentima

2.1.1. Kapacitet Bolnice, broj i struktura pacijenata

Kapacitet zdravstvene ustanove Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor (u nastavku "Bolnica") iznosi 241 postelja, dok je 19.6.2017. u njoj 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%).¹⁹

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).

¹⁹ 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.

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 komorbiditet, najčešće F60-poremećaj ličnosti).

Bolnica ne zbrinjava maloljetne osobe, jer nema ni 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 dječje i adolescentne psihijatrije, dok su još tri doktora na specijalizaciji iz ove oblasti. Još **ne postoji mogućnost stacionarnog liječenja maloljetnika**.

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.²⁰

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. godine²¹, 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 2017-2022 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 suđenju, 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 ovog objekta je i dalje pod znakom pitanja** jer Akcioni plan navodi da će do izgradnje doći "u skladu sa finansijskim mogućnostima."

²⁰ "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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12111111/), US National Library of Medicine).

²¹ Vidi izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenta smještenih u psihijatrijskim ustanovama, str. 10.

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 deinstitucionalizacija

Takozvanih socijalnih pacijenata, čije zdravstveno stanje ne zahtijeva bolničko liječenje, ali koji ostaju u Bolnici usled 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.²² 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.²³

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,²⁴ 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, *premjestiće 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.²⁵

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**

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

²³ Izvještaj NPM, *JU Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor*, jul 2015, str. 43.

²⁴ Vidi izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, op. cit, str. 10.

²⁵ 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 deinstitucionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici“, takođe rezultat projekta "Van izolacije-ostvarivanje prava pacijenata s mentalnim oboljenjima", str. 32, dostupan na: <http://www.hracion.org/?p=12533>.

propisivanja obaveze da se izradi posebna strategija deinstitutionalizacije ili transformacije Bolnice u Kotoru i prateći akcioni plan.

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 deinstitutionalizovanih pacijenata u zajednici.²⁶

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. Preporuke

- 1) za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo pravde: uložiti napore da se što prije započne izgradnja posebne bolnice koja će omogućiti liječenje i čuvanje pacijenata lišenih slobode u krivičnom postupku;
- 2) za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo rada i socijalnog staranja: usvojiti Strategiju deinstitutionalizacije pacijenata iz Bolnice u Kotoru i prateći akcioni plan, koji bi se zasnivali na razvoju zdravstvene usluge liječenja u zajednici i uvođenju novih usluga

²⁶ Vidjeti izvještaj *Modeli deinstitutionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici* i izlaganja na skupu na kojem je izvještaj predstavljen na: <http://www.hracion.org/?p=12533>.

socijalne zaštite (stanovanje uz podršku, odlučivanje uz podršku i sl) i njihovom povezivanju;

- 3) za Ministarstvo zdravlja: 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;
- 4) za Ministarstvo zdravlja: obezbijediti uslove za stacionarno liječenje maloljetnika i žena zavisnica od alkohola i psihoaktivnih supstanci;
- 5) za Ministarstvo zdravlja: 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, premestiti iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite, čime podstiče institucionalizaciju umjesto ostvarivanje prava na uključenost u zajednicu.

2.2. Zabrana zlostavljanja (mučenja, nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja)

2.2.1. Opšta zapazanja

Tokom godinu i po dana primjene projekta (2016-2017), primili smo ukupno tri žalbe o navodnom zlostavljanju pacijenata od bolničkog osoblja. Dvije žalbe su nam uputili pacijenti u neposrednom kontaktu i jedan član porodice pacijenta. Radilo se o navodima da je jedna pacijentkinja u stanju akutne razdraženosti nasrula na medicinsku sestru, nakon čega je sestra, nakon što je savladan otpor pacijentkinje, udarila pacijentkinju otvorenom šakom u predjelu glave, kao i da jedna sestra na hroničnom odjeljenju posebno grubo postupala prema pacijentkinjama i da im prijeti. 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.²⁷

²⁷ "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.*)

Direktor nas je obavijestio da ne postoji posebni protokol koji se primjenjuje povodom prijave navoda o zlostavljanju.

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.²⁸

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.²⁹

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.³⁰

- "Sredstva obuzdavanja" – fizička, mehanička, hemijska fiksacija i izolacija psihijatrijskih pacijenata - su mjere bezbjednosti koje nemaju terapeutsko opravdanje.³¹
- "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.³² 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.

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ Vidjeti str. 4 Izvještaja *Modeli deinstitutionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici* na: [http://www.hraction.org/?p=12533](http://www.hrraction.org/?p=12533).

³¹ Vidi Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), Strazbur mart 2017, tačka 1.5, dostupno na: <https://rm.coe.int/168070750e>.

³² „Službeni list CG – Međunarodni ugovori“ 2/2009.

Komitet 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.**³³

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.³⁴ Od države se očekuje da obezbijedi zdravstvene usluge u vidu terapijskih tehnika koje ne podrazumijevaju mehaničko ili hemijsko obuzdavanje psihijatrijskih pacijenata.

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.“³⁵

Međutim, treba imati u vidu da i CPT kao opšte načelo naglašava: „krajnji cilj uvek 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).“³⁶

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

³³ 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.

³⁴ 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>.

³⁵ Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), Strazbur mart 2017, dostupno na: <https://rm.coe.int/168070750e>.

³⁶ Sredstva obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle (revidirani standardi CPT), op. cit, str. 2.

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.³⁷ Razmotriti zamjenu kožnih kaiševa u svim slučajevima platnenim kaiševima, koji su bili u upotrebi 2013. godine, kako je CPT obaviješten.³⁸

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.³⁹

Fiksaciju određuje dežurni psihijatar, pismeno. U urgentnim situacijama, fiksaciju inicira medicinski tehničar, uz obavezu da odmah obavijesti dežurnog psihijatra tražeći njegovo odobrenje.⁴⁰

³⁷ "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 uvek okrenuti licem sa spuštenim rukama. Kaiševi ne smiju da budu prejakno stegnuti 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.

³⁸ 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>).

³⁹ 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.

⁴⁰ "Svako priklanjavanje upotrebi sredstava obuzdavanja treba uvek 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

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 susednoj 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.⁴¹

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, odeljenski ljekar sprovodi savjetovanje sa pacijentom koji je bio podvrgnut fiksaciji.⁴²

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 zahtijeva⁴³, 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.⁴⁴ 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.⁴⁵

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.

⁴¹ Isto, tač. 7.

⁴² "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 povрати 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.

⁴³ Isto, tač. 9.

⁴⁴ Isto, tač. 10.

⁴⁵ Isto, tač. 12.

2.2.3. Preporuke

Preporuka za ministarstvo pravde:

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;
6. ako se u međuvremenu bude primjenjivalo mehaničko obuzdavanje, u tom slučaju pacijent treba da bude pod stalnim nadzorom kvalifikovanog medicinskog radnika.

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 izvještavali 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 uvjerili. Zahvaljujući donacije 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 obezbjeđeno.

U Bolnici se nalaze tri jednokrevetne sobe, osam dvokrevetnih, 29 trokrevetnih i 26 soba sa po 6 i 8 kreveta.⁴⁶ Preporuka CPT je da se smještaj organizuje u manjim grupama u cilju

⁴⁶ Izvještaj NPM, *JU Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor*, jul 2015, str. 31.

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.⁴⁷

Iako je vidljiv napredak u personalizaciji zajedničkih prostorija u odnosu na stanje opisano 2013. godine,⁴⁸ 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.⁴⁹

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, vojničkim 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 se razlikovao 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.

I dalje postoji problem trafo stanice koja je malog kapaciteta i ne može da zadovolji sve potrebe bolnice. **Upkos preporuci NPM-a iz 2015. godine, na akutnom muškom i ženskom odjeljenju nije obezbijeđena privatnost u sanitarnim čvorovima, niti su na ovim odjeljenjima, kao ni na Sudskom odjeljenju, zamijenjene dotrajale sanitarije kako je NPM već preporučio.**⁵⁰

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.

⁴⁷ "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 razmještanje pacijenata u odgovarajuće kategorije u terapijske svrhe", tačka 64, Izvještaj 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, Izvještaj CPT o posjeti Bosni i Hercegovini, 2015.

⁴⁸ Vidi str. 13: „Uslovi života u Bolnici“.

⁴⁹ Izvještaj CPT-a, stav 94. Takođe, vidjeti Principi UN, princip 9, tačka 4.

⁵⁰ NPM izvještaj za 2015, str. 42.

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 kvaniteta 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 trepzarijama, 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.⁵¹

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), okrečiti 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.

2.4. Tretman

2.4.1. Pristanak na tretman

2.4.1.1. Usklađenost domaćih propisa i međunarodnih standarda

⁵¹ „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.

Pristanak na smještaj u Bolnicu ne znači i pristanak na tretman.⁵²

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. Sposobnost 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.⁵³ Pregledano je oko 20 nasumično odobranih 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 ustanovu⁵⁴ ili primijeniti zakonsku proceduru predviđenu za slučaj prisilne hospitalizacije.⁵⁵ Zakonom je propisano da se pristanak na liječenje može „povući u bilo kom trenutku, u pisanoj formi“ (čl. 16). 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.⁵⁶ Naglašeno je da ista garancija mora da važi kod pacijenata koji su izvršili krivična djela kao i kod onih koji nisu.⁵⁷ 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 Goru⁵⁸.**

⁵² Izvještaj o posjeti Litvaniji, CPT, 2008, stav 129 (<http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2009-22-inf-eng.pdf>).

⁵³ Čl. 14 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, *Sl. list RCG*, br. 32/2005 i *Sl. list CG*, br. 27/2013.

⁵⁴ Izvještaj o posjeti Bugarskoj, CPT, 2006 (<http://www.cpt.coe.int/documents/bgr/2008-11-inf-eng.htm>).

⁵⁵ Izvještaj o posjeti Letoniji CPT, 2007 (<http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2009-35-inf-eng.htm>).

⁵⁶ 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.

⁵⁷ "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.

⁵⁸ 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.

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.

Imajući u vidu pravo osobe sa invaliditetom na uživanje poslovne sposobnosti na jednakim osnovama sa drugima u svim oblastima⁵⁹, kao i pravo na poštovanje njenog fizičkog ili mentalnog integriteta na osnovu jednakosti sa drugima⁶⁰, **države ugovornice imaju obavezu da ne dozvole zamjenskim donosiocima odluka da daju saglasnost u ime osoba sa invaliditetom.**⁶¹ Cjelokupno zdravstveno i medicinsko osoblje treba da obezbjedi 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.“⁶²

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**

⁵⁹ Vidi čl. 12 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, op.cit.

⁶⁰ Vidi čl. 17 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, op.cit.

⁶¹ Opšti komentar br. 1 člana 12 Konvencije o pravima osoba sa 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").

⁶² Opšti komentar br. 1 člana 12 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, tač. 40-41.

ukazuju na neefikasnost i gledištima ljudi – korisnika sistema mentalnog zdravlja, koji su iskusili veliki bol i traumu kao rezultat prinudnog liječenja.⁶³

Ratifikovanjem Konvencije, Crna Gora je preuzela na sebe 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,⁶⁴ 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 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."⁶⁵

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.⁶⁶

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..."⁶⁷

Važeći propisi omogućavaju podvrgavanje osoba prislinom tretmanu što predstavlja kršenje Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. Potrebno je primjenjivati standarde propisane Konvencijom, koji zahtjevaju ukidanje prakse prinude. U

⁶³ Opšti komentar br. 1 člana 12 Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, st. 42.

⁶⁴ 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-crpd-crpd-10.html>). U odnosu na Crnu Goru Konvencija važi od 4. avgusta 2009. godine.

⁶⁵ Presuda 10533/83 *Herczegfalvy protiv Austrije*, stav 82.

⁶⁶ Preporuka Komiteta ministara (2004)10, članovi 12,18 i 19.

⁶⁷ CPT standardi, (2010f), stav 41.

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

Preporuka za Ministarstvo pravde:

- 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);
- 3) 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.

2.4.2. Sadržaj tretmana

2.4.2.1. Međunarodni standardi, zapažanja CPT i osnovne informacije o primjeni radno-okupacione terapije u Bolnici

Prilikom prve posjete Bolnici 2004. godine, CPT je saopštio da bi svaki pacijent bi 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.⁶⁸

“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.”⁶⁹

Prilikom posjete 2004. godine, CPT je konstatovao da je osnovni tretman pacijenata u Bolnici bila terapija lijekovima i da nije bilo individualnih planova liječenja.⁷⁰ 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.⁷¹ 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.⁷²

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.⁷³

Iste preporuke CPT je ponovio i povodom posjete Bolnici 2008. godine⁷⁴, kao i prilikom posljednje posjete samo Sudskom odjeljenju (Jedinici sudske psihijatrije) 2013. godine⁷⁵.

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

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)⁷⁶,

⁶⁸ 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.

⁶⁹ CPT standardi, (2010f), stav 37, dostupno na: <https://rm.coe.int/16806cea5f>, strana posjećena 21.06.2017.

⁷⁰ CPT Report to the Government of Serbia and Montenegro, 2006, op. cit, tač. 314.

⁷¹ Isto.

⁷² Isto.

⁷³ Isto.

⁷⁴ 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.

⁷⁵ 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>

⁷⁶ „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.

terapijskih zajednica, koje bi trebalo da se odvijaju svakodnevno, i porodičnog savjetovanja.⁷⁷ 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 (8 muško i 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-bihevioralne, 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 ,vetrine, 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 smislена aktivnost, uključujući njene međuljudske i ekološke komponente, može biti korištena za prevenciju onеспособljenja, te postizanje maksimalne adaptacije“ – AOTA (Američko 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

⁷⁷ „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.

kategorije aktivnosti: samozbrinjavanje (dnevne aktivnosti), produktivnost (radna aktivnost) i odmor (igra i razonoda)⁷⁸.

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 ROT⁷⁹, **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.⁸⁰ U ROT je redovno učestvovalo samo 4-5 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 posjete⁸¹ Monitoring tima većina intervjuisanih pacijenata je izrazila rezervu prema postojećoj ponudi aktivnosti u okviru ROT, smatrajući da je uglavnom namijenjena pacijentkinjama⁸². 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,⁸³ 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

⁷⁸ 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=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwui3tWH287UAhWLFfAKHdIgBo8QFggIMAA&url=http%3A%2F%2Ffs.sve-mo.ba%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FOSNOVE%2520RADNE%2520TERAPIJE-predavanje.ppt&usq=AFQjCNEty2vQ6FpmxLGPPqK6qFpZnjsmhw&sig2=yycTdEnQULiTSxArSS11og>, sajt posjećen 21.06.2017.

⁷⁹ 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.

⁸⁰ 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.hrraction.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_Dobrota_CG.pdf.

⁸¹ Druga posjeta je obavljena 22. a treća 23. juna 2016. Nakon toga, obavljen je niz individualnih posjeta pojedinim članovima/ica MT, posljednja 21. juna 2017.

⁸² Budući da su se u to vrijeme radili samo ručni radovi i keramika (rad sa glinom) koje su nazvali „ženskim“ aktivnostima.

⁸³ Predlagali su automehaničarski i električarski zanat.

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 nekada 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 nadovezao 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 zdravlja, 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.⁸⁴

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.

⁸⁴ 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 prepoznali 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. Obezbijeđeni 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 obavljeni 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 psihijatara 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. 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. Obezbijeđeni 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 muzička mini linija Pioneer i obezbijeđeno je 20 komada muških donjih dijelova trenerki i 15 komada majica sa logom projekta.

2.4.2.4. Ukupni rezultat NVO projekata na jačanju ROT

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, korištenja 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 (učešće 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. U okviru projekta je obezbijeđeno i opremanje sportskih terena koji nisu bili u funkciji i tapaciranje sprava u teretani.

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.

2.4.3. 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 Bolnicu⁸⁵. 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.⁸⁶

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

⁸⁵ Posl. br. Os. 33/16 od 8.9.2016. godine.

⁸⁶ 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-r.lj.pdf>).

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,⁸⁷ 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 usled hroničnih bolesti. U izvještajnom periodu nije bilo slučajeva samoubistva.

2.4.4. Preporuke

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;
- 7) 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).

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,

⁸⁷ 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“.

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 83.⁸⁸ Podsjećamo da je na nedostatak kadra ukazao i Zaštitnik ljudskih prava i sloboda u izvještaju iz marta 2011. godine.⁸⁹

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).

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 nedjeljno⁹⁰, 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:

1) obezbijediti zapošljavanje srednjeg medicinskog kadra u Bolnici u skladu sa aktom o sistematizaciji.

Preporuka za direktora Bolnice:

1) donijeti uputstvo o prekovremenom radu i kontrolisati njegovu primjenu.

⁸⁸ Izvještaj CPT-a o posjeti Crnoj Gori 2013. godine, stav 98.

⁸⁹ Izvještaj Zaštitnika ljudskih prava i sloboda o stanju ljudskih prava mentalno oboljelih lica smještenih u ustanovama, mart 2011, str. 32.

⁹⁰ 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.“

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.⁹¹

U cilju sprečavanja zloupotreba prisilno smještanje u psihijatrijsku ustanovu mora uvijek biti praćeno odgovarajućim garancijama.⁹² 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.⁹³

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,⁹⁴ 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 5.⁹⁵ 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 strane ljekara van Klinike⁹⁶, što je izmjenama Zakona o vanparničnom postupku i omogućeno u Crnoj Gori 2015 (detaljnije u nastavku).

UN Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom

⁹¹ Poznati su slučajevi od Vase Pelagića, srpskog pisca i kritičara vlasti iz XIX vijeka, preko Đorđa Karađorđevića, brata kralja Aleksandra Karađorđevića 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.

⁹² Standardi CPT-a, str. 45, st. 51.

⁹³ Vidjeti presudu Evropskog suda za ljudska prava, *Shtukaturov protiv Rusije*, st. 105, 106 i 108.

⁹⁴ Predstavka br. 45508/99, presuda od 5. oktobra 2004.

⁹⁵ Isto.

⁹⁶ 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.

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, koja Crnu Goru obavezuje od 2009. godine, usvaja drugačiji pristup. Ona se prvenstveno bavi jednakošću, 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”.⁹⁷

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:

- a) u glavi „Dobrovoljni smještaj“ ipak predviđa mogućnost prisilne hospitalizacije (vidi čl. 31);
- b) 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);
- c) 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.

⁹⁷ 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.“

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 ovlaštenja, 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, preporuka 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 poštovanja 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.⁹⁸

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 18 dana od trenutka prisilne hospitalizacije do pravosnažne presude kojom se odlučuje o njegovoj hospitalizaciji (18 dana se dobija sabiranjem rokova od 48 h u kojem je Bolnica dužna da obavijesti sud i dva puta po 8 dana, koliko prvostepeni i drugostepeni sud imaju rok da odluče).

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 lekara 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

⁹⁸ Detaljnije vidjeti na: <http://www.hraction.org/?p=8461>.

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.⁹⁹ Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama (ZZODS) iz 2014.¹⁰⁰ 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 žabi 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).

2.6.3. Preporuka za ministarstvo zdravlja:

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:

- 1) Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica i Zakon o vanparničnom postupku treba 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

⁹⁹ Zakonska procedura predstavljena u formi brošure za pacijente dostupna na: http://www.psihijatrija.hr/edu/doc/4-postupak_prisilni_smjestaj_final_corr.pdf.

¹⁰⁰ Zakon objavljen u „Narodnim novinama“ br. 76/14.

Prilikom odlučivanja o prisilnoj hospitalizaciji cijene se: 1. težina duševnog oblijenja 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 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.¹⁰¹ 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.¹⁰²

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 hospitalizovani¹⁰³ i ova rješenja su poslala pravosnažna, a u 38 da je prisilna hospitalizacija neophodna. U 2 slučaja Viši sud je ukinuo odluke Osnovnog suda i predmeti

¹⁰¹ 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.

¹⁰² Predmeti sa posl. oznakama Os. 62/15 i Os. 97/15.

¹⁰³ Predmeti sa posl. oznakama Os. 4/16 i Os. 23/16.

su vraćeni na ponovni postupak. U oba slučaja je postupak kasnije obustavljen.¹⁰⁴ Dakle, u 2016. ukupno je potvrđeno 36 hospitalizacija.

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.¹⁰⁵

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 u 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.

¹⁰⁴ Ukuta 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“ (citirano iz službene zabilješke sudije 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 na liječenje kod psihijatra koji je vodi nekoliko godina“ (citirano iz službene zabilješke sudije Špira Pavićevića od 19.8.2016).

¹⁰⁵ 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.

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)¹⁰⁶, o čijem izricanju i obustavi odlučuje sud u krivičnom postupku, u skladu sa Zakonom o krivičnom postupku (ZKP)¹⁰⁷.

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.¹⁰⁸

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 bezbjednosti¹⁰⁹, 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).

ZKP sadrži nešto drugačiju formulaciju i propisuje: „Sud koji je izrekao mjeru bezbjednosti ispitivaće, 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.¹¹⁰ Ministarstvo zdravlja je saopštilo da je ovo pravo obezbijeđeno u članu 25 Zakona o pravima pacijenata (*Sl. list br.*

¹⁰⁶ "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.

¹⁰⁷ Sl. list CG", br. 57/2009, 49/2010, 47/2014 ž, 35/2015 i 58/2015.

¹⁰⁸ 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.

¹⁰⁹ "Sl. listu CG", br. 36/2015.

¹¹⁰ "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.

40/10).¹¹¹ 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 psihijatara 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.¹¹² 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,¹¹³ 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 predlozi 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.“¹¹⁴

¹¹¹ 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.

¹¹² 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.

¹¹³ Zakon o vanparničnom postupku, Sl. list RCG br. 27/2006 i Sl. list CG, br. 20/2015, čl. 48.

¹¹⁴ 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, primećeno 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.¹¹⁵ Preporučeno je da se zakonom obezbijedi djelotvorno pravo pacijenta da ga sud sasluša u postupku u kome odlučuje o produžavanju trajanja ove mjere bezbjednosti.¹¹⁶

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 prekršajima¹¹⁷ 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, rokove 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.“¹¹⁸

Preporuka:

¹¹⁵ 105. 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.

¹¹⁶ "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.

¹¹⁷ "Sl. list CG", br. 1/2011, 6/2011, 39/2011 i 32/2014.

¹¹⁸ Izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, str. 31

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.¹¹⁹ Ovo odjeljenje jedino ima obezbjeđenje i tu bi, po prirodi stvari, trebalo da budu smještene 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.

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.¹²⁰

Od tih 10 preporuka, do juna 2017. su ispunjene: 1) preporuka za bolje terapeutsko 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 uspevalo da zadovolji tadašnje potrebe.

¹¹⁹ 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 i 42/2015 i 58/2015, čl. 67-69. O kontroli primjene ove mjere vidi na str. 44.

¹²⁰ 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.

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.

U Bolnici je 31.12. 2016. boravilo ukupno 98 forenzičkih pacijenata, od kojih je 70 bilo sa izrečenom mjerom bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, dva kod kojih je prethodno utvrđeno mentalno oboljenje i koja su u pritvoru čekala suđenje, dva čije se stanje vještačilo i četiri 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, dvojica teško ubistvo, 14 ubistvo i devet 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.¹²¹ 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.¹²²

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 tri.

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 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.¹²³

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.

¹²¹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 92.

¹²² 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.hraction.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_ZIKS_CG_WEB1.pdf)

¹²³ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 92.

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 JSP¹²⁴. 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 na str. ...

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, 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.¹²⁵

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.¹²⁶ 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.¹²⁷ 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,

¹²⁴ 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.

¹²⁵ "...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.

¹²⁶ „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.

¹²⁷ Vidi Izvještaj Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama, op. cit, 2013, str. 53, preporuka 6.

kada se novi zaposleni dovoljno obuče.¹²⁸ Međutim, u praksi nije došlo do povećanja broja medicinskih tehničara (vidi detaljnije str. 32).

Pripadnici službe obezbjeđenja na sudskom odjeljenju nijesu prošli bilo kakvu obuku za rad sa pacijentima sa mentalnim oboljenjima.¹²⁹ 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 da 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.

¹²⁸ 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.

¹²⁹ 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.

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. godine¹³⁰ (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".¹³¹ 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.¹³² Socijalni radnici nisu učestvovali u radno-okupacionoj terapiji.

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 terapeutsko.¹³³

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

¹³⁰ Sl. list CG, br. 31/2014 od 24.7.2014, stupio je na snagu 1.8.2014.

¹³¹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačke 95-97.

¹³² Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 97.

¹³³ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačka 91.

da pacijentu bilo koju terapiju u cilju smirivanja, ukoliko ne konsultuje ljekara što se smatra dobrom praksom.

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

Osoblje je zadovoljno snabdijevanjem 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 (detaljnije 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.

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:

- 3) sprovesti obuku pripadnika obezbjeđenja o radu sa pacijentima sa mentalnim oboljenjem;
- 4) popraviti koševe na sportskom terenu i postaviti nadstrešnicu u prostor za šetnju;
- 5) obezbijediti širok izbor aktivnosti radno-okupacione terapije u skladu sa Akcionim planom za unapređenje radno-okupacione terapije u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru¹³⁴, kao i to da forenzički pacijenti učestvuju u tim aktivnostima (CPT 2013).

2.9. Odjeljenje za 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

¹³⁴ Plan je dostupan na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Konkurs_Akcioni_plan.pdf.

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)¹³⁵.

Na oba odjeljenja je moguće smjestiti samo muškarce, dok se žene sa izrečenom mjerom smještaju na žensko akutno odjeljenje. Nažalost, iako je 2013. godine obezbijeđeno 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. 72, st. 1). 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, promjećena 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.

¹³⁵ Lista čekanja na sajtu Bolnice dostupna na:
http://psihijatrijakotor.me/mn/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=132.

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.¹³⁶

Šestokrevetna soba na odjeljenju za alkoholizam je i dalje pretrpana i neuslovna kako je i navedeno u Izvještaju NPM-a za 2015. godinu.¹³⁷ Takoće, ne postoje uslovi za stvaranje odgovarajućeg terapijskog okruženja, jer nije obezbijećeno dovoljno prostora po pacijentu.¹³⁸

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

Poseban problem s kojim se Bolnica suoćava 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 moće sprovesti samo na intenzivnoj nezi.¹³⁹

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) sprećiti da se u Bolnicu dovode osobe u stanju predoziranosti opijatima koje je opasno po život i treba da se zbrinjava na intenzivnoj nezi.

Za Ministarstvo pravde:

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

Za direktora Bolnice:

¹³⁶ Vidi izvještaj *Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama*, str. 37.

¹³⁷ 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.

¹³⁸ Isto.

¹³⁹ *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 supple-mental oxygen, if possible* (Discussion paper UNODC/WHO 2013, Opioid overdose, preventing and reducing opioid overdose mortality).

- 1) obezbijediti da na Odjelenju 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 odjelenju pojedinačno.

Desetak pacijenata sa kojima smo razgovarali su generalno bili upoznati sa informacijom da Savjet postoji, ali nijesu 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.¹⁴⁰ 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 odjelenjima 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.**

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.

¹⁴⁰ 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) Preispitati potrebu češćeg sastajanja Savjeta i učiniti transparentim njegov rad.

3. PSIHIJATRIJSKO ODJELJENJE OPŠTE BOLNICE U NIKŠIĆU

3.1. 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 poboljšavanje materijalnih uslova na Odjeljenju za psihijatriju izdvojeno je samo 473 eura, jer je zahvaljujući donaciji¹⁴¹ 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.

3.2. 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 porodijskom odsustvu.

¹⁴¹ Donacija je zaostavština Milorada Perovića namijenjena nikšićkom zdravstvu u iznosu od 183.000 eura, "Za zgradu psihijatrije u Nikšiću 183 hiljade eura", *Vijesti*, 13.5.2014.

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.

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

3.3. 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.

3.4. 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 dosledno u praksi (detaljnije u nastavku).

Od poslednjeg 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.¹⁴² 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.¹⁴³ 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.¹⁴⁴

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

¹⁴² Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačke 95-97.

¹⁴³ 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.

¹⁴⁴ Report to the Government of Czech Republic, CPT, 2014, op. cit, tačka 155.

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.

3.5. 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.

3.6. 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.

3.7. 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.

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

4.1. 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.¹⁴⁵

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).¹⁴⁶ 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.

4.2. Uslovi smještaja i tretman

¹⁴⁵ Statut Kliničkog centra Crne Gore, čl. 27-28.

¹⁴⁶ Prema informacijama koje je 28.6.2017. predstavio direktor Klinike dr Željko Golubović ovaj broj varira u zavisnosti od meseci, 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.

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, okrečeni zidovi, sanirani su kupatila, 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, 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.

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 Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru, preporučio da se pacijentima omogući da personalizuju prostor u kome borave i da mogu da zaključaju svoje stvari.¹⁴⁷ 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. 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 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).

¹⁴⁷ Izvještaj CPT-a, stav 94. Takođe, vidjeti Principi UN, princip 9, tačka 4.

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 odjeljenja 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.¹⁴⁸

Pacijenti u dogovoru sa osobljem borave na svježem vazduhu, a zahvaljujući klupama i neposrednoj blizini parka, po pravili 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 radno-okupaciona terapija 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.¹⁴⁹ 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.

4.3. 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.¹⁵⁰

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 preostalih osam preporuka dati su neodređeni odgovori koji nisu obećavali da će se stanje poboljšati.¹⁵¹

HRA je već 28. aprila navela se da je neprihvatljivo da se Klinika u okviru KCCG uopšte nalazi u mizernim uslovima u kakvim se nalazi, a pogotovo da se pitanje obnove postelnog 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 omogući 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

¹⁴⁸ "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 objektivan optimum za pružanje zdravstvenih usluga na ovoj klinici", Zapisnik sa III sjednice Komisije za droge održane 9.11.2016. godine, u prostorijama Ministarstva zdravlja.

¹⁴⁹ Report to the Government of Montenegro, CPT, 2014, op. cit, tačke 95-97.

¹⁵⁰ Fotografije i pismo dostupni na: <http://www.hracion.org/?p=10550>.

¹⁵¹ Detaljnije na: http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Dopis_HRA_MZ_28042016.pdf.

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.

4.4. 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“.¹⁵² 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.¹⁵³

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.¹⁵⁴

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 izvedeni su radovi na adaptaciji prostora - postavljeni su novi prozori, okrečeni zidovi, sanirana kupatila (odvojeno muško i žensko), fasada i krov. 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.

4.5. Preporuke

¹⁵² Odgovor Kliničkog centra Crne Gore br. 03/01-19251 od 25.10.2016. na zahtjev za slobodan pristup informacijama HRA od 7.10.2016.

¹⁵³ Odgovor Kliničkog centra Crne Gore br. 03/01-20354 od 8.11.2016. na zahtjev za slobodan pristup informacijama HRA od 3.11.2016.

¹⁵⁴ Odgovor Kliničkog centra Crne Gore br. 03/01-22403 od 9.12.2016. na zahtjev za slobodan pristup informacijama HRA od 7.12.2016.

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 prostorija za fizičko ograničavanje slobode kretanja pacijenata,
- d) obezbijedi informatička oprema za rad osoblja,
- e) 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,¹⁵⁵
- g) obezbijedi dovoljan broj stolica u skladu sa stvarnim potrebama Klinike da bi se zaposlenima i pacijentima omogućio adekvatan rad i boravak,
- i) obezbijedi ležaj sa isključivom namjenom da koristi doktorima za odmor tokom večernjih dežurstava,
- h) obezbijede mjesta za liječenje zavisnica.

Preporuka za Kliniku:

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

¹⁵⁵ "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.*