



MODELI DEINSTITUCIONALIZACIJE I ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI



Projekat „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima“ su podržale Evropska unija posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori i Opština Kotor.



Modeli deinstitutionalizacije i zaštite mentalnog zdravlja u zajednici

Dragana Ćirić Milovanović

Podgorica
mart 2017.

MODELI DEINSTITUCIONALIZACIJE I ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA U ZAJEDNICI

Izdavač

Akcija za ljudska prava / Human Rights Action (HRA)

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

Tel/fax: 020/ 232 348, 232 358

hra@t-com.me

www.hraction.org

Za izdavača

Tea Gorjanc Prelević

Autorka

Dragana Ćirić Milovanović

Uredila

Tea Gorjanc Prelević

Priprema i štampa:

Studio Mouse - Podgorica

Tiraž

300 kom



Opština Kotor



HUMAN
RIGHTS
ACTION
AKCIJA ZA
LJUDSKA
PRAVA



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

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

Sadržaj:

Svrha i opis dokumenta.....	5
Osnovni pojmovi	6
Osobe sa mentalnim smetnjama.....	6
Osobe sa mentalnim oboljenjima.....	6
Institucionalno zbrinjavanje.....	6
Deinstitucionalizacija.....	7
Prevenција.....	7
Mentalno zdravlje u zajednici	7
Usluge u zajednici	8
Službe za mentalno zdravlje u zajednici	8
Samostalno stanovanje.....	8
Značaj procesa deinstitucionalizacije	9
Pogubni efekti institucija na zdravlje i život pojedinca	10
Deinstitucionalizacija i ljudska prava.....	11
Pravo na život u zajednici i poslovna sposobnost	12
Bolje korišćenje resursa i pristup evropskim fondovima	13
Uporedni prikaz procesa deinstitucionalizacije: Primjeri dobre prakse	16
Italija	16
Ujedinjeno kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske.....	17
Španija	18
Francuska	19
Liječenje kroz otvoreni dijalog - Finska.....	21
Prevenција krizne situacije - Grčka	21
Noviji primjeri deinstitucionalizacije.....	22
Bugarska.....	23
Moldavija	25
Mađarska.....	26
Srbija.....	27
Prikaz stanja u Crnoj Gori.....	29
Zaključci i preporuke	32
Literatura.....	36

Svrha i opis dokumenta

Ovaj dokument nastao je u okviru projekta „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima“ koji sprovode 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. Projekat je motivisan snažnom potrebom da se poboljša stanje ljudskih prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima, sa opštim ciljem da se poveća kapacitet organizacija civilnog društva da podrže poštovanje ljudskih prava ovih osoba.

Iako je u Crnoj Gori deinstitutionalizacija pacijenata kojima nije potreban dalji ostanak u psihijatrijskoj bolnici promovisana kao budući pravac i rezultat reforme mentalnog zdravlja,¹ nadležne institucije i dalje tragaju za najboljim modelom koji bi zadovoljio lokalne uslove i potrebe. Analiza koja je pred vama sadrži prikaz različitih modela deinstitutionalizacije i primjera dobre prakse, kao i listu preporuka prilagođenih lokalnom kontekstu. Ona treba da posluži kao polazna osnova za debatu među ključnim akterima, kako bi se identifikovala najadekvatnija rješenja i postigao konsenzus oko budućeg pravca reformi.

S obzirom na to da je dokument namijenjen širokom auditorijumu, službenicima različitih resora i stručnjacima različitih profila, na početku data su pojašnjenja osnovnih pojmova, kako bi se osiguralo jedinstveno razumijevanje njegovog sadržaja.

U drugom dijelu prikazan je kontekst u kome je došlo do pomjeranja fokusa sa institucionalnog liječenja i zbrinjavanja na liječenje i podršku u zajednici. Značaj procesa deinstitutionalizacije sagledan je kroz štetne efekte koje praksa institucionalizacije ima po život i zdravlje pojedinca uz prikaz međunarodnih standarda zaštite ljudskih prava osoba sa mentalnim smetnjama.

Modeli deinstitutionalizacije i primjeri dobre prakse, u prelasku sa institucionalnog na liječenje i zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici čine sljedeću cjelinu. Predstavićemo primjere zemalja koje se smatraju pionirima deinstitutionalizacije, ali i onih koje su sa reformama započele nešto kasnije. Iako su novije reforme praćene povoljnim pravnim okvirom i načelnom posvećenošću procesu deinstitutionalizacije njime primarno rukovodi jedan resor (najčešće zdravstvo i/ili socijalna zaštita), uz malo ili nimalo uključivanja ostalih resora. Stoga se primjeri dobre prakse prevashodno odnose na pilot projekte koji nisu praćeni sveobuhvatnim sistemskim reformama kojima bi se obezbijedila njihova održivost.

Na kraju, dat je pregled trenutne situacije u Crnoj Gori i preporuke kako se u lokalnom kontekstu mogu primijeniti pojedini elementi prikazanih modela, kao i opšte preporuke za sprovođenje procesa deinstitutionalizacije.

1 Strategija za integraciju osoba sa invaliditetom u Crnoj Gori za period 2008 – 2016, <http://www.mrs.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=93285&rType=2> (pristupljeno 13.01.2017. godine).

Osnovni pojmovi

Osobe sa mentalnim smetnjama

Izraz “osobe sa mentalnim smetnjama” najčešće se koristi kao zajednički termin za osobe sa intelektualnim, kognitivnim, psihičkim i bilo kojim drugim smetnjama koje su u vezi sa mentalnim funkcionisanjem osobe.

Osobe sa mentalnim oboljenjima

Izraz “osobe sa mentalnim oboljenjima” se odnosi na lica koja imaju psihijatrijsku dijagnozu i koja se, u skladu sa tim, liječe. Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom² uključuje i ovu grupu osoba, iako se mnogi među njima ne identifikuju kao osobe sa invaliditetom zbog tradicionalnog poimanja termina invaliditet, koji se najčešće poistovjećuje sa očiglednim fizičkim nedostacima.

“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.

Institucionalno zbrinjavanje

Institucionalno zbrinjavanje podrazumijeva dugoročno smještanje osoba sa mentalnim smetnjama u izolovane, specijalizovane ustanove sa velikim brojem korisnika. Iako se najveći broj osoba sa mentalnim smetnjama nalazi u psihijatrijskim bolnicama i odjeljenjima, njih možemo naći i u ustanovama socijalnog staranja za osobe sa invaliditetom i u domovima za stare. **Institucionalno zbrinjavanje, prije svega, karakteriše segregacija, izopštenost iz zajednice, manjak privatnosti i lične autonomije, gubitak kontrole nad sopstvenim životom, pri čemu potrebe institucije imaju prednost u odnosu na lične potrebe osoba koje u njima žive.** Iako se inicijalno osobe sa mentalnim smetnjama smještaju u institucije radi liječenja, one tamo ostaju godinama, čak i decenijama, i to ne zbog kontinuirane potrebe za liječenjem, već zbog nedostatka socijalnih službi u zajednici, koje bi ovim osobama trebalo da pruže podršku nakon izlaska iz institucije.³

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

³ U Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Kotoru gotovo trećina pacijenata i dalje boravi, iako više ne postoji potreba za njihovim bolničkim liječenjem, detaljnije u nastavku na strani 37.

Deinstitutionalizacija

Proces deinstitutionalizacije predstavlja prelaz sa institucionalnog zbrinjavanja na brigu i podršku u zajednici, tj. praksu pružanja individualizovane, pojedincu prilagođene podrške u prirodnom okruženju. **Deinstitutionalizacija se nekada pogrešno interpretira samo kao izmještanje korisnika iz velikih rezidencijalnih ustanova u rezidencijalne jedinice manjeg kapaciteta.** Ona, zapravo, predstavlja kompleksan proces koji podrazumijeva promjenu pristupa u pružanju podrške osobama sa mentalnim smetnjama i drugim vrstama invaliditeta razvojem usluga u zajednici, uključujući prevenciju kojom se smanjuje potreba za institucionalnom zaštitom.

Prevencija

Prevencija je sastavni dio procesa prelaska sa institucionalnog zbrinjavanja na sistem podrške u zajednici. Ona uključuje širok spektar usluga podrške pojedincima i njihovim porodicama, kojima se obezbjeđuje pravovremen i adekvatan odgovor na specifične potrebe osobe, kako bi se spriječila potreba za institucionalizacijom odnosno dugotrajnom ili čestom hospitalizacijom.

Može se reći da preventivne službe predstavljaju suštinu dobrog procesa transformacije. Ukoliko se uzroci za smještaj u instituciju ne otklone, proces će neizbježno voditi prijemu novih osoba u te iste ustanove.

Prevencija je od posebnog značaja za osobe sa mentalnim oboljenjima. Preventivne usluge, kao što su centri za mentalno zdravlje i prihvatilišta, moraju biti razvijene tako da im se može lako pristupiti u kriznom trenutku. Takođe, one moraju imati i proaktivan karakter, tako da osoba uslugu može dobiti i kod svoje kuće, čak i kada je aktivno ne traži. U tom smislu, uloga ovih službi sastoji se i u mapiranju postojećih, ali i potencijalnih korisnika koji imaju potrebu za takvom vrstom podrške.

Mentalno zdravlje u zajednici

Koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici povezan je pokretom sa zaštitu prava mentalno oboljelih osoba i procesom deinstitutionalizacije u psihijatriji i podrazumijeva razvoj službi za mentalno zdravlje koje treba da obezbijede sveobuhvatno liječenje i zaštitu pacijentima u sredini u kojoj oni žive, koje bi bile lako dostupne pacijentima i njihovim porodicama. Sveobuhvatnost ovih službi ogleda se i u obezbjeđivanju spektra uslova koji će zadovoljiti mentalno-zdravstvene potrebe populacije u cjelini, kao i specifičnih grupa. Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici trebalo bi da riješi problem isključivanja iz društva dugotrajno hospitalizovanih osoba sa težim mentalnim poremećajima, odnosno da ponudi alternativu hospitalizaciji u psihijatrijskim bolnicama ili smještaju pacijenata sa ozbiljnim hroničnim oboljenjima u azilarne socijalne institucije.⁴

Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici zasniva se na principima koji su povezani sa potpuno

⁴ Stanojković, M. *Stručno-metodološko uputstvo za formiranje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici: koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici*, Zbirka radova i preporuka – poslovna sposobnost i život u zajednici: zaštita prava osoba sa invaliditetom, MDRI-S, 2014.

drugačijim pristupom psihijatrijskom pacijentu u odnosu na institucionalni tretman, usredsređujući se na ličnost osobe sa mentalnim poremećajem i na različite specifične okolnosti koje mogu uticati na izradu plana dugotrajnog liječenja i zbrinjavanja te osobe.

Usluge u zajednici

Ovaj izraz odnosi se na sve one usluge koje se pružaju pojedincima kako bi im se omogućilo zadovoljavanje svih potreba u zajednici u kojoj žive. Ovaj izraz obuhvata najprije opšte usluge: stanovanje, zdravstvenu zaštitu, obrazovanje, zapošljavanje, kulturu i rekreaciju, odnosno, sve one usluge koje bi trebalo da budu dostupne svima, bez obzira na invaliditet ili potrebu za podrškom. Ovaj izraz se odnosi i na specijalizovane usluge, poput personalne asistencije, stanovanja uz podršku, privremene njege i druge usluge koje odgovaraju na specifične potrebe osobe u odnosu na vrstu ili stepen poteškoća, ali i na specifične životne okolnosti u kojima se ta osoba nalazi.

Usluge koje se pružaju u zajednici uključuju, između ostalog, profesionalnu rehabilitaciju, zapošljavanje uz podršku, brigu u porodici, psihijatrijske postelje van specijalnih bolnica (na primjer, u opštim bolnicama), dnevne aktivnosti, usluge stanovanja u zajednici, mobilne klinike, terenske službe, telefonske linije za krizne situacije, grupe samopomoći i korisnička udruženja.

Službe za mentalno zdravlje u zajednici

Službe (centri) za mentalno zdravlje u zajednici predstavljaju stub sistema zaštite mentalnog zdravlja. One podrazumijevaju metodologiju voditelja slučaja, terenske timove za pružanje podrške i liječenje, kućnu njegu i liječenje, rehabilitaciju, reagovanje u kriznim situacijama, hostele kao alternativu bolničkom smještaju i druge usluge. Van-bolničke klinike mogu imati trijažnu funkciju, vršeci procjenu stanja, upućujući pacijenta gdje je to potrebno i funkciju praćenja stanja pacijenta.

Bolnički tretman u formi službe za hitnu psihijatrijsku intervenciju ili kratkotrajnu hospitalizaciju, služi da spriječi dugotrajnu institucionalizaciju. Bolničko liječenje pruža intenzivan tretman i praćenje tokom akutnih epizoda, čime se omogućava dalje liječenje i podrška u manje restriktivnom okruženju između epizoda.

Samostalno stanovanje

Izrazi „samostalno stanovanje“, „stanovanje uz podršku“ ili „zaštićeno stanovanje“ često se koriste da označe uslugu kojom se pruža podrška za što samostalniji život u zajednici. On ne podrazumijeva da osoba živi potpuno sama, bez ikakve podrške, već podrazumijeva da ljudi mogu da biraju i odluče o tome gdje će i sa kim živjeti, kako će organizovati svoj svakodnevni život i kakva im je podrška potrebna u održavanju ili unapređenju kvaliteta njihovog života.

Ova usluga može se pružati osobi u njenom sopstvenom stanu ili uz obezbjeđivanje prostora za individualno ili grupno stanovanje. U slučaju grupnog stanovanja, ono bi moralo biti slično porodičnom okruženju (ne više od 5 osoba po stambenoj jedinici) i ne bi smjelo imati odlike organizacije života u instituciji. Ove stambene jedinice moraju se nalaziti u običnom naselju. Takođe, mora se izbjegavati njihovo grupisanje kako ne bi došlo do segregacije.

Značaj procesa deinstitutionalizacije

Trenutna praksa pokazuje da je u mnogim zemljama institucionalno liječenje i dalje dominantan oblik tretmana osoba sa mentalnim oboljenjima, sa velikim brojem osoba koje dugi niz godina borave u instituciji zbog nedostatka alternativnih rješenja i podrške u zajednici. Ova situacija nije jedinstvena za Crnu Goru. Procjenjuje se da u Evropi oko 1,2 miliona djece i odraslih osoba sa invaliditetom živi u ustanovama u 25 evropskih zemalja.⁵

Institucionalno liječenje dugo je bilo smatrano za jedini adekvatan oblik brige o osobama sa mentalnim smetnjama, ali je u mnogim zemljama prepoznata potreba da se on zamijeni zaštitom mentalnog zdravlja u zajednici. Razvojem socijalne psihijatrije, ali i pojavom nove generacije lijekova mijenja se percepcija mogućnosti liječenja osoba sa ozbiljnim psihičkim smetnjama, što je u razvijenim demokratijama dovelo do promjene odnosa prema osobama sa psihičkim smetnjama i pristupa liječenju u smjeru poštovanja ljudskih prava, poštovanja autonomije i integriteta ličnosti uz uvažavanje odluka koje osoba donosi o sopstvenom životu.

Danas postoji široki konsenzus da je potrebno model brige, zasnovan na tradicionalnim velikim psihijatrijskim bolnicama, zamijeniti modernim, sveobuhvatnim modelima brige i liječenja u zajednici, koji uključuju akutna bolnička odjeljenja u opštim bolnicama.

U izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za 2001. godinu – Mentalno zdravlje: Novo razumijevanje, nova nada – se navodi:

Preporuka 3: Pružiti njegu u zajednici

Briga u zajednici daje bolje efekte od tretmana u instituciji na ishod liječenja i kvalitet života osoba sa hroničnim mentalnim smetnjama. Prebacivanje pacijenata iz psihijatrijskih bolnica na brigu u zajednici je, takođe, isplativije i poštuje ljudska prava. Stoga bi usluge mentalnog zdravlja trebalo pružati u zajednici, uz korišćenje svih raspoloživih resursa. Usluge u zajednici omogućuju ranu intervenciju i smanjuju stigmatu u vezi sa liječenjem. Velike zatvorene psihijatrijske bolnice potrebno je zamijeniti službama za brigu/liječenje u zajednici, uz postojanje psihijatrijskih odjeljenja pri opštim bolnicama i službe podrške u kući, koje zadovoljavaju sve one potrebe oboljelih osoba, koje su bile u nadležnosti velikih psihijatrijskih bolnica. Ovaj prelaz ka brizi/liječenju u zajednici zahtijeva da zdravstveni radnici i usluge rehabilitacije budu na raspolaganju u zajednici, uz pružanje podrške u kriznim situacijama, zaštićenog stanovanja i zapošljavanja uz podršku.

Prepoznajući značaj procesa deinstitutionalizacije za opšte zdravlje pojedinca⁶, SZO je u svom Akcionom planu (2013)⁷, između ostalog, odredila sljedeće prioritete:

- (a) svako ima jednaku mogućnost da ostvari mentalno blagostanje kroz cio životni vijek, posebno oni koji su najranjiviji ili u opasnosti;

5 Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J and Beecham, J (2007) *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

6 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/services-and-deinstitutionalization> (pristupljeno 31.12.2016. godine).

7 The European Mental Health Action Plan, Sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Çeşme Izmir, Turkey, 16–19 September 2013, EUR/RC63/11, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan> (pristupljeno 31.12.2016. godine).

- (b) osobe sa problemima mentalnog zdravlja su građani/građanke, čija se ljudska prava u potpunosti vrednuju, štite i promovišu;
- (c) usluge mentalnog zdravlja su pristupačne i mogu se priuštiti, dostupne su u zajednici u skladu sa potrebama; i
- (d) osobe imaju pravo na bezbjedan i efikasan tretman zasnovan na poštovanju.

Tri međusektorska cilja su:

- (a) sistemi zdravstvene zaštite pružaju dobru brigu o fizičkom i mentalnom zdravlju za sve;
- (b) sistemi mentalnog zdravlja rade u dobro koordinisanom partnerstvu sa ostalim sektorima, i
- (c) upravljanje i pružanje usluga mentalnog zdravlja vođeno je dobrim informacijama i znanjem.

U okviru četvrtog cilja - Pravo na siguran i efektivan tretman zasnovan na poštovanju - SZO preporučuje sljedeće:

Reorganizacija servisa i veći obuhvat:

Sistematski pomjerati mjesto brige/liječenja od dugotrajnog boravka u psihijatrijskim bolnicama ka nespecijalizovanim zdravstvenim uslugama sa povećanim obuhvatom intervencijama koje su zasnovane na dokazima (uključujući upotrebu „stepenastog“ pristupa, po potrebi) za prioriteta stanja i uz korišćenje mreže povezanih primarnih usluga mentalnog zdravlja u zajednici, uključujući kratkotrajne hospitalizacije i vanbolničko liječenje u dnevnim centrima (dnevne bolnice), primarnu zdravstvenu zaštitu, sveobuhvatne centre za mentalno zdravlje (klinike, instituti), dnevne centre, podršku osobama sa mentalnim smetnjama koje žive sa porodicom i stanovanje uz podršku.

Integrisana i responsivna briga/liječenje:

Integrirati i koordinirati holističku prevenciju, promociju, rehabilitaciju, brigu i podršku koje imaju za cilj zadovoljavanje potreba kada je u pitanju fizičko i mentalno zdravlje i koje podstiču oporavak osobe svih starosnih grupa unutar i preko opštih zdravstvenih i socijalnih službi (uključujući promociju prava na zapošljavanje, stanovanje i obrazovanje) kroz tretman koji je usmjeren na pojedinačnog korisnika i planove oporavka i, po potrebi, uz učešće porodice i pružaoca podrške.

Pogubni efekti institucija na zdravlje i život pojedinca

Institucionalno okruženje je samo po sebi takvo da stvara i dodatne nepovoljnosti, koje osobu koja boravi u ustanovi, mogu pratiti do kraja života. Nedostatak privatnog života, autonomije i nepoštovanje ličnog integriteta osobe može ugroziti njen emotivni i socijalni razvoj i pogoršati njeno psiho-fizičko stanje. Izrazi kao što su „socijalna deprivacija“ i „naučena bespomoćnost“ su upravo nastali da opišu psihološke uticaje boravka u ustanovi.⁸

Prekretnicu u odnosu prema institucionalnoj zaštiti osoba sa mentalnim smetnjama čini upravo dokumentovanje i razotkrivanje pogubnih uslova i tretmana, kojima su osobe u in-

⁸ Grunvald, 2003, izvor: *Jedinstvene evropske smjernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici*, Evropska ekspertna grupa za prelazak sa institucionalne na brigu i podršku u zajednici, Brisel 2012.

situacijama bile izložene (na primjer, serija skandala u Engleskoj šezdesetih godina, ali i rad organizacija za ljudska prava poput *Disability Rights International*, *Mental Disability Advocacy Center* (MDAC), *Amnesty International*, *Human Rights Watch* i druge). To je uključivalo razne oblike zlostavljanja i zanemarivanja, zastarjele metode liječenja, zloupotrebu lijekova, fiksaciju i izolaciju, nekompetentno ili neadekvatno osoblje, prenaseljenost, manjak osoblja, loše i nečovječne uslove, propuste u preispitivanju žalbi i viktimizaciju osoba koje podnose žalbe, uključujući korisnike i članove osoblja.

Iako se u početku mislilo da je riječ o individualnim slučajevima, mnogobrojni izvještaji iz različitih zemalja potvrdili su da se radi o jednom „šablonu“, opšte prisutnim propustima koji su karakteristični za institucionalno zbrinjavanje uopšte, bez obzira na fizičke uslove smještaja. Ne treba zaboraviti da institucija nije određena samo mjestom i veličinom već, prije svega, organizacijom života koja zanemaruje individualnost i privatnost, tako da potrebe institucije imaju prednost u odnosu na lične potrebe osoba koje u njima žive. Stoga, **posebnu pažnju treba obratiti na sprečavanje prenošenja institucionalne kulture na nove usluge, što bi samo dovelo do stvaranja više manjih ustanova, koje bi djelovale po istom principu.**

Deinstitutionalizacija i ljudska prava

Kršenje ljudskih prava ljudi u institucijama bilo je jedan od glavnih argumenata za napuštanje ovakvog modela brige o osobama sa mentalnim smetnjama. Iako prije Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, pravo na život u zajednici nije bilo prepoznato kao posebno pravo, argumenti za proces deinstitutionalizacije mogli su se naći u vezi sa nizom ljudskih prava, koja su bila narušena životom u instituciji. Tu se, prije svega, ubrajaju pravo na najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja, pravo na slobodu i bezbjednost, pravo na slobodu od nečovječnog i ponižavajućeg postupanja, pravo na lični i porodični život, pravo na zdravlje, pravo na jednakost pred zakonom i zabrana diskriminacije.

Samostalni život i uključenost u lokalnu zajednicu

Države potpisnice ove Konvencije osobama sa invaliditetom priznaju jednako pravo da žive u zajednici i uživaju pravo izbora, jednako sa drugim osobama i preduzeće efektivne i odgovarajuće mjere kako bi olakšale osobama sa invaliditetom da u potpunosti uživaju ovo pravo, omogućile njihovu punu uključenost u zajednicu i učešće u životu zajednice, uključujući preduzimanje mjera kako bi osigurale da:

- (a) osobe sa invaliditetom imaju mogućnost da izaberu mjesto svog prebivališta, sa kim će i gdje će živeti, pod jednakim uslovima sa drugima i neće biti obavezne da žive pod određenim aranžmanima;
- (b) osobe sa invaliditetom imaju pristup spektru službi podrške u svojim domovima, jedinicama za smještaj i lokalnoj zajednici, uključujući personalne asistente, neophodne radi podrške uključenosti i životu osoba sa invaliditetom u svojim lokalnim zajednicama i sprečavanja izolacije ili isključenosti iz zajednice;
- (c) usluge u lokalnoj zajednici koje su na raspolaganju opštoj populaciji treba da budu dostupne osobama sa invaliditetom pod jednakim uslovima i da budu u skladu sa potrebama osoba sa invaliditetom.

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 19.

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom⁹ (CRPD) je prvi obavezujući međunarodni ugovor u kojem je pravo na život u zajednici istaknuto kao posebno pravo. Član 19 utvrđuje pravo osoba sa invaliditetom da „žive u zajednici sa pravom izbora koji je jednak kao svima drugima“ i zahtijeva od država ugovornica da razviju „niz kućnih, rezidencijalnih i drugih usluga za podršku u zajednici, uključujući i ličnu pomoć potrebnu za život i uključ enje u zajednicu, i da spriječe izolaciju i izopštavanje“. Njegova tri ključna elementa su: izbor; individualizovana podrška koja promoviše inkluziju i sprečava izolaciju; i prilagođavanje usluga za opšte stanovništvo, tako da budu dostupne osobama sa invaliditetom.

Prije usvajanja Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, argumenti za deinstitutionalizaciju mogli su se naći u **Evropskoj konvenciji o ljudskim pravima¹⁰** i to u članu 3, koji kaže da „niko ne smije biti podvrgnut mučenju ili nečovječnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju“, i to bez izuzetka. Deinstitutionalizacija se, takođe, dovodi u vezu sa članom 8 Konvencije kojim se garantuje pravo na poštovanje ličnog i porodičnog života, kao i da svako miješanje u to pravo mora biti neophodno i srazmjerno.

Pravo na život u zajednici i poslovna sposobnost

Pravo na život u zajednici, koje podrazumijeva proces deinstitutionalizacije, tijesno je povezano sa ravnopravnim priznanjem lica pred zakonom, pravo garantovano članom 12 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. Naime, postoji bliska veza između starateljstva i institucionalizacije, jer se mnoga lica koja se dugi niz godina nalaze u institucijama, nalaze pod starateljstvom srodnika ili centara za socijalni rad. Činjenica da osobe pod starateljstvom nisu u mogućnosti da donesu nikakvu važniju odluku u životu, uključujući gdje, kako i sa kim žele da žive, ukazuje da ovakav sistem narušava pravo na život u zajednici. Evropski sud za ljudska prava ukazao je na problematičnu praksu smještaja osoba u instituciju uz saglasnost staratelja i odlučio da sistemi treba više da vrednuju odluke osobe o kojoj je riječ.¹¹

U objavljenom tematskom dokumentu¹² bivšeg Komesara za ljudska prava Savjeta Evrope, Tomasa Hamarberga, državama ugovornicama je preporučeno da prekinu sa „dobrovoljnim“ smještanjem osoba u zatvorene bolnice i ustanove socijalne zaštite protiv volje te osobe, a uz saglasnost staratelja ili pravnih zastupnika. Smještaj u ustanove zatvorenog tipa bez saglasnosti te osobe uvijek treba smatrati lišavanjem slobode i podvrgavati kontroli u skladu sa članom 5 Evropske konvencije o ljudskim pravima“.

Takođe, priznanje poslovne sposobnosti je od velikog značaja za proces deinstitutionalizacije, s obzirom da život u zajednici podrazumijeva donošenje odluka od značaja za život osobe u različitim oblastima. Razvijanje usluga pružanja podrške u odlučivanju, stoga, treba da predstavlja sastavni dio ovog procesa. O tome, na primjer, svjedoče rezultati usluge Aktivna podrška u zajednici, koju pruža Globalna inicijativa u psihijatriji – Sofija iz Bugarske. **Podrška u donošenju odluka koja se pruža u okviru usluge Aktivna podrška u zajednici, doprinijela je smanjenju broja pogoršanja psihičkog stanja i potrebe za prisilnom hospitalizacijom, pri čemu su korisnici usluge stekli vještine i informacije od značaja za donošenje odluka.**¹³

9 „Službeni list CG – Međunarodni ugovori“, br. 2/2009.

10 Zakon o ratifikaciji Evropske konvencije za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda, „Službeni list SCG - Međunarodni ugovori“, br. 9/2003 i 5/2005.

11 *Stanev protiv Bugarske* 36760/06 (2012) ECHR 46, (2012).

12 *Ko može da odlučuje? Pravo na poslovnu sposobnost za lica sa intelektualnim i psihosocijalnim invaliditetom*, Savjet Evrope, Komesar za ljudska prava, CommDH/Isse Paper (2012)2, str. 5.

13 *Effective rights for mental health patients - Bulgaria*, Dimitrova Marieta i Hristakieva Valentina, 2016 (dokument u posjedu Akcije za ljudska prava).

Na primjer, sljedeće vrste odluka su donošene primjenom modela odlučivanja uz podršku: odluke o tome gdje će osoba živjeti (vrsta smještaja, lokacija, da li će živjeti sama ili sa drugima), odnosi sa ljudima i životni stilovi (s kim će provoditi vrijeme, u kakvim će aktivnostima učestvovati), izbor zaposlenja, obrazovanja i rekreativnih aktivnosti, odluke o liječenju (procjena savjeta stručnjaka, izbor tretmana), finansijske odluke (kako se rukovodi novcem, trošenje i štednja) i ugovorni odnosi (podrška osobi da razumije suštinu određenog ugovornog odnosa, prije nego što zaključi ugovor).¹⁴

Bugarska se opredijelila za holistički koncept zakonodavne reforme u skladu sa konvencijom, posebno sa odredbama člana 12, koje se odnose na poslovnu sposobnost.¹⁵ Između ostalog, ovim novim konceptom je formulisano preduzimanje mjera za ukidanje lišenja poslovne sposobnosti i zamjenskog donošenja odluka (sistem starateljstva), odnosno, za zamjenu tog sistema sistemom koji će prepoznavati autonomiju i nezavisnost osoba sa mentalnim i intelektualnim invaliditetom, i zamijeniti princip „najboljeg interesa“ principom „poštovanja volje i želja“ osoba sa invaliditetom. Smatra se da će primjena ovog koncepta bitno doprinijeti inkluziji osoba sa invaliditetom i njihovoj deinstitutionalizaciji. Kao najveći izazov ovom procesu, prepoznata je negativna praksa stavljanja osoba sa invaliditetom pod starateljstvo, institucionalizacija i izolacija.

Mjere podrške, zasnovane na odnosu povjerenja, koje su ušle u predlog Zakona o donošenju odluka uz podršku su: ugovor o donošenju odluka uz podršku, zajedničko donošenje odluka, postavljanje organičenja na raspolaganje određenom imovinom po zahtjevu osobe, priznavanje preliminarne deklaracije (odluka za budućnost), itd.

Bolje korišćenje resursa i pristup evropskim fondovima

Rezolucija 1642 (2009) Parlamentarne skupštine Savjeta Evrope o ostvarivanju prava osoba sa invaliditetom i njihovom punom i aktivnom učešću u životu zajednice, poziva države članice da „se obavežu na sprovođenje procesa deinstitutionalizacije, tako što će reorganizovati usluge i prerasporediti resurse iz institucionalne zaštite ka pružanju usluga u zajednici“.

Proces deinstitutionalizacije zahtijeva adekvatno raspolaganje resursima, uključujući kako finansijske, tako i materijalne i ljudske resurse. Njihovo adekvatno planiranje i preraspodjela od ključne su važnosti za uspješnost procesa deinstitutionalizacije. Resurse treba usmjeravati tamo gdje se osoba nalazi i srazmjerno njenim potrebama za podrškom. Takođe, dobro planiranje resursa omogućava korišćenje onih službi, koje na najbolji način odgovaraju na specifične potrebe korisnika.

Način finansiranja jeste jedan od najčešćih remetećih faktora u planiranju adekvatne brige i liječenja. U Crnoj Gori, kao i u većini zemalja u kojima je proces deinstitutionalizacije u začetku, sredstva se primarno usmjeravaju ka institucijama. Jedno od ključnih načela adekvatne podrške osobama sa invaliditetom jeste da **novac prati osobu**. Na taj način se obezbjeđuju

14 AJUPID Vodič obećavajućih praksi po pitanju poslovne sposobnosti i pristupa pravdi, dostupno na: http://www.ajupid.eu/images/documents/promising_practices/BAG_AJUPID_UK_2015_BV.pdf.

15 U Bugarskoj postoji djelimično i potpuno lišenje poslovne sposobnosti. Prema podacima iz 2012. godine, 7.500 osoba je lišeno poslovne sposobnosti, od kojih je polovina smještena u specijalizovane institucije. Preko 80% osoba koje su u institucijama lišene su poslovne sposobnosti i često im je direktor institucije postavljen za staratelja.

sredstva za obezbjeđivanje podrške osobi van institucije. Takođe, time se osobi pruža mogućnost izbora usluge koju želi da koristi. U međuvremenu je, svakako, potrebno nastaviti finansiranje institucija u mjeri u kojoj je to neophodno, dok svi korisnici ne pređu u alternativni oblik pružanja podrške.

Često se postavlja pitanje kako iskoristiti materijalne resurse. Prenamjena za, na primjer, usluge opšte zdravstvene zaštite, iznajmljivanje objekata, prenamjena u stambeni prostor za opšte stanovništvo ili turistički objekat, samo su neki primjeri. Takođe, objekte u kojima se nalaze postojeće opšte službe mogu se dati na korišćenje i službama koje pružaju podršku u zajednici specifičnim grupama.

Dobro upravljanje ljudskim resursima u procesu deinstitutionalizacije važno je iz nekoliko razloga. Prvo, time se kontroliše otpor ka promjenama, koji pokazuju kako zaposleni u velikim institucijama, tako i zaposleni u opštim službama koji su osobe sa mentalnim smetnjama samo „prosljeđivale“ specijalizovanim službama i institucijama. Drugo, osoblje sa dobrim poznavanjem korisnika i dugogodišnjim iskustvom brige o osobama sa najtežim smetnjama, čini najvažniji resurs za pružanje adekvatne podrške uz, naravno, prihvatanje novih metoda brige o korisnicima. Na kraju, proces deinstitutionalizacije nije moguć bez lidera, entuzijasta koji će gurati ovaj proces naprijed, kako među stručnim osobljem tako i među upravnicima, političarima i svim drugim ljudima voljnim da se angažuju na unapređenju položaja osoba sa mentalnim smetnjama.

Često se nedostatak finansija koristi kao opravdanje za nezapočinjanje, ili sporu implementaciju procesa deinstitutionalizacije. Ovdje ćemo se osvrnuti na strateško opredjeljenje Evropske unije i fondove koji su na raspolaganju kako bi se proces deinstitutionalizacije podržao, kako u zemljama članicama, tako i u zemljama koje su u **procesu pristupanja Evropskoj uniji**. Važno je napomenuti da je Evropska unija ratifikovala Konvenciju o pravima osoba sa invaliditetom. To je prvi i, za sada, jedini međunarodni ugovor kome je Evropska unija pristupila kao regionalno tijelo.

Države članice EU, države u procesu pristupanja i države kandidati za pristup EU mogu koristiti sredstva Evropske unije – strukturne i IPA fondove – za pokrivanje dvostrukih troškova koji su neminovni tokom prelaska sa institucionalne zaštite na brigu i liječenje u zajednici. Da bi to bilo moguće, potrebno je u Ugovoru o partnerstvu i Operativnim programima za predstojeći period programiranja, identifikovati deinstitutionalizaciju različitih ciljnih grupa kao jednu od prioritarnih aktivnosti. Iz ovih fondova mogu se pokriti različite oblasti reforme, uključujući:

- infrastrukturna ulaganja - npr. stambeni prostor, kao i adaptacija stanova;
- obuka zaposlenih za rad u novim službama;
- stvaranje mogućnosti zapošljavanja u zajednici (otvaranje novih radnih mjesta), i
- tehničku pomoć, uključujući procjenu potreba i koordinaciju ili upravljanje cjelokupnim procesom promjene.

Tako se, na primjer, Evropski fond za regionalni razvoj (ERDF) može iskoristiti za unapređenje fizičke infrastrukture službi za mentalno zdravlje, dok se aktivnosti poput promovisanja socijalne inkluzije osoba sa mentalnim smetnjama ili obuke profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja, mogu finansirati iz Evropskog socijalnog fonda (ESF).

** preuzeto iz Jedinjstvenih evropskih smjernica za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici*

U skladu sa odredbama Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Konvencije o pravima djeteta i Evropske konvencije o ljudskim pravima, države članice Evropske unije trebalo bi da sprovede mjere, koje podstiču prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici. Među ključnim članovima Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom od značaja za proces deinstitutionalizacije je član 19, koji propisuje pravo na samostalan život.¹⁶

Evropska strategija za osobe sa invaliditetom 2010 – 2020 pruža okvir za osnaživanje osoba sa invaliditetom da učestvuju u društvu i obezbijede uživanje osnovnih ljudskih prava. Strategija ponavlja da se Evropska unija obavezala da promoviše učešće osoba sa invaliditetom u slobodnim aktivnostima, zapošljavanju, obrazovanju, zdravlju, socijalnim uslugama i da se postigne prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici.

Evropski strukturni i investicioni fondovi (ESIF) mogu podržati širok dijapazon mjera u skladu sa zahtjevima strateškog okvira za smanjenje siromaštva (tematska cjelina 9), da bi se spriječila institucionalizacija i podržale reforme i proces prelaska u zajednicu. **Izgradnja ili renoviranje rezidencijalnih ustanova za dugotrajan boravak isključeni su iz podrške ESIF, bez obzira na njihovu veličinu.** Predložene mjere su dio strateške vizije o sprovođenju procesa prelaska sa insitucionalne na brigu i podršku u zajednici, u skladu sa kriterijumima obavezujućih elemenata planiranja za postizanje aktivne inkluzije (*ex-ante* conditionality for active inclusion).

Strategija za postizanje kohezije¹⁷ za 2014 – 2020 pominje deinstitutionalizaciju kao eksplicitan prioritet za Evropske strukturne investicione fondove, naročito Evropski socijalni fond i Evropski fond za regionalni razvoj.

Vodič u oblasti obavezujućih elemenata u planiranju fondova iz 2014. godine, u oblasti mentalnog zdravlja navodi sljedeće aktivnosti:¹⁸

- promovisati tretmane i modele brige koji se pružaju u zajednici i podstiču socijalnu inkluziju (deinstitutionalizaciju) i poboljšati pristup podršci osobama sa mentalnim smetnjama;
- promovisati zdravstvene programe i programe rane intervencije za pripadnike grupa sa povišenom sklonošću mentalnim smetnjama i obezbijediti mehanizme podrške u socijalnom/zdravstvenom sistemu u slučajevima mentalnog oboljevanja/pogoršanja i naročito nakon pokušaja samoubistva;
- suočiti se sa diskriminacijom na osnovu mentalnog oboljenja i stigmom i promovisati socijalnu i radnu integraciju osoba sa mentalnim smetnjama.

16 Izvor: http://ec.europa.eu/regional_policy/en/policy/themes/social-inclusion/desinstit/ (pristupljeno 30.12. 2016.godine).

17 Sadrži mjere kojima se ublažava disparitet i ujednačavaju mogućnosti različitih zemalja članica EU (po pitanju prihoda, bogatstva ili mogućnosti).

18 *Internal Guidance on Ex Ante Conditionalities for the European Structural and Investment Funds*, 2014, http://ec.europa.eu/regional_policy/index.cfm/en/information/legislation/guidance/ (pristupljeno 13.01.2017. godine).

Uporedni prikaz procesa deinstitutionalizacije: primjeri dobre prakse

Širom Evrope i ostatku svijeta učinjeni su brojni napori tokom proteklih decenija da se prevaziđu brojne prepreke, kako bi se osigurala kvalitetna dugotrajna briga o osobama sa ozbiljnim mentalnim smetnjama. Na primjer, sektorska psihijatrija u Francuskoj, socijalna psihijatrija i mentalno zdravlje u okviru primarne zdravstvene zaštite u Ujedinjenom kraljevstvu i reforma psihijatrije i deinstitutionalizacija u Italiji, predstavljaju važna obilježja ove evolucije.

Nakon ovih ranih inicijativa uslijedilo je mnoštvo različitih procesa širom Evrope, kojima je u mnogim državama unaprijeđen sistem mentalnog zdravlja. To uključuje poboljšanja u fizičkim uslovima unutar psihijatrijskih bolnica, razvoj usluga u zajednici, integraciju brige o mentalnom zdravlju u primarnu zdravstvenu zaštitu, razvoj psihosocijalne podrške (stanovanje, profesionalno osposobljavanje), zaštitu ljudskih prava osoba sa mentalnim smetnjama i povećano učešće korisnika i njihovih porodica u procesima unapređivanja politike i usluga. Brojna istraživanja koja su pratila ove procese, proširila su bazu dokaza kojima se treba voditi prilikom ulaganja u adekvatan sistem zaštite mentalnog zdravlja.

U poglavlju koje slijedi pokušaćemo da predstavimo neke primjere reformi zdravstvenih sistema u odnosu na mentalno zdravlje, fokusirane na deinstitutionalizaciju. Detaljna analiza procesa deinstitutionalizacije na međunarodnom planu, sa svim uspjesima i izazovima, prevazilazi opseg ovog dokumenta. **Naš trenutni cilj jeste da pokažemo da proces deinstitutionalizacije nije samo zasnovan na principima i obavezujućim standardima ljudskih prava, već da ima široko utemeljenje u iskustvima iz drugih zemalja.**

Italija

Italija je jedna od prvih zemalja koja je počela sa procesom deinstitutionalizacije u psihijatriji i razvojem sistema mentalnog zdravlja u zajednici. Psihijatrijsko liječenje i podrška trebalo je da se izmjesti iz psihijatrijskih bolnica i prenese na **centre za mentalno zdravlje u zajednici**, kako bi se osigurala integracija i povezanost sa drugim servisima i resursima u zajednici. Ovakva promjena dovela je do promjene uloga porodičnih ljekara, po pitanju brige o psihijatrijskim pacijentima.

Ključne odredbe „Zakona 180“ koje su unijele suštinske promjene:

- zabrana prijema novih pacijenata u postojeće psihijatrijske bolnice;
- zabrana izgradnje novih psihijatrijskih bolnica;
- otvaranje odjeljenja za psihijatriju u opštim bolnicama sa maksimalnim kapacitetom od 15 kreveta;
- centri za mentalno zdravlje u zajednici pružaju ambulantno psihijatrijsko liječenje na osnovu geografske podjele;
- prinudno liječenje moguće je primijeniti samo u izuzetnim okolnostima, kada nije moguće pristupiti odgovarajućim službama u zajednici, a kada sam pacijent ne prihvata liječenje van bolničkih uslova.

Značajne promjene započele su usvajanjem „Zakona 180“ 1978. godine. Zakon je predviđao uspostavljanje sveobuhvatnog i integrisanog sistema brige o mentalnom zdravlju, koji je trebalo da bude prilagođen i implementiran na regionalnom nivou, pokrivajući određeni procenat stanovništva.

Reforma u Trstu, kao glavno obilježje italijanske reforme, dovela je do zatvaranja psihijatrijske bolnice i razvoja mreže usluga u zajednici koje je organizovao sektor zdravstva, tako da se zadovolje sve zdravstvene i socijalne potrebe osoba sa ozbiljnim mentalnim smetnjama. Ova mreža uključuje centre za mentalno zdravlje, sa malim brojem kreveta, psihijatrijsko odjeljenje u opštoj bolnici, usluge stanovanja i širok spektar rehabilitacionih programa (profesionalno osposobljavanje i socijalne kooperative, između ostalog).

Reforma mentalnog zdravlja u drugim regijama pratila je iste ciljeve i strategije, uz određene varijacije shodno specifičnostima svakog regiona. Stoga se reforma psihijatrijskih službi u drugim regijama razlikovala po pitanju dinamike i konkretnih koraka u sprovođenju ovog procesa.

Razvoj psihijatrijskih službi u zajednici u regiji Emilia-Romana predstavlja dobar primjer faznog pristupa. Početkom 80-tih uspostavljeni su centri za mentalno zdravlje u zajednici, počelo se sa izmještanjem pacijenata iz psihijatrijskih bolnica u manje, van-bolničke rezidencijalne jedinice i uspostavljanjem mreže psihijatrijskih odjeljenja u opštim bolnicama. Resursi za ostvarivanje ovih zadataka obezbijeđeni su postepenim oslobađanjem postojećih resursa zatvaranjem velikih psihijatrijskih bolnica i njihovim preusmjeravanjem na novouspostavljene usluge mentalnog zdravlja u zajednici. Mnogi (ne i svi) profesionalci prihvatili su prelazak iz starih u nove službe, što je bilo praćeno intenzivnim treningom na novom radnom mjestu. Uspostavljen je **regionalni centar za psihijatriju** da koordinira i nadgleda kompletan proces. Ovaj centar je u nadležnosti lokalne administracije i njime uvijek rukovodi stručnjak iz oblasti mentalnog zdravlja. Posljednja psihijatrijska bolnica u ovoj regiji zatvorena je 1997. godine, 19 godina od početka reforme.

U Italiji se i dalje razvijaju inovativne usluge koje pružaju sveobuhvatnu, multi-disciplinarnu psihijatrijsku brigu i liječenje, ali i dalje postoje značajne geografske razlike po pitanju kvaliteta pružanih usluga.

Ujedinjeno kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske

Engleska i Vels se najčešće uzimaju kao primjer reforme u Ujedinjenom kraljevstvu. Iako su tendencije ka zatvaranju velikih psihijatrijskih bolnica postojale već šezdesetih godina prošlog vijeka, zvanična strategija usvojena je 1971. godine. Ona je predviđala potpuno napuštanje modela psihijatrijskih bolnica i prelazak na zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, tako da se sve usluge pružaju od strane opštih bolnica uz tijesnu saradnju sa primarnom zdravstvenom zaštitom i socijalnim uslugama, poput podrške za samostalno stanovanje, dnevnih usluga i multidisciplinarnih timova za mentalno zdravlje u zajednici. Strategija je bila praćena **preusmjeravanjem sredstava od sistema zdravstva (u čijoj nadležnosti su se nalazile institucije) ka lokalnoj samoupravi**.

Ključne promjene dešavale su se tokom osamdesetih i devedesetih godina, a do 2000. godine britanska vlada je zatvorila 90 od 120 psihijatrijskih bolnica premještajući većinu pacijenata koji su bili izloženi dugotrajnoj institucionalizaciji, u jedinice grupnog stanovanja i centre za zbrinjavanje u zajednici.

Nacionalni okvir za pružanje usluga mentalnog zdravlja¹⁹, usvojen 1999. godine, detaljno je razradio razvoj *specijalizovanih timova za mentalno zdravlje u zajednici*. Tako je širom Engleske oformljeno preko 200 timova za podršku i tretman u zajednici (ACT – *assertive community treatment teams*), 50 servisa za ranu intervenciju i 300 timova za krizne situacije i tretman u kući. Svi oni radili su uporedo sa timovima centara za mentalno zdravlje u zajednici i lokalnim bolničkim odjeljenjima za privremenu hospitalizaciju.

Skorašnja strateška dokumenta usmjerena su na podsticanje saradnje između primarne i specijalističke psihijatrijske zaštite za tretman učestalih mentalnih oboljenja, bolji pristup psihološkom savjetovanju i psihoterapiji, posvećivanje pažnje na fizičko zdravlje osoba sa teškim mentalnim smetnjama i veću zastupljenost pristupa zasnovanog na oporavku.

Bez obzira na sve izazove, britansko iskustvo predstavlja odličan primjer detaljno isplanirane i konzistentne strategije rukovođene razumijevanjem od strane državne uprave, da je institucionalno zbrinjavanje ljudi sa mentalnim smetnjama neprihvatljivo.

Španija

Radikalne promjene u javnom sistemu mentalnog zdravlja pokrenute su osamdesetih godina u Andaluziji, jednom od 17 regiona u Španiji. Do tada, psihijatrijsko liječenje bilo je izdvojeno od sistema opšte zdravstvene zaštite, sa ograničenim resursima usmjerenim isključivo na osam psihijatrijskih bolnica i mali broj klinika za van-bolničko liječenje. Psihijatrijske bolnice imale su ukupan kapacitet od oko 3000 kreveta, sa 2700 hroničnih bolesnika na dugotrajnom smještaju.

Strategija za kreiranje mreže socijalnih usluga za pružanje podrške mentalno oboljelim osobama u zajednici predstavlja jedan od najoriginalnijih i najkreativnijih aspekata reforme. Naime, *suština strategije bila je u formiranju javne (državne) fondacije, koju su podjednako finansirala četiri državna resora najrelevantnija za pružanje podrške mentalno oboljelim osobama (zdravstvo, socijalna zaštita, zapošljavanje i tehnološki razvoj i ekonomija i finansije). Tome se naknadno priključio i sektor obrazovanja.*

Veliki uspjeh ove strategije ogledao se u tome što je obezbijedio: državno intersektorsko finansiranje; koordinisano planiranje i upravljanje uslugama socijalne podrške uz blisku saradnju sa zdravstvenim uslugama; fleksibilno i efikasno upravljenje i raspodjelu resursa; učešće lokalnih organizacija, kao i udruženja korisnika i porodica i osoblja u razvoju i praćenju primjene ovih programa.

¹⁹ National service framework for mental health, 1999, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198051/National_Service_Framework_for_Mental_Health.pdf (pristupljeno 13.01.2017. godine).

Ishod reforme se ogleda u sljedećem:

- **zatvaranje svih psihijatrijskih bolnica**, kroz individualne planove za deinstitutionalizaciju i prenamjenu postojećih objekata (najčešće za potrebe opšte zdravstvene zaštite);
- **stvaranje nove mreže specijalizovanih usluga za mentalno zdravlje** koje se pružaju u zajednici i integrisane su u opšti zdravstveni sistem. Ova mreža organizovana je po sektorima, takozvanim „oblastima mentalnog zdravlja“ i uključuje: timove za mentalno zdravlje u zajednici koji rade tijesno povezani sa primarnom zdravstvenom zaštitom; bolnička odjeljenja u opštim bolnicama, centre za vanbolničko liječenje djece sa problemima mentalnog zdravlja, dnevne centre, centre za rehabilitaciju i terapijske zajednice (centri za tretman pacijenata kojima je na duži period potrebno strukturirano terapijsko okruženje);
- **stvaranje Andaluzijska Fondacija za socijalnu integraciju osoba sa mentalnim smetnjama (FAISEM)**, nove državne organizacije, koja upravlja mrežom socijalnih usluga. Ova mreža uključuje rezidencijalne, okupacione i radne centre i programe;
- **formulisanje intersektorske strategije** koja promoviše saradnju sektora za zdravstvo sa servisima koje pružaju ostali resori (socijalna zaštita, pravosuđe, obrazovanje), kao i saradnju sa udruženjima korisnika i njihovih porodica.

U ovom trenutku, Fondacija pruža podršku u stanovanju za preko 2000 korisnika, okupacione aktivnosti za više od 2500 korisnika, usluge profesionalnog osposobljavanja za 200 korisnika svake godine, zapošljavanje u socijalnim preduzećima za oko 300 osoba sa mentalnim smetnjama i razvoj mnogih drugih aktivnosti (podrška u zapošljavanju, društveni klubovi, podrška za korisnička i porodična udruženja i istraživanja, između ostalog). Pristup uslugama koje Fondacija pruža se uvijek obezbjeđuje uz koordinaciju sa službama za mentalno zdravlje kroz koordinaciona tijela za svaku teritoriju, uključujući takođe opšte socijalne službe na toj teritoriji (Caldas de Almeida & Torres, 2005).

Francuska

Primjer deinstitutionalizacije na lokalnom nivou dolazi iz Lila u Francuskoj i ukazuje na to koliki je značaj cjelokupne lokalne zajednice za uspješnost procesa deinstitutionalizacije.

Pristupačnost, kontinuitet podrške i međuresorna saradnja su osnovne karakteristike ovog sistema.

Reforma usmjerena na deinstitutionalizaciju i razvoj službi podrške u zajednici, zasnovana je na principima sektorske psihijatrije, gdje svaki „sektor“ pokriva populaciju od oko 54,000 građana. Proces deinstitutionalizacije u Lilu je započet sedamsedetih godina, iniciran od strane psihijatrijske bolnice i neprofitne Medicinske psiho-socijalne asocijacije, uz uključivanje članova lokalne samouprave, profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja, socijalnih radnika, korisnika i predstavnika osoblja službi podrške.

Na samom početku, kreirani su medicinsko-psihološki centar i centar za stanovanje i deinstucionalizaciju, specijalizovani za rehabilitaciju hroničnih, dugotrajno institucionalizovanih pacijenata. Nakon toga, inicirana je saradnja sa lokalnim samoupravama i konakti sa upraviteljima socijalnih stanova, radi uspostavljanja zajedničkih i „terapeutskih“ stanova, a zatim i radi pristupa podršci i stambenim jedinicama raspoređenim svuda u zajednici. Započeti su programi u oblasti zastupanja, borbe protiv stigme, istraživanja u svrhu izrade strategija i razvoja servisa i program psiho-socijalne rehabilitacije.

Reforma je sprovedena u dva ključna koraka. Prvi korak (1975-1995) bilo je premještanje iz psihijatrijske bolnice u zajednicu, kroz razvoj sektorizacije, uz podršku državnog (centralnog) budžeta. Drugi korak (1995-2006) sastojao se od decentralizacije i otvaranja psihijatrijskih službi uključivanjem profesionalaca u zdravstvene, socijalne i kulturne usluge na lokalnom nivou. Ova integracija podstakla je participaciju ostalih interesnih grupa (korisnika, porodica, profesionalaca i izabраних predstavnika) u donošenju odluka koje se tiču psihijatrijske zdravstvene zaštite.

Osobu, nakon upućivanja od strane ljekara opšte prakse, pregleda stručni radnik zadužen za taj sektor, koji pravi procjenu situacije za manje od 24 sata. Po potrebi, osoba se istog dana upućuje psihijatru. Timovi raspoređeni na više različitih lokacija u zajednici pružaju vanbolnički tretman.

Kao alternativa hospitalizaciji, 2000. godine uspostavljen je smeštaj kod „terapijskih“ porodica i trenutno je na raspolaganju 12 mjesta, sa prosječnom dužinom boravka od 21 dan. Pacijenti u akutnom stanju se upućuju direktno na porodicu, ili nakon kratkotrajne hospitalizacije. Njegovatelj/ica i socijalni i medicinski tim su odgovorni za zaštitu mentalnog zdravlja tokom kućnih posjeta. Podrška je slična onoj koja se nudi u okviru hospitalizacije u bolničkim uslovima.

Kao druga alternativa hospitalizaciji oformljena je jedinica za intenzivnu njegu sa maksimalnim kapacitetom za 10 korisnika. Ova usluga pruža se u korisnikovom domu, kao nastavak nakon hitne intervencije, kako bi se garantovao kontinuitet podrške i liječenja.

Servisi i programi koji promovišu socijalnu inkluziju integrisani su u ostale službe u zajednici. Stanovi, koji su raspoređeni širom naselja, jedna je od osnovnih komponenti inkluzivnog pristupa. Radi obezbjeđivanja adekvatnih stambenih rješenja, oformljen je „odbor za stanove“ koji odlučuje o dodjeli stanova, koji se nalaze u javnoj ponudi. Trenutno, „odbor“ pruža podršku za 57 stanova u kojima se nalazi 95 osoba koje su prihvatile ugovor o socijalnoj inkluziji i podršci i koje su korisnici ovog metoda dodjele stanova.

Profesionalna rehabilitacija i zapošljavanje se promovišu kroz širok spektar aktivnosti, uključujući terapijske radionice, profesionalno osposobljavanje, šeme podrške u zapošljavanju i rehabilitacione programe u zajednici.

Liječenje kroz otvoreni dijalog - Finska²⁰

Kao alternativa tradicionalnom sistemu mentalnog zdravlja za osobe sa dijagnozom psihoze razvijen je program pod nazivom Otvoreni dijalog. Ovaj pristup predstavlja metod podrške osobi kroz mrežu koju čine članovi porodice i prijatelji, uz poštovanje odluka te osobe.

Ova usluga pruža se u kućnoj atmosferi i daje najbolje efekte kada se primijeni u ranoj fazi. Tim stručnjaka u roku od 24 časa okuplja što više ljudi iz okruženja osobe. Oni se sastaju svakodnevno ili svaki drugi dan tokom dvije do tri nedelje. U najvećem broju slučajeva, intervencija ne podrazumijeva upotrebu medikamenata, već uključivanje korisnika usluge i njoj bitnih osoba u sve ključne odluke. Tako se obezbjeđuje trenutna, fleksibilna i individualizovana pomoć uz vrednovanje različitih mišljenja.

„Otvoreni dijalog“ počiva na sedam principa: trenutna pomoć, održavanje socijalnih mreža, fleksibilnost, odgovornost, psihološki kontinuitet, tolerancija neizvjesnosti i dijalog.

Članovi mobilnog tima mobišu se među postojećim osobljem iz pet centara za van-bolničko liječenje i jednog bolničkog odjeljenja za akutno liječenje (kapaciteta 30 kreveta), koji su prošli odgovarajuće obuke. Na taj način postiže se kontinuitet liječenja kod pacijenata koji su bili na bolničkom liječenju, kao i onih koji se liječe u vanbolničkim uslovima.

Prevenција krizne situacije - Grčka²¹

Institut za mentalno zdravlje djece i odraslih osoba u Grčkoj uspostavio je jedinicu psihijatrijskog liječenja u domu pacijenata, koja se uveliko temelji na istim načelima kao i mobilne psihijatrijske jedinice.

Osobe koje zadovoljavaju uslove za korišćenje usluge su:

- osobe s psiho-socijalnim poteškoćama koje prolaze kroz akutnu psihijatrijsku krizu;
- osobe s psiho-socijalnim poteškoćama koje se vraćaju kući nakon dugog ili kratkog boravka u bolnici;
- ambulantni pacijenti koji nikad nisu bili hospitalizovani;
- stabilizovani pojedinci s psiho-socijalnim poteškoćama i problemima s pokretljivošću.

Kriterijumi uključuju potrebu za dovoljno stabilnom okolinom s ciljem podjele odgovornosti za siguran smještaj u kući osobe s psiho-socijalnim poteškoćama, u saradnji s timom terapeuta i korisnikom usluga.

Ova jedinica radi prema sljedećem modelu:

- tokom prvih dana psihijatrijske krize, tim boravi u domu korisnika usluge gotovo cio dan, pokušavajući da uspostavi snažan i povjerljiv odnos. To može uključiti i davanje lijekova;
- od samog početka, tim pokušava da korisnik usluga prihvati odgovornost i ne dozvoljava da on/ona usvoji ulogu bolesnika;
- što je prije moguće, tim podržava korisnika u povratku na posao i u društveni život;

²⁰ http://www.mindfreedom.org/kb/mental-health-alternatives/finland-open-dialogue/open-dialogue-finland-outcomes.pdf/at_download/file.

²¹ Izvor: *Jedinstvene evropske smjernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici*.

- postupno, i u skladu s potrebama pojedinca, tim smanjuje svoju prisutnost, ali i dalje pruža stalnu i neprekidnu podršku;
- institut, takođe, porodicama nudi stabilnu podršku i obuku iz mentalnog zdravlja;
- tim pruža podršku korisniku na radnom mjestu i uopšte u društvenom okruženju, čime se jača mreža podrške;
- institut primjenjuje programe senzibilizacije zajednice (obuka iz mentalnog zdravlja) i organizuje obuku za ljude na ključnim javnim položajima, kako bi se osigurala podrška lokalne zajednice za rehabilitaciju i socijalno uključivanje korisnika usluga;

Noviji primjeri deinstitutionalizacije

U takozvanim novim demokratijama, mahom zemljama koje su kasnije postale članice Evropske unije, proces reforme sistema mentalnog zdravlja, i uopšte brige o osobama sa invaliditetom, počeo je da se razvija u posljednjih dvadesetak godina. Ovaj proces reformi u velikoj mjeri prati šablon sličan onome, koji je započeo u zemljama zapadne Evrope prije 50-60 godina.

Teško je odrediti tačan broj osoba koje se nalaze u psihijatrijskim bolnicama i drugim rezidencijalnim ustanovama za osobe sa mentalnim smetnjama, najčešće zbog neujednačenog načina prikupljanja podataka, ukoliko evidencija uopšte postoji. Ipak, u većini ovih zemalja zabilježen je trend smanjivanja ukupnog broja kreveta u velikim psihijatrijskim bolnicama.

Nažalost, smanjenje kreveta nije uvijek praćeno razvojem servisa u zajednici. Najčešće, problem predstavlja način finansiranja, jer se sredstva usmjeravaju direktno psihijatrijskim bolnicama shodno popunjenom kapacitetu, tj. broju kreveta. Ovakav način finansiranja nije fleksibilan, te otežava finansiranje novih usluga u zajednici, naročito kada se one razvijaju na lokalnom nivou.

Uprkos ovim preprekama došlo je do razvoja različitih servisa, poput centara za mentalno zdravlje u zajednici. Oni uglavnom variraju po veličini i vrstama usluga koje pružaju, ali imaju multidisciplinarne timove, rade po teritorijalnom principu i imaju individualizovan pristup. Ove servise su, u većini slučajeva, pokrenule nevladine organizacije koje često uključuju same korisnike i članove njihovih porodica. Loša strana je ta što one u velikoj mjeri zavise od entuzijazma i lične inicijative, i nisu rezultat koordinisanog procesa sa jasnim strateškim opredjeljenjem od strane države. Zbog toga je zastupljenost ovih servisa neravnomjerna uz malo ili nimalo međusobne koordinacije, uslijed čega nije uspostavljen kontinuitet podrške osobama sa mentalnim smetnjama prilikom prelaska iz bolničkog okruženja nazad u zajednicu.

U pojedinim zemljama pojavili su se primjeri više strukturiranog procesa deinstitutionalizacije, koji se mahom odnose na oblast socijalne zaštite i stanovanja, a koji se u velikoj mjeri finansiraju iz fondova Evropske unije. Ono što u velikoj mjeri karakteriše ove procese jeste slaba koordinacija, tj. podjela zaduženja različitih resora što otežava primjenu strateških dokumenata, naročito kada je za njihovu implementaciju zaduženo jedno ministarstvo, najčešće ministarstvo socijalne zaštite.

Bugarska²²

Bugarska Vlada je još 2001. godine prepoznala veliki značaj deinstitutionalizacije usvajanjem Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti osoba sa invaliditetom za period od 2001-2005, koja je imala za cilj: osigurati prelazak sa institucionalne zaštite ka uslugama u zajednici putem prioritetnog razvoja alternativnih usluga i deinstitutionalizacije.

Kasnije je 2008. godine usvojena Strategija za izjednačavanje mogućnosti osoba sa invaliditetom 2008-2015, sa fokusom na „restrukturiranje specijalizovanih institucija i njihovu transformaciju u različite vrste usluga socijalne zaštite u zajednici“. Taj proces je podržan usvajanjem Zakona o socijalnoj pomoći 2008. godine. Ovaj zakon opštinama daje punu nadležnost za pružanje socijalnih usluga. Kao rezultat toga, pojavio se veliki broj novih servisa, uz postojeće tradicionalne, za koje je obezbijedeno finansiranje iz budžeta. Opštine mogu ili direktno upravljati uslugom ili delegirati vođenje usluge drugoj organizaciji koja je registrovani pružalac usluga.

U januaru 2014. godine bugarska Vlada je usvojila Nacionalnu strategiju za dugoročnu njegu²³ koja se tiče odraslih osoba. Poput strateškog dokumenta za djecu, i ova strategija predviđa da je za proces implementacije odgovaran Savjet ministara. Strategija je usvojena kao odgovor na ključna pitanja, sadržanim u Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom i Opcionom protokolu, Evropskoj konvenciji o ljudskim pravima, Evropskoj socijalnoj povelji i drugim međunarodnim dokumentima. Strategija definiše deinstitutionalizaciju kao bilateralan proces koji uključuje zatvaranje ili transformaciju postojećih specijalizovanih ustanova i razvoj alternativnih usluga za brigu u zajednici za odrasle osobe. Deinstitutionalizacija treba da bude fokusirana na razvoj mreže usluga koje se pružaju u zajednici ili porodici (kući) za odrasle osobe sa invaliditetom, uključujući one sa problemima mentalnog zdravlja, sa ciljem pružanja podrške njihovom samostalnom životu i uključivanju u društvo.

Specifični ciljevi Strategije su:

- razvoj i pružanje socijalnih usluga u zajednici koje su adekvatne u odnosu na potrebe osoba sa invaliditetom i unapređenje kvaliteta postojećih usluga - razvoj mobilnih usluga koje će se pružati korisnicima u njihovom kućnom/porodičnom okruženju;
- urediti zakonom širok spektar stacionarnih, mobilnih i integrisanih usluga za odrasle osobe sa invaliditetom i njihove porodice;
- obezbijediti održivost usluga dugoročne njege;
- unaprijediti koordinaciju između sektora socijalne i zdravstvene zaštite;
- postepeno (korak-po-korak) zatvaranje i transformacija postojećih specijalizovanih ustanova za odrasle osobe sa invaliditetom;
- postepena (korak-po-korak) reforma postojećeg zdravstvenog sistema za osobe sa problemima mentalnog zdravlja, deinstitutionalizacija zdravstvene zaštite kroz razvoj inovativnih servisa za osobe sa psiho-socijalnim teškoćama i odrasle osobe kojima je potrebna palijativna njega.

22 Izvor informacija: Valentina Hristakeva (direktorka Global Initiative on Psychiatry-Sofia) i Marieta Dimitrova (konsultantkinja u oblasti prava, Bugarski centar za neprofitno pravo).

23 Nacionalna strategija za dugoročnu njegu, 2014:
https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/socialni%20uslugi/deinstitutionalizaci%20na%20grijata%20za%20vuzrastni%20hora%20i%20hora%20s%20uvredjaniq/EN_Long_Term_Care_Strategy_final.doc (pristupljeno 13.01.2017. godine).

Strategija je zasnovana na principima i pristupu Dobrovoljnog evropskog okvira za kvalitet socijalnih usluga (*Voluntary European Quality Framework for Social Services*)²⁴.

Iako je deinstitutionalizacija sastavni dio ove strategije, stiće se utisak da ona nije primarni fokus ovog dokumenta. U njoj se još uvijek navodi: ... *u narednih 20 godina... širenje mreže usluga... će dovesti do zatvaranja svih specijalnih institucija za odrasle i osobe sa invaliditetom s obzirom da su funkcionalno zastarjele i da nisu uskladu sa stvarnim potrebama ciljnih grupa.*²⁵

Uprkos postojećem razvoju usluga, uglavnom u manjim lokalnim sredinama, usluge u zajednici za osobe sa mentalnim smetnjama i dalje prevashodno pružaju rezidencijalne ustanove, gdje uglavnom nije zastupljen individualizovan pristup i gdje se i dalje bilježe slučajevi kršenja ljudskih prava.

U Bugarskoj trenutno postoji 11 dnevnih centara za osobe psiho-socijalnim invaliditetom. One bi trebalo da se fokusiraju podjednako na rehabilitaciju i prevenciju dugotrajnih hospitalizacija. Međutim, mnogi centri funkcionišu kao "svratišta" bez ikakve ambicije za prevenciju hospitalizacije.

Stručni kapaciteti za razvoj alternativnih usluga dolaze iz nevladinih organizacija koje sprovode većinu aktivnosti u vezi sa izgradnjom kapaciteta za usluge u zajednici. Tako je Globalna inicijativa za psihijatriju – Sofija (GIP-Sofia) razvila uspješnu uslugu Aktivna podrška u zajednici koja je priznata od strane nadležnih institucija vlasti i dobila sertifikat Agencije za socijalnu pomoć. Ujedno je zanimanje „ekspert po iskustvu u socijalnoj inkluziji“ zvanično uvršteno u nacionalni registar zanimanja. Međutim, program nije uključen u listu usluga sa državnim finansiranjem i još uvijek ne dobija finansiranje od države, već se finansira jednim dijelom iz različitih projekata, a drugih dijelom kroz uslugu Dnevnog centra za rehabilitaciju (odvikavanje), u okviru koga je mehanizam donošenja odluka uz podršku inkorporiran kao program centra.

Usluga aktivne podrške u zajednici realizuje se u Sofiji. Namijenjena je osobama koje se nalaze pod najvećim rizikom od zanemarivanja uslijed mentalne bolesti. **U najvećem broju slučajeva, osobe koje koriste ovu uslugu imaju dijagnozu šizofrenije; nemaju redovne prihode, lična dokumenta i/ili su beskućnici bez bliskih srodnika i /ili prijatelja koji bi se o njima brinuli; a imaju mentalna i somatska oboljenja.** Uslijed specifičnosti njihovog psihičkog stanja ili životnih okolnosti, ove osobe ne mogu doći u kontakt sa sistemom socijalne i zdravstvene zaštite i primiti adekvatnu i kvalitetnu njegu i podršku. Potencijalni korisnici programa se identifikuju na različite načine, ali ih uglavnom upućuju opštinske i zdravstvene službe u Sofiji.

Vodeći princip programa je „ništa za klijenta bez klijenta.“ Način da se osigura učešće ciljne grupe jeste uključivanje eksperata po iskustvu, koji su i sami iskusili probleme mentalnog zdravlja. U pružanje usluge Aktivna podrška u zajednici uključena su tri socijalna radnika i pet eksperata po iskustvu. To su osobe koje imaju lično iskustvo isključivanja uslijed mentalne bolesti, koje se završilo uspješnim oporavkom. Svi članovi tima prošli su specijalizovanu obuku kroz koju su usvojili stavove i stekli vještine i znanja za borbu protiv socijalnog isključivanja u svim oblastima.

Socijalni radnik i ekspert/kinja po iskustvu rade timski i obavljaju terenski rad, kreiraju planove podrške i prate njihovu primjenu. Program insistira na aktivnom učešću klijenta u procesu donošenja odluka koje se tiču implementacije njihovih planova podrške, kako bi se osiguralo da se njihova prava poštuju u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom.

24 <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>, pristupljeno 13.01.2017. godine.

25 *Effective rights for mental health patients - Bulgaria*, Dimitrova Marieta i Hristakieva Valentina, 2016 (dokument u posjedu Akcije za ljudska prava).

Iako je GIP-Sofia neposredni pružalac usluge, program mobilize sve postojeće resurse u zajednici, uključujući usluge socijalne i zdravstvene zaštite, opštinske službe, državne institucije, ali i sve one iz neposrednog okruženja osobe – ljekare opšte prakse, psihijatre, porodice, prijatelje itd.

Ova usluga uspjela je da popuni raskorak između sistema socijalne i zdravstvene zaštite, naročito nakon otpusta iz bolnice kroz aktivan rad na terenu. Postignuća programa uključuju smanjenje izloženosti siromaštvu i zanemarivanju, bolje zdravstveno stanje, kao i priznanje i bolju koordinaciju među drugim akterima. Objektivni pokazatelji zabilježili su bolji kvalitet života korisnika uslijed podrške u odlučivanju, pristupa zasnovanog na snagama osobe i koordinisane podrške i planiranja. Smanjen je broj pogoršanja i prisilnih hospitalizacija. Stavovi klijenata, ali i ostalih aktera mijenjali su se sa iskustvom.

Ovaj model i prateću edukaciju moguće je primijeniti i u drugim oblastima, kod osoba koje su pogođene ozbiljnim i dugotrajnim stanjima, koja rezultiraju invaliditetom i kojima je potrebna kompleksna podrška. Elementi ovog modela, poput pružanja podrške u donošenju odluka, primjenjuju se i u drugim opštinama (Plovdiv, Stara Zagora).

Moldavija²⁶

Program „Zajednica za sve – Moldavija“ usmjeren je na proces izmještanja dječaka i muškaraca sa teškim mentalnim smetnjama iz Doma za osobe sa mentalnim smetnjama nazad u njihove porodice ili alternativne usluge u zajednici, razvoj pravnog okvira za nove usluge u zajednici i unapređivanje uslova za bolju socijalnu inkluziju osoba sa mentalnim smetnjama.

Za sada je kroz projekat izrađen nacrt Strategije za socijalnu inkluziju osoba sa invaliditetom, nacrt Zakona za socijalnu inkluziju osoba sa invaliditetom i nacrt Standarda i propisa za zajedničko stanovanje i usluge stanovanja uz podršku. Na lokalnom nivou, projekat se istovremeno fokusira na omogućavanje izlaska osoba sa invaliditetom iz ustanove i na prevenciju institucionalizacije drugih osoba sa invaliditetom. To se postiže kroz saradnju sa lokalnim partnerskim organizacijama u zajednici u kojoj osoba živi (ili, u slučaju osoba koje su u instituciji, u zajednici gdje je osoba ranije živjela).

U periodu od 2008 – 2012. godine ustanovu je napustilo više od 70 osoba, a spriječeno je da oko 40 osoba bude smješteno u neku od institucija. Usluge u zajednici, koje je razvio Keystone u Moldaviji, uključuju usluge podrške porodici, stanovanje uz podršku, Grupno stanovanje, hraniteljstvo, zajedničko stanovanje, mobilne timove, asistente u nastavi i personalnu asistenciju.

Važno je napomenuti da je Moldavija jedna od najsromašnijih zemalja u Evropi i da je najteže pogođena finansijskom krizom od bilo koje zemlje u svijetu.²⁷ Uprkos tome, Moldavija je uspjela da zatvori ustanove, a sredstva preusmjeri na usluge u zajednici, pokazujući da je sprovođenje procesa deinstitutionalizacije moguće i uz ograničena finansijska sredstva.

26 Program „Zajednica za sve - Moldavija“ stvoren je kroz uspostavljeno partnerstvo između Keystone Human Services International u Sjedinjenim Američkim Državama, Ministarstva za rad, socijalnu zaštitu i porodicu, Inicijative za mentalno zdravlje u otvorenom društvu, Fondacije Soroš u Moldaviji i Keystone Moldavija. Cilj ovog partnerstva bio je da podrži reformu Vlade Republike Moldavije u oblasti socijalne zaštite osoba sa invaliditetom. Izvor: <http://www.keystonemoldova.md/en/projects/community-for-all.php>, pristupljeno 29.12.2016. godine.

27 Svjetska banka (2010), izvor: *Jedinstvene evropske smjernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici*.

PRIMJER ZAŠTITE I PREUSMJERAVANJA RESURSA IZ INSTITUCIONALNE ZAŠTITE NA BRIGU I PODRŠKU U OKVIRU ZAJEDNICE U REPUBLICI MOLDAVIJI*

U jednom okrugu su lokalne vlasti razvile plan za sveobuhvatnu deinstitucionalizaciju dječijih službi, uključujući i zatvaranje tri ustanove. Sve tri ustanove je finansiralo Ministarstvo obrazovanja. Potrebne usluge u okviru zajednice (uključujući socijalne usluge i inkluzivno obrazovanje) bi finansiralo Vijeće tog okruga. Jedna NVO radila je sa Ministarstvom obrazovanja, Ministarstvom finansija i Vijećem okruga i razvio se proces u tri faze za preusmjeravanje sredstava. Kao prvo, zaštićeni su budžeti ustanova i dogovoreno je da oni budu postepeno umanjani sa smanjenjem broja djece. Kao drugo, budžeti su decentralizovani i odgovornost je prenesena na Vijeće okruga, dok su ustanove još bile otvorene. Ova decentralizacija je bila zasnovana na uslovu da lokalna vlast neće smanjiti budžet, ili sredstva usmjeriti na bilo šta drugo, osim na usluge za djecu. Kao treće, kako su se ustanove postepeno zatvarale, budžeti i radna mjesta su prenošeni na nove usluge u okviru zajednice, čime je omogućeno da Vijeće okruga nastavi da podržava nove usluge.

**preuzeto iz Jedinstvenih evropskih smjernica za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici*

Mađarska

Mađarska Vlada je 2011. godine usvojila Strategiju deinstitucionalizacije. Loše strane strategije su te što obuhvata period od 30 godina i što dozvoljava izgradnju novih institucija manjeg kapaciteta. Tokom 2013. godine odabrano je 6 velikih institucija (sa ukupno 700 korisnika) koje će biti zatvorene. Postoji opravdana bojazan da će manji broj njih naći svoje mjesto u zajednici, dok će većina biti prebačena u rezidencijalne jedinice manjeg kapaciteta.

Zatvaranjem tih šest ustanova i drugim projektima u vazi sa deinstitucionalizacijom rukovodiće organizacija koju je osnovala Vlada – Neprofitno preduzeće za jednake mogućnosti osoba sa invaliditetom (FSZK). Rad FSZK nadzire i finansira Ministarstvo ljudskih resursa, u čijem sastavu su sektori za obrazovanje, zdravstvo i socijalna pitanja. Pored toga, postoji Nacionalni komitet za deinstitucionalizaciju kojim predsedava FSZK, a čine ga predstavnici svih relevantnih zainteresovanih strana (uključujući ministarstva i regionalne vlasti, druga Vladina tijela, organizacije osoba sa invaliditetom, druge NVO i univerzitete).

Nacionalni komitet ima savjetodavnu ulogu i može uložiti veto na predloge koji nisu u skladu sa ciljevima Strategije. Međutim, pojedine odluke koje su donijete nisu u potpunosti usklađene sa ključnim principima, kojima bi proces deinstitucionalizacije trebalo da se rukovodi. U svakom slučaju, ovakva struktura predstavlja dobru osnovu za upravljanjem procesom u praksi, ali treba još puno raditi na njenom unapređenju.

Prepoznajući potrebu za humanizacijom tretmana osoba koje boluju od težih mentalnih poremećaja i stvaranjem uslova za njihovu resocijalizaciju, Srbija se 2003. godine, sa još osam država regiona, angažuje u Projektu Pakta za stabilnost zemalja jugoistočne Evrope pod nazivom „Povećanje socijalne kohezije kroz jačanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici“.

Početak realizacije navedenog Projekta Pakta za stabilnost, može se smatrati početkom primjene koncepta zaštite mentalnog zdravlja u zajednici Srbiji. Projektom je rukovodila Svjetska zdravstvena organizacija, a u Srbiji je koordinisan od strane Nacionalne komisije za mentalno zdravlje Ministarstva zdravlja. U Projektu je nastao dokument, koji se smatra nacionalnom politikom za mentalno zdravlje, a koji je januara 2007. godine usvojila Vlada Republike Srbije pod nazivom: „Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja“. Ovaj dokument je u skladu sa preporukama SZO iz 2001. godine, a koje se odnose na mentalno zdravlje, i sa Deklaracijom o mentalnom zdravlju za Evropu, usvojenom na Evropskoj ministarskoj konferenciji januara 2005. godine u Helsinkiju. Kao ključna obaveza, u okviru tog Projekta je formiran prvi Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici u Srbiji. Struktura i organizacija službi u Pilot centru osmišljene su na način da on može predstavljati model za sve buduće centre za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici u Srbiji.

Prvi srpski Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici formiran je u najvećoj niškoj opštini Medijana. Pilot centar je formiran kao posebna organizaciona jedinica Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“ uz angažovanje stručnog kadra Bolnice, ali je dislociran iz bolničkog kruga i smješten u sam centar gradske opštine Medijana. Izmještanjem iz Bolnice, Pilot centar je predstavljen kao alternativa hospitalizaciji, povećana je dostupnost i naglašena orijentacija ka vaninstitucionalnom liječenju. Osnovna ideja pri formiranju centra bila je obezbjeđivanje sveobuhvatnog psihijatrijskog tretmana za sve žitelje opštine Medijana, bez obzira da li se radi o lakšem ili težem poremećaju mentalnog zdravlja, nepsihotičnom ili psihotičnom. U ostvarivanju te ideje multidisciplinarni tim Pilot centra se rukovodio:

- teritorijalnim principom,
- principom terapijskog kontinuiteta,
- individualizacijom tretmana,
- uvođenjem case management-a,
- 24-satnom dostupnošću za korisnike, i
- intersektorskom saradnjom.

Obezbjeđujući po prvi put sveobuhvatni i, još važnije, kontinuirani psihijatrijski tretman za oboljele od psihoza koji žive na teritoriji opštine Medijana, **vrlo brzo se došlo do toga da skoro svi pacijenti iz ove opštine, koji su bili na dugotrajnoj hospitalizaciji u G. Toponici, napuste bolnicu i da sada žive u zajednici uz adekvatnu podršku članova multidisciplinarnih timova Centra.**

Više od tri godine rada suočilo nas je sa činjenicom da i pored entuzijazma personala jedan manji broj korisnika oboljelih od šizofrenije, sa težom kliničkom slikom i nepovoljnijim tokom bolesti, bez rodbine, bez adekvatnog stambenog prostora i redovnih mjesečnih pri-

28 Za više informacija vidjeti: Stanojković, M. *Stručno-metodološko uputstvo za formiranje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici : koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici*, Zbirka radova i preporuka – poslovna sposobnost i život u zajednici: zaštita prava osoba sa invaliditetom, MDRI-S, 2014, dostupno na <http://www.mdri-s.org/wp-content/uploads/2014/12/Zbirka-radova-SRB.pdf> (pristupljeno 29.12.2016. godine).

manja, ne može izaći iz bolnice i liječiti se u zajednici, ukoliko se kao jedan od oblika zaštite mentalnog zdravlja ne uvede zaštićeno stanovanje. Uvođenje zaštićenih stanova, koji bi mogli biti u nadležnosti Centara za socijalni rad, sa različitim nivoima podrške koju obezbjeđuju multidisciplinarni timovi službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici (samo kućne posjete, prijemopodneвно prisustvo terapeuta, dnevno prisustvo terapeuta ili 24-časovno prisustvo) u narednim godinama bi ukinulo potrebu za dugotrajnim hospitalizacijama u psihijatrijskim bolnicama ili za trajnim smještajem mentalno oboljelih osoba u ustanovama socijalne zaštite azilarnog tipa.

Na žalost, za funkcionisanje ovog centra nije obezbijeđeno dalje finansiranje, a novi Zakon o zaštiti osoba sa mentalnim smetnjama²⁹ predviđa osnivanje centara za mentalno zdravlje u zajednici koji podsjećaju na centre koji postoje u Crnoj Gori. Sada preostaje da se vidi kako će njihovo funkcionisanje biti organizovano putem podzakonskih akata i u praksi. Ipak, iskustva centra za mentalno zdravlje opštine Medijana su značajna za dalje unapređivanje usluga koje se pružaju osobama sa problemima mentalnog zdravlja.

U okviru projekta „Otvoreni zagrljaj“,³⁰ podržanog od strane Evropske unije, pokrenuta su još dva centra za mentalno zdravlje u zajednici u Kikindi³¹ i Vršcu³². Sada preostaje da se vidi kako će njihovo funkcionisanje biti podržano putem podzakonskih akata i u praksi.

29 „Sl. glasnik RS br. 45/13“, dostupno na <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2013/Jun/Jun2013ZakonZastitiLicaSaMentalnimSmetnjama.pdf> (pristupljeno 28.01.2017. godine).

30 <http://www.minrzs.gov.rs/lat/aktuelno/item/4050-otvoreni-zagrljaj-podrska-osobama-sa-mentalnim-problemima>.

31 <http://www.spbnoviknezevac.rs/centar-za-mentalno-zdravlje/>.

32 <http://www.cmzvsac.org.rs/index.php/component/content/?view=featured>.

Prikaz stanja u Crnoj Gori

Crna Gora je 2009. godine ratifikovala Konvenciju za prava osoba sa invaliditetom i njen Opcioni protokol,³³ čime je preuzela obavezu da shodno odredbama člana 19 Konvencije sprovede proceduru deinstitucionalizacije i svim osobama sa invaliditetom omogući život u zajednici uz odgovarajuću podršku.

Što se strateškog okvira tiče, prva Strategija za integraciju lica sa invaliditetom u Crnoj Gori donijeta je 2007. godine, a nedavno je usvojena i nova Strategija za period do 2020. godine. Međutim, nova Strategija za integraciju osoba sa invaliditetom u većini oblasti ne nudi značajno unaprijeđene mjere u odnosu na prethodnu, iako se poziva na Evropsku Strategiju 2020, što je i njena najpozitivnija odlika.³⁴

Iako Strategija prepoznaje važnost razvoja usluga koje se pružaju u zajednici, **zabrinjava što je i dalje oblik zbrinjavanja osoba sa invaliditetom orijentisan na rezidencijalne ustanove**, uz težnje ka unapređivanju i širenju njihovog kapaciteta, bez eksplicitnog pominjanja procesa deinstitucionalizacije. Iako se u strategiji navodi da se mentalnom zdravlju kao važnoj komponenti ukupnog zdravlja posvećuje potrebna pažnja, u mjerama, koje su navedene, nijedna se ne odnosi eksplicitno na ovu oblast niti na osobe sa mentalnim smetnjama, a posebno ne na grupu ovih osoba, koje se iz socijalnih razloga nalaze u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Kotoru, takozvanih „socijalnih pacijenata“.

Uz ovu Strategiju problem predstavlja i član 40 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica³⁵ kojim se dozvoljava premještanje osoba iz psihijatrijskih ustanova u ustanove socijalne zaštite. Shodno tome, **postoji realna opasnost da će „deinstitucionalizacija“ Specijalne psihijatrijske bolnice dovesti do povećanja kapaciteta ustanova socijalne zaštite, a ne do povratka ovih osoba u zajednicu.**

Sa druge strane, Strategija za unapređenje mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori³⁶, donijeta 2004. godine, kao jednu od prioritarnih oblasti aktivnosti predviđa (re)organizaciju usluga i institucija:

„Treba reorganizovati sistem mentalnog zdravlja vodeći računa da se liječenje pacijenata iz velikih psihijatrijskih bolnica i klinika usmjeri na vanbolničke psihijatrijske službe, razvoj usluga za zaštitu mentalnog zdravlja na nivou lokalne zajednice, koji će obezbijediti sveobuhvatnu, manje restriktivnu i zaštitu mentalnog zdravlja koja je bliža zajednici, kao i uključivanje zaštite mentalnog zdravlja u primarnu zaštitu.“

Ova strategija bila je redovno praćena izradom akcionih planova. Akcioni plan za unapređenje mentalnog zdravlja u Crnoj Gori 2017-2018. sadrži veoma važne ciljeve i aktivnosti kojima se potvrđuje **pozitivan pravac reorganizacije sistema mentalnog zdravlja u pravcu razvoja službi za mentalno zdravlje u zajednici**. Od posebnog značaja su aktivnosti širenje servisa i jačanja kapaciteta profesionalaca u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, centrima za mentalno

33 „Službeni list CG – Međunarodni ugovori“, br. 2/2009.

34 <http://www.disabilityinfo.me/component/k2/item/1445-osvrt-na-novu-strategiju-za-integraciju-osoba-sa-invaliditetom> (pristupljeno 30.12.2016. godine).

35 „Službeni list RCG“, br. 32/2005 i „Sl. list CG“, br. 27/2013.

36 <http://www.mzdravlja.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rid=217288&rType=2&file=Strategija%20unapređenja%20mentalnog%20zdravlja%20u%20Republici%20Crnoj%20Gori.pdf>.

zdravlje u zajednici i rad na destigmatizaciji osoba sa mentalnim teškoćama. Mjera koja je predviđala podjelu troškova između resora zdravstva i resora socijalne zaštite potvrđena je i ovim Akcionim planom (cilj 4 aktivnost 5), čime bi Ministarstvo rada i socijalnog staranja preuzelo dio finansiranja. Objektivne teškoće u sprovođenju ove mjere, između ostalog, ukazuju da bi bilo neophodno usvojiti obavezujući dokument na najvišem nivou izvršne vlasti.

Izveštaj o monitoringu 2013:*

Nažalost, pored primjetnog napretka, konstatujemo da neke od najvažnijih preporuka nijesu ispunjene, od kojih izdvajamo preporuku Ministarstvu rada i socijalnog staranja za rješavanje problema višegodišnjeg (čak višedecenijskog) boravka u Bolnici tzv. socijalnih pacijenata, osoba čije zdravstveno stanje ne zahtijeva dalje bolničko liječenje, ali koje u Bolnici nastavljaju da borave zbog nemogućnosti da na drugi, adekvatniji način budu socijalno zbrinute, kao i problem nedostatka bolničkog osoblja, u nadležnosti Ministarstva zdravlja. Preporuke o potrebi za adekvatnim zbrinjavanjem socijalnih pacijenata iznijeli su i CPT i Zaštitnik ljudskih prava i sloboda Crne Gore. I pored toga što su odobrena sredstva za zapošljavanje pet medicinskih tehničara, to je i dalje nedovoljno. Takođe, i postojeće osoblje nije dovoljno stimulirano za rad sa psihijatrijskim pacijentima (npr. nije im obezbijeđen beneficirani radni staž). Nedostatak osoblja dovodi i do neispunjavanja preporuke CPT-a za povećanje ponude terapijskih i rehabilitacionih aktivnosti pacijentima.

**Izveštaj monitoring tima nevladinih organizacija Akcija za ljudska prava, Centar za anti-diskriminaciju „EKVISTA“, Centar za građansko obrazovanje i Sigurna ženska kuća*

Tačan broj osoba sa mentalnim oboljenjima u Crnoj Gori nije poznat, niti tačan broj osoba na institucionalnom smještaju, s obzirom da se ove osobe nalaze kako u Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici u Kotoru (240+) i bolničkim odjeljenjima u Nikšiću (20) i Podgorici (30) tako i u ustanovama socijalnog staranja – prevashodno u Javnoj ustanovi Zavod „Komanski most“ za smještaj lica sa posebnim potrebama (ukupan broj 115),³⁷ kao i u domovima za stara lica u Bijelom Polju (ukupno 120) i Risnu (ukupno 317).

Na internet prezentacijama nadležnih institucija (Ministarstvo rada i socijalnog staranja, Zavod za socijalnu i dječju zaštitu i slično) nema podataka o broju osoba lišenih poslovne sposobnosti. Pored toga, u tekstu koji je objavljen na portalu lista *Dan*, navedeno je da je od Sekretarijata Sudskog savjeta, između ostalog, zatražena informacija o broju osoba lišenih poslovne sposobnosti u Crnoj Gori, ali da taj podatak nije dobijen jer ne postoji evidencija osoba lišenih poslovne sposobnosti. Slično je navedeno i u izvještaju Udruženja mladih sa hendikepom Crne Gore, da ne postoje dostupni podaci o broju osoba sa invaliditetom kojima je oduzeta poslovna sposobnost, kao ni o njihovoj imovini. Takođe, u godišnjem izvještaju Ministarstva rada i socijalnog staranja za 2015. godinu nema podataka o broju osoba koje su lišene poslovne sposobnosti, odnosno, nad kojima je produženo roditeljsko pravo i koje su stavljene pod starateljstvo.

Osim što se osobe sa mentalnim smetnjama nalaze u ustanovama socijalnog staranja, koje nisu u stanju da im pruže adekvatan tretman, veliki broj osoba u Specijalnoj bolnici za psihijatriju Kotor se tamo nalazi bez potrebe za daljom hospitalizacijom. **Tačna procjena je da pacijenti sa hroničnog muškog odjeljenja (46), hroničnog ženskog odjeljenja (45) i odeljenja za**

³⁷ Izvor: intervju sa predstavnikom MRSS.

produženu terapiju (52) - ukupno više od 140 osoba – „predstavljaju glavnu kategoriju pacijenata koje treba uključiti u proces deinstitutionalizacije sa reintegracijom u socijalnu zajednicu“³⁸.

Osim toga, veliki problem predstavlja i Sudsko odjeljenje smješteno u bolnici koja nije predviđena za tu namjenu, tj. nije u mogućnosti da pruži odgovarajući nivo bezbjednosti, čime se, s jedne strane, ugrožava bezbjednost i sloboda kretanja drugih pacijenata, dok bolnica ne može da zadovolji bezbjednosne standarde za zbrinjavanje forenzičkih pacijenata. Kapacitet Sudskog odjeljenja od 20 kreveta nikako nije odgovarajući u odnosu na realne potrebe, tako da se još dodatnih 50 pacijenata sa izrečenom mjerom obaveznog liječenja nalaze razmješteni po drugim odjeljenjima, dok postoji i lista čekanja ljudi sa izrečenom mjerom koji iz objektivnih razloga ne mogu biti upućeni u ovu bolnicu. Shodno navedenom, kapacitet bolnice moguće je odmah smanjiti za 70 mjesta, ukoliko se osnuje posebna ustanova za ovu namjenu. Potrebno je da se Ministarstvo pravde, bez odlaganja, uključi u rješavanje ovog problema za šta može biti iskorišćeno iskustvo drugih zemalja u regionu.

Već otvoreni Centri za mentalno zdravlje u zajednici predstavljaju dobru polaznu osnovu za podršku procesu deinstitutionalizacije, ali je potrebno dosta raditi na unapređenju njihovog kapaciteta, kako bi na adekvatan način mogli brinuti o pacijentima koji su bili dugotrajno hospitalizovani. Takođe, oni će morati dobiti podršku drugih servisa na lokalnom nivou koji bi zadovoljili druge potrebe ovih osoba koje izlaze van sistema pružanja zdravstvene zaštite, već se odnose na zadovoljavanje drugih potreba – socijalnih, obrazovnih, kulturnih itd. To bi se moglo postići kreiranjem akcionih planova na lokalnom nivou koji bi obezbijedili da planirane mjere budu prilagođene lokalnom kontekstu i da odgovaraju na realne potrebe lokalnog stanovništva.

38 http://psihijatrijakotor.me/mn/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=117 (pristupljeno 30.12.2016).

Zaključci i preporuke

Iz prikazanih primjera možemo vidjeti da se reforma u različitim zemljama odvijala različitim tempom i da je usluge potrebno kontinuirano unapređivati. Naš cilj je bio da pokažemo da proces deinstitutionalizacije nije samo zasnovan na principima i obavezujućim standardima ljudskih prava, već da ima široko utemeljenje u iskustvima iz drugih zemalja, koja se tiču kako kvaliteta pruženih usluga, tako i kvaliteta života osoba kojima su ove usluge namijenjene.

Filozofija reforme u psihijatriji u svim evropskim zemljama se, direktno ili indirektno, zasniva na nekoliko ključnih principa socijalne psihijatrije, prateći sljedeće trendove:

- zatvaranje starih psihijatrijskih bolnica azilarnog tipa;
- razvoj alternativnih usluga i programa u zajednici;
- integracija sa opštim zdravstvenim uslugama;
- integracija sa socijalnim i drugim uslugama u zajednici.

Obavezni elementi procesa deinstitutionalizacije jesu **prevencija** kroz *razvijanje odgovarajućih usluga i zabranu novih prijema* u institucije sa jedne strane, a sa druge strane stvaranje uslova za **izlazak ljudi iz institucija** uz *obezbjeđivanje alternativnih oblika stanovanja sa odgovarajućom podrškom* za one koji nemaju sopstvene prihode, stanove ili porodično okruženje u koje mogu da se vrate. Osim razvijanja specijalizovanih usluga koje treba da odgovore na specifične okolnosti svake ciljne grupe, neophodno je da se postojeće usluge, namijenjene stanovništvu, učine dostupnim za sve građanke i građane sa invaliditetom, bez obzira na stepen i vrstu njihovih poteškoća.

Shodno prikazanim primjerima dajemo predlog prioritenih koraka u procesu deinstitutionalizacije tj. prelaska sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici u Crnoj Gori.

1. **Usvojiti strategiju i akcioni plan za deinstitutionalizaciju.** Strateški dokument mora biti usvojen od strane najvišeg organa izvršne vlasti kako bi se obezbijedilo aktivno učešće svih resora u njegovoj izradi i primjeni. Strategija, između ostalog, mora obuhvatiti pitanje prevencije i izlaska ljudi iz institucija, finansiranje, razvoj standarda kvaliteta novih usluga, potrebne izmjene propisa, jačanje ljudskih resursa, kampanje za podizanje svijesti i razbijanje predrasuda, zabranu novih prijema i participaciju korisnika usluga. Na primjer, dobar strateški okvir karakteriše reformu u Italiji i Velikoj Britaniji.

Dobar akcioni plan mora imati jasno definisane korake i odgovore na većinu pitanja, sa realnim, ali ne i predugim rokovima za realizaciju. Plan se mora redovno preispitivati.

Ovdje je moguća nadogradnja Strategije za unapređenje mentalnog zdravlja u Crnoj Gori koja bi se mogla podići na viši nivo, u smislu prenošenja nadležnosti sa ministarstva na međuministarsko tijelo, i obuhvatiti aktivnosti koje je potrebno sprovesti u okviru drugih resora.

2. **Delegirati proces upravljanja ili uspostaviti novo tijelo koje će koordinirati procesom deinstitutionalizacije.** Tijelo za koordinaciju mora biti nadministrarsko s obzirom na složenost procesa i neophodnost uključivanja različitih resora u različitim fazama procesa. Koordinacija mora da se odvija na dva nivoa – vertikalno (između upravnih

organa na nacionalnom, regionalnom i lokalnom nivou) i horizontalno (između različitih resora tj. ministarstava na nacionalnom nivou, a na lokalnom nivou između njihovih ograna – sektora lokalnih samouprava za obrazovanje, socijalnu i zdravstvenu zaštitu, finansije te pravosudnih i drugih organa). Ovdje je moguće iskoristiti primjer Francuske i Mađarske.

3. Izraditi plan transformacije Specijalne psihijatrijske bolnice u Dobroti. Prioritetna pitanja koja se tiču bolnice su:

- a. **Nalaženje rješenja za osobe smještene na hroničnim odjeljenjima i odjeljenju za produženu terapiju.** S obzirom da su problemi ovih osoba pretežno socijalne prirode, potrebno je mapirati njihove socijalne potrebe i mogućnosti za njihovo stanovanje u zajednici. S obzirom na preplitanje resora u finansiranju brige o ovim osobama, predlažemo korišćenje modela iz Španije (*u smislu formiranja javne (državne) fondacije koju su podjednako finansirala četiri državna resora najrelevantnija za pružanje podrške mentalno oboljelim osobama (zdravstvo, socijalna zaštita, zapošljavanje i tehnološki razvoj i ekonomija i finansije; tome se naknadno priključio i sektor obrazovanja*), kao i iskustvo iz Francuske (*gdje su, na samom početku, kreirani medicinsko-psihološki centar i centar za stanovanje i deinstitutionalizaciju, specijalizovani za rehabilitaciju hroničnih, dugotrajno institucionalizovanih pacijenata; nakon toga, inicirana je saradnja sa lokalnim samoupravama i kontakti sa upraviteljima socijalnih stanova radi uspostavljanja zajedničkih i „terapeutskih“ stanova, a zatim i radi pristupa podršci i stambenim jedinicama raspoređenim svuda u zajednici*).
- b. **Gašenje sudskog odjeljenja** i uključivanje pravosuđa u osnivanje posebnog objekta za izdržavanje mjere obaveznog liječenja, koji može biti u sklopu Zavoda za izvršenje krivičnih sankcija. Za rješavanje ovog pitanja moguće je konsultovati odgovarajuće institucije u Srbiji, uključujući Zaštitnika građana i odjeljenje njegove stručne službe za zaštitu prava lica lišenih slobode, kao i Organizaciju za evropsku bezbjednost i saradnju koja već nekoliko godina unazad radi na unapređenju stanja u ovoj oblasti.
- c. **Edukacija zaposlenih** koji bi trebalo da pružaju podršku osobama sa problemima mentalnog zdravlja u zajednici. Ujedno, zaposleni ove bolnice predstavljaju značajan resurs za pružanje podrške drugim zdravstvenim radnicima koji nemaju puno iskustva sa osobama sa težim mentalnim smetnjama.
- d. **Akutna odjeljenja je potrebno zadržati, dok se ne formiraju psihijatrijska odjeljenja ili jedinice za bolničko liječenje malog kapaciteta** pri lokalnim opštim bolnicama, za šta se mogu iskoristiti iskustva iz Italije.

4. Ojačati kapacitete lokalnih centara za mentalno zdravlje. Timovi centara za mentalno zdravlje moraju biti interdisciplinarni i obučeni za pružanje podrške osobama u krizi, uključujući osobe sa ozbiljnim psihičkim smetnjama. Ovo je značajno kako za prevenciju hospitalizacije, tako i za praćenje pacijenata kako bi se pravovremeno reagovalo na pogoršanja i spriječila ponovna hospitalizacija. Usluge centara za mentalno zdravlje u zajednici treba proširiti sa isključivo ambulantnog liječenja na terenski rad (tim za krizne situacije, praćenje pacijenata po izlasku iz bolnice (vidjeti primjer Ujedinjenog kraljevstva). Centre za mentalno zdravlje u zajednici moguće je unaprijediti na osnovu iskustva u radu Centra za mentalno zdravlje u zajednici koji je funkcionisao u Opštini „Medijana“ u Nišu, predstavljenog u odjeljku o Srbiji, kao i dva novootvorena centra za mentalno zdravlje u zajednici u Kikindi i Vršcu.

5. **Razvoj novih, inovativnih usluga koje se pružaju u zajednici, namijenjenih osobama sa psihičkim smetnjama.** Pružanje ovih usluga treba omogućiti i privatnim pravnim subjektima, organizacijama civilnog društva i postojećim državnim službama, poput centara za socijalni rad. Od posebnog značaja je uključivanje udruženja korisnika u pružanje i planiranje podrške. Za razvoj inovativnih usluga moguće je iskoristiti prikazane primjere iz Bugarske, Grčke i Finske. Primjeri ovakvih usluga sadržani su u prikazu svih opisanih modela u ovom dokumentu.
6. **Učiniti postojeće usluge namijenjene opštem stanovništvu dostupnim osobama sa invaliditetom.** Obezbjedjivanje inkluzivnih javnih usluga (obrazovanje, zdravstvo, profesionalno osposobljavanje i podrška u pronalaženju i održanju zaposlenja, prevoz itd.) je ključna komponenta za postizanje pune društvene uključenosti. Što su ove usluge inkluzivnije, sve je manja potreba za razvojem specijalizovanih usluga koje se pružaju osobi, dok dobit od toga ima cijelo društvo. Kritičko sagledavanje spektra postojećih usluga im pruža mogućnost da postanu inkluzivnije i da bolje odgovore na potrebe osoba sa invaliditetom, ali i svih drugih osoba iz opšte populacije.

Na primjer, obučavanje pružalaca primarne zdravstvene zaštite da tu uslugu pružaju osobama sa različitim vrstama invaliditeta (npr. trening svih ljekara opšte prakse o tome kako da komuniciraju sa osobom sa intelektualnim smetnjama) smanjuje potrebu za kreiranje specijalizovane usluge za osobe sa invaliditetom. Ovakva praksa je istovremeno isplativija i smanjuje rizik od segregacije i pružanja usluga lošijeg kvaliteta u okviru specijalizovanih usluga. U oblasti zapošljavanja, umjesto razvijanja posebnih radionica za osobe sa invaliditetom, moguće je postići uključivanje u redovno radno okruženje uz podršku na radnom mjestu i uz neformalnu podršku kolega sa posla. Jačanje ovakvih vidova podrške je korisno za zapošljavanje i integraciju drugih marginalizovanih grupa.

7. **Izmijeniti način finansiranja usluga socijalne zaštite.** Jedno od ključnih načela adekvatne podrške osobama sa invaliditetom jeste da **novac prati osobu**. Na taj način se obezbjeđuju sredstva za obezbjeđivanje podrške osobi van institucije. Takođe, time se osobi pruža mogućnost izbora usluge koju želi da koristi. U međuvremenu je, svakako, potrebno nastaviti sa osnovnim finansiranjem institucija, bez većih ulaganja, u mjeri u kojoj je to neophodno, dok svi korisnici ne pređu u alternativni oblik pružanja podrške.
8. **Izmijeniti propise koji regulišu pitanje poslovne sposobnosti** tako da budu u skladu sa Konvencijom o pravima osoba sa invaliditetom. Osobe sa invaliditetom moraju imati mogućnost da žive samostalno u zajednici i da prave izbore i imaju kontrolu nad svojim svakodnevnim životima, ravnopravno sa drugima, kako je propisano članom 19.³⁹ Priznanje poslovne sposobnosti predstavlja osnovni preduslov za puno socijalno uključivanje u život zajednice.

U cilju usaglašavanja sa Konvencijom i poštovanja ljudskih prava osoba sa invaliditetom, mora se sprovesti deinstitutionalizacija i vraćanje poslovne sposobnosti svim osobama sa invaliditetom, koje moraju biti u mogućnosti da izaberu gdje i sa kim će živjeti (član 19). Izbor osobe gdje i sa kim će živjeti ne smije uticati na njegovo ili njeno pravo na pristup podršci za ostvarivanje njegove ili njene poslovne sposobnosti.⁴⁰

39 Opšti komentar br. 1 na član 12 Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, paragraf br. 40.

40 Ibid, paragraf br. 42.

Reforma koja se sprovodi u Bugarskoj predstavlja dobar model koji se može primijeniti i u Crnoj Gori, nakon uspostavljanja usluga koje mogu pružati podršku u odlučivanju osobama sa mentalnim smetnjama.

9. **Raditi na razbijanju predrasuda kroz kampanje i javne debate.** Pojedinačni incidenti i „teški“ slučajevi ne smiju se koristiti kao opravdanje za nečinjenje. Posebno je potrebno raditi na stavovima zdravstvenog osoblja koje bi trebalo da u što većoj mjeri preuzme brigu o ovim osobama u ustanovama primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Potrebno je iskoristiti dugogodišnje iskustvo kolega iz specijalne bolnice u radu sa osobama sa težim oblicima mentalnih smetnji, tako što bi oni imali ulogu mentora ili savjetnika kolegama koji imaju manje iskustva u radu sa takvim osobama.

Najefikasniji način razbijanja predrasuda jeste putem ličnog iskustva koje se stiče uključivanjem osoba sa mentalnim smetnjama u zajednicu uz obezbjeđivanje potrebne podrške. Iskustva iz svih zemalja ukazuju da podrška, koja se pruža u prirodnom okruženju, omogućava pravovremenu reakciju na potencijalna pogoršanja bolesti, smanjuje potrebu za medikamentima, sprečava prisilnu hospitalizaciju i doprinosi oporavku. Važno je imati u vidu da svaka osoba zahtijeva individualizovan pristup i da se podrška koja se pruža mora zasnivati na povjerenju i poštovanju lične autonomije i dostojanstva.

Pravo na život u zajednici podjednako važi za sve osobe sa invaliditetom. Bez obzira na intenzitet potrebne podrške svako, bez izuzetka, ima pravo i zaslužuje da bude uključen i da mu se omogući da učestvuje u životu društvene zajednice. Konstantno se potvrđuje da ljudi, za koje se smatralo da su „previše ometeni“ da bi imali koristi od uključivanja u zajednicu, napreduju u okruženju gdje su vrednovani, gdje učestvuju u svakodnevnom životu neposrednog okruženja, gdje se njeguje njihova autonomija i gdje im je data mogućnost izbora. Programi koji se realizuju širom svijeta su pokazali da je moguće odgovoriti na sve potrebe za podrškom i da se to najbolje čini u prirodnom okruženju, koje dozvoljava izražavanje individualnosti i pruža bolju zaštitu od zloupotrebe.

Literatura

A Focus Report on how the current use of Structural Funds perpetuates the social exclusion of disabled people in Central and Eastern Europe by failing to support the transition from institutional care to community-based services, Focus Report of the European Coalition for Community Living 2010.

Dimitrova Marieta i Hristakieva Valentina, *Effective rights for mental health patients - Bulgaria*, 2016 (dokument u posjedu Akcije za ljudska prava).

Dmitri Bartenev, M.D., *Potential of Human Rights Standards for Deinstitutionalization of Mental Health Services in Russia: a Comparative Legal Analysis*, Center for Policy Studies, Open Society Institute, Budapest (Hungary).

Gordon C Shen & Lonnie R Snowden, *Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform*, International Journal of Mental Health Systems 2014, 8:47 dostupno na <http://www.ijmhs.com/content/8/1/47>.

Hoze Migel Kaldas de Almeida i Helen Kilaspi, *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*, European Union 2011.

Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama, Savet Evrope, 1950 dostupno na: <http://www.echr.coe.int/pages/home.aspx?p=basictexts>.

Focus on Article 19 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Focus Report of the European Coalition for Community Living 2009.

Ines Bulić, *Jedinstvene evropske smjernice za prelazak sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u zajednici*, Evropska ekspertska grupa za prelazak sa institucionalne zaštite na podršku u okviru zajednice, 2012.

Stanojković, M. *Stručno-metodološko uputstvo za formiranje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici: koncept zaštite mentalnog zdravlja u zajednici*, Zbirka radova i preporuka – poslovna sposobnost i život u zajednici: zaštita prava osoba sa invaliditetom, MDRI-S, 2014.

Inicijalni izvještaj Crne Gore o primjeni Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, dostupan na: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRP-D%2fC%2fMNE%2f1&Lang=en.

Janjić Biljana, Beker Kosana i Marković Milan M. (ur), *Zbirka radova i preporuka – Poslovna sposobnost i život u zajednici: zaštita prava osoba sa invaliditetom*, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd, 2014.

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, „Službeni list CG – Međunarodni ugovori”, br. 2/2009.

Mirjana Radović, Olivera Vulić i Danilo Ajković, *Poštovanje ljudskih prava pacijenata smještenih u psihijatrijskim ustanovama (u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru, na odjeljenju za psihijatriju Opšte bolnice u Nikšiću i Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Crne Gore)*, Izvještaj monitoring tima nevladinih organizacija: Akcija za ljudska prava, Centar za antidiskriminaciju „Ekvista“, Centar za građansko obrazovanje i Sigurna ženska kuća, Podgorica 2013, dostupno

na http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Izvjestaj_Dobrota_CG.pdf (pristupljeno 30.01.2017. godine).

Principi zaštite osoba sa mentalnim teškoćama i poboljšanje brige o mentalnom zdravlju, Generalna skupština UN, A/RES/46/119 (1991), dostupno na: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>.

Savjet Evrope, Komesar za ljudska prava, *Ko može da odlučuje? Pravo na poslovnu sposobnost za lica sa intelektualnim i psihosocijalnim invaliditetom*, CommDH/Isse Paper (2012)2, dostupno na: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806dabba>.

Savjet Evrope, Komesar za ljudska prava, *Pravo lica sa invaliditetom da žive samostalno i budu uključeni u zajednicu*, CommDH/IssuePaper(2012)3, dostupno na: <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=2955388&SecMode=1&DocId=1978478&Usage=2>.

Standardna pravila o izjednačavanju mogućnosti za osobe sa invaliditetom, Generalna skupština UN, A/RES/48/96 (1993), dostupno na: <http://www.un.org/esa/socdev/enabledissre00.htm>.

Strategija za integraciju lica sa invaliditetom u Crnoj Gori za period 2016-2020, Vlada Crne Gore, Ministarstvo rada i socijalnog staranja, septembar, 2016.

Каталогизација у публикацији
Национална библиотека Црне Горе, Цетиње

ISBN 978-9940-642-15-0
COBISS.CG-ID 34293264

