



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 ANTI- DISKRIMINACIJU "EKVISTA"
CENTAR ZA GRAĐANSKO OBRAZOVANJE
SIGURNA ŽENSKA KUĆA



Projekat finansira
Evropska unija



Ambasada
Savezne Republike Njemačke
Podgorica

Podgorica, 21. novembar 2011.



Centar za građansko obrazovanje



Beogradski centar
za ljudska prava



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 ANTI- DISKRIMINACIJU "EKVISTA"
CENTAR ZA GRAĐANSKO OBRAZOVANJE
SIGURNA ŽENSKA KUĆA

Podgorica, 21. novembar 2011.

AUTORI:

Mirjana Radović

Olivera Vulić

Danilo Ajković

UREDNIKA:

mr Tea Gorjanc-Prelević

Ovaj dokument je izrađen uz finansijsku podršku Evropske unije i ambasade Savezne Republike Njemačke u Podgorici. Sadržaj ovog dokumenta je isključiva odgovornost Akcije za ljudska prava i ne može se smatrati, pod bilo kojim okolnostima, da on odražava stav Evropske unije i ambasade Savezne Republike Njemačke u Podgorici.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	6
1.1 Projekat.....	6
1.2 Posjete.....	6
1.3 Cilj, metod i izvori informacija.....	7
2. Specijalna Bolnica za psihijatriju Kotor.....	9
2.1 Smještajni kapaciteti.....	9
2.1.1 Preporuke.....	11
2.2 Zabrana zlostavljanja.....	11
2.2.1 Preporuke.....	12
2.3 Uslovi života u Bolnici.....	12
2.3.1 Preporuke.....	14
2.4 Tretman.....	15
2.4.1 Preporuke.....	17
2.5 Samoubistva i smrtni slučajevi.....	18
2.5.1 Preporuke.....	18
2.6 Osoblje	18
2.6.1 Preporuke.....	21
2.7 Sredstva ograničavanja slobode kretanja (fiksacija).....	21
2.7.1 Preporuke.....	23
2.8 Zaštita prava na slobodu i lični integritet u pogledu prisilnog smještaja prilikom prijema u Bolnicu, tokom boravka i otpusta	23
2.8.1 Opšte garancije.....	23
2.8.2 Sudska kontrola prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu	24
2.8.3 Primjena mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.....	28
2.8.3.1 Izricanje mjere u krivičnom postupku, od strane suda.....	28
2.8.3.2 Izricanje mjere u prekršajnom postupku, od strane organa za Prekršaje.....	29

2.8.4	Pristanak na tretman (određeni način liječenja).....	30
2.8.5	Preporuke.....	31
2.9	Sudsko odjeljenje (jedinica sudske psihijatrije JSP).....	32
2.9.1	Preporuke.....	34
2.10	Odjeljenje za bolesti zavisnosti.....	35
2.10.1	Preporuke.....	36
2.10.2	Savjet za zaštitu prava pacijenata.....	37
2.10.3	Preporuke.....	38
3.	Psihijatrijsko odjeljenje u sastavu Opšte Bolnice u Nikšiću	39
3.1	Opšte.....	39
3.2	Osooblje.....	39
3.3.	Struktura pacijenata i način hospitalizacije.....	39
3.4	Tretman.....	41
3.5	Registri.....	42
3.6	Zaštita pacijenata	42
3.7	Preporuke.....	43
4.	Psihijatrijska klinika Kliničko-bolničkog Centra Crne Gore u Podgorici.....	44
4.1	Opšte.....	44
4.2	Uslovi smještaja i tretman.....	44
5.	Odnos medija prema psihijatrijskim bolesnicima.....	45
6.	Slučajevi neodgovarajućeg postupanja sa mentalno oboljelim licima	47
6.1	Preporuke.....	47
7.	Zaključak u odnosu na posmatrane ustanove.....	48
8.	TABELA SA PREPORUKAMA.....	51

1. Uvod

1.1 *O projektu*

Projekat "Monitoring poštovanja ljudskih prava u ustanovama zatvorenog tipa u Crnoj Gori", čiji je cilj unapređenje ljudskih prava osoba smještenih u ovim ustanovama, izvode nevladine organizacije "Akcija za ljudska prava" (HRA), kao nosilac projekta, Centar za antidiskriminaciju "EKVISTA", Centar za građansko obrazovanje (CGO) i Sigurna ženska kuća (SŽK), uz pomoć Beogradskog centra za ljudska prava i Letonskog centra za ljudska prava, a finansiraju Evropska unija, posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori, i ambasada Savezne Republike Njemačke.

U okviru projekta, 19. maja 2011. godine, zaključen je sporazum o saradnji između nosioca projekta NVO "Akcija za ljudska prava" i Ministarstva zdravlja, koji je omogućio nenajavljene posjete monitora nevladinih organizacija Specijalnoj Bolnici za psihijatriju u Dobroti, Kotor (u nastavku "Bolnici"), Psihijatrijskoj klinici Kliničkog Centra Crne Gore (u nastavku "Klinici") i Odjeljenju za psihijatriju u okviru JZU Opšte Bolnice u Nikšiću (u nastavku "Odjeljenju"), izradu izvještaja o posjetama i razgovor o izvještaju na okruglom stolu, izradu priručnika o pravima pacijenata zadržanih u ovim ustanovama i saradnju na javnoj kampanji čiji je cilj približavanje prava pacijenata s mentalnim oboljenjima široj javnosti.

Izvještaj sadrži ocjenu NVO monitoring tima o stepenu usvajanja preporuka za unapređenje poštovanja prava pacijenata Bolnice u Dobroti, Kotor, Evropskog komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) i Zaštitnika ljudskih prava i sloboda, i sadrži dalje preporuke monitoring tima, koje obuhvataju Psihijatrijsku kliniku u Podgorici i Psihijatrijsko odjeljenje Opšte Bolnice u Nikšiću. Ovo je prvi izvještaj, izrađen na osnovu informacija dobijenih prilikom posjeta Bolnici, Klinici i Odjeljenju u periodu od 17. septembra do 4. novembra 2011. godine i iz drugih izvora. Završni izvještaj, u kome će konačno biti ocijenjen napredak u ispunjavanju svih preporuka, biće objavljen u septembru 2012. godine.

1.2 *Posjete u okviru projekta*

Za potrebe izrade ovog izvještaja, monitori: Tea Gorjanc-Prelević, izvršna direktorka Akcije za ljudska prava (HRA) i koordinatorka projekta, Mirjana Radović (HRA), Danilo Ajković, Centar za građansko obrazovanje i dr Olivera Vulić, u periodu od 17. septembra do 4. novembra 2011. godine sprovedli su ukupno četiri monitoring posjete, od toga dvije Bolnici u Dobroti, 17. septembra i 4. novembra 2011, i po jednu Odjeljenju u Nikšiću, 12. oktobra 2011. i Klinici u Podgorici 17. oktobra 2011. godine.

Nivo saradnje je bio visok, imali smo nesmetan pristup svim prostorijama, uvid u potrebnu dokumentaciju¹ i mogućnost da sa pacijentima nasamo razgovaramo.

¹ U medicinsku dokumentaciju uvid je ostvarila doktorka spec. psihijatrije Olivera Vulić, a u dokumentaciju u pogledu komunikacije Bolnice i suda ostali monitori, koji su pravnici. Prilikom uvida u dokumentaciju, poštovano je pravo na privatnost pacijenata - njihov identitet bio je zaštićen.

1.3 *Predmet, cilj i metod istraživanja i izvori informacija*

Predmet izvještaja su opis i ocjena stanja poštovanja ljudskih prava pacijenata smještenih u Bolnici u Dobroti, na Klinici u Podgorici i Psihijatrijskom odjeljenju u Nikšiću. Cilj izvještaja je da pomogne unaprjeđenje poštovanja ljudskih prava osoba koje su smještene u ovim ustanovama tako što će ukazati na pozitivnu praksu i nedostatke u radu, na osnovu međunarodnih standarda i preporuka.

Zapažanja data u izvještaju nastala su nakon četiri višečasovne posjete Bolnici, Klinici i Odjeljenju, na osnovu ličnih zapažanja monitora i na osnovu razgovora sa direktorom Bolnice, dr Aleksandrom Tomčukom, načelnikom Klinike, dr Željkom Golubovićem i načelnicom Odjeljenja, dr Radojkom Mićović, kao i pojedinim pacijentima, ljekarima i medicinskim osobljem.

Posjete su obavili monitori različitih profesionalnih usmjerenja, dodatno obučeni na treningu održanom od 12. do 14. maja 2011. u Podgorici.² Pored predstavnika HRA i partnerskih nevladinih organizacija, u timu monitora bila je i dr Olivera Vulić, specijalista psihijatrije, članica Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT), zaposlena u JZU Dom zdravlja, Podgorica, koja je u svojstvu stručnjaka psihijatra angažovana kao monitor u ovom projektu.³ Prilikom izrade izvještaja koristili smo međunarodne standarde i preporuke⁴, izvještaj CPT-a o posjeti Crnoj Gori,⁵ važeće propise u Crnoj Gori koji uređuju prava mentalno oboljelih lica⁶,

² Trening su vodili iskusni i renomirani treneri iz partnerskih organizacija - Beogradskog centra za ljudska prava i Letonskog centra za ljudska prava.

³ Gđa Vulić je prethodno zatražila mišljenje od potpredsjedavajućeg CPT i dobila potvrdu da nema smetnji da ona učestvuje u ovom projektu u svojstvu monitora.

⁴ Standardi CPT-a, dostupni na linku: <http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Standardi-CPT-a.pdf>.

⁵ Izvještaj crnogorskoj Vladi o posjeti Crnoj Gori Komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja obavljenoj od 15. do 22. septembra 2008, dostupan na: <http://www.hracion.org/wp-content/uploads/CPT-izvjestaj.pdf>; Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 13 to 23 September 1999. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/2000-15-inf-eng.pdf>; Report to the Government of Bosnia and Herzegovina on the visit to Bosnia and Herzegovina carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 April to 9 May 2003 (<http://www.cpt.coe.int/documents/bih/2004-40-inf-eng.pdf>); Report to the Government of Serbia and Montenegro on the visit to Serbia and Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 28 September 2004 (<http://www.cpt.coe.int/documents/srb/2006-18-inf-eng.pdf>); Report to the Government of Serbia and Montenegro on the visit to Serbia and Montenegro carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 28 September 2004 (<http://www.cpt.coe.int/documents/srb/2006-18-inf-eng.pdf>); Report to the Government of Denmark on the visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 28 January to 4 February 2002 (<http://www.cpt.coe.int/documents/dnk/2002-18-inf-eng.htm>); Report to the Lithuanian Government on the visit to Lithuania carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or punishment (CPT) from 17 to 24 February 2004 (<http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2006-09-inf-eng.htm>). Report to the Lithuanian Government on the visit to Lithuania carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 21 to 30 April 2008 (<http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2009-22-inf-eng.pdf>); Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 November to 7 December 2007 (<http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2009-35-inf-eng.htm>); Report to the Government of "the former Yugoslav Republic of Macedonia" on the visit to "the former Yugoslav Republic of Macedonia" carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 15 to 26 May 2006 (<http://www.cpt.coe.int/documents/mkd/2008-05-inf-eng.htm>). Report to the Croatian Government on the visit to Croatia carried out by the European Committee for the Prevention of

materijale partnerskih organizacija predstavljene na treningu za monitore, izvještaj Zaštitnika ljudskih prava i sloboda⁷ i njegove preporuke.

Svi ovi izvori i ovaj izvještaj, dostupni su na internet stranici projekta: [www.hraction.org/monitoring_u_ustanovama_zatvorenog_tipa](http://www.hrraction.org/monitoring_u_ustanovama_zatvorenog_tipa).

Prilikom izrade izvještaja korišćene su metode: kvalitativno i kvantitativno istraživanje, metoda analize sadržaja, analiza primjene propisa i njihove usklađenosti sa međunarodnim standardima i preporukama međunarodnih ekspertskih tijela. Od naučno-istraživačkih tehnika korišćene su tehnika posmatranja i intervju.

Zahvaljujemo svima koji su na bilo koji način doprinjeli ovom izvještaju.

Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 1 to 9 December 2003
<http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2007-15-inf-eng.pdf>; 8th General Report on CPT's Activities (1997); 16th general Report on CPT's Activities (2005-2006).

⁶ Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica ("Sl. list RCG", br. 32/2005), Zakon o pravima pacijenata („Sl. list CG, br. 40/2010), Zakon o prekršajima ("Sl. list CG", br. 1/2011, 6/2011 i 39/2011), Zakonik o krivičnom postupku ("Sl. list CG", br. 57/2009 i 49/2010); Krivični zakonik ("Sl. list RCG", br. 70/2003, 13/2004, 47/2006 i "Sl. list CG", br. 40/2008, 25/2010 i 32/2011); Zakon o vanparničnom postupku ("Sl. list RCG", br. 27/2006); Zakon o izvršenju krivičnih sankcija ("Sl. list RCG", br. 25/94, 29/94, 69/2003 i 65/2004 i "Sl. list CG", br. 32/2011); Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list RCG", br. 39/2004 i "Sl. list CG", br. 14/10).

⁷ Poseban Izvještaj Zaštitnika ljudskih prava i sloboda o stanju ljudskih prava mentalno oboljelih lica smještenih u ustanovama, mart 2011, <http://www.ombudsman.co.me/izvjestaji.php>.

2. Specijalna Bolnica za psihijatriju Kotor

2.1 *Smještajni kapaciteti*

Kapacitet Bolnice je 241 krevet. Na dan prve posjete, 17. septembra 2011, prema evidenciji direktora Bolnice, dr Aleksandra Tomčuka, ukupno 291 osoba bila je na bolničkom liječenju. Svaki pacijent imao je svoj krevet, a neka odjeljenja (muško i žensko akutno odjeljenje) nijesu bila do kraja popunjena. Razliku između smještajnih kapaciteta i broja pacijenata smještenih u Bolnici na dan posjete direktor je objasnio time da se jedan broj pacijenata u vrijeme posjete nalazio u krugu porodice na tzv. adaptacionim vikendima.

Bolnica uglavnom zbrinjava pacijente iz kruga psihoza (F20-F29), oba pola, u akutnoj i hroničnoj fazi bolesti, kao i zavisnike od alkohola (F10) i droga (heroina-F11, uz komorbiditet, najčešće F60), ali isključivo muškog pola.⁸ Žene kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja alkoholičara ili obavezno liječenje narkomana u zdravstvenoj ustanovi smještaju se na akutno-žensko odjeljenje u okviru Bolnice. U vrijeme posjeta nije bilo ni jedne žene kojoj je ovakva mjera bila izrečena.

Bolnički smještaj organizovan je u devet odjeljenja i to: urgentno odjeljenje, odjeljenje za liječenje bolesti zavisnosti, akutno muško odjeljenje, akutno žensko odjeljenje, hronično muško odjeljenje, hronično žensko odjeljenje, rehabilitaciono odjeljenje⁹ i osmo, sudsko odjeljenje. U okviru sudskog odjeljenja Bolnica zbrinjava tzv. forenzičke pacijente (pacijente kojima je sud u krivičnom postupku, odnosno organ za prekršaje u prekršajnom postupku, odredio obaveznu mjeru liječenja u ustanovi zatvorenog tipa), koje može da primi 21 osobu.

U Bolnici nema hospitalizovanih maloljetnika. Kako u Crnoj Gori ne postoji specijalista dječije psihijatrije, maloljetnici se moraju liječiti u inostranstvu.¹⁰

Istovremeno, Bolnica je primorana da u nekim segmentima obavlja funkciju ustanove socijalnog tipa, jer je suočena s nemogućnošću otpusta brojnih pacijenata, u najvećem broju slučajeva zato što porodica odbija njihov prihvata. U vrijeme posjete, na hroničnom muškom odjeljenju bilo je pacijenata koji se u Bolnici nalaze duže od deset godina. Najduža hospitalizacija je 54 godine (slučaj žene smještene na hroničnom ženskom odjeljenju koja je hospitalizovana davne 1957. godine).

Prema riječima dr Tomčuka, oko 120 pacijenata više godina je smješteno u Bolnici. Od tog broja, osamdesetak je u takvom psihičkom stanju da bi mogli biti smješteni u neku od ustanova socijalnog tipa ili porodični smještaj, što znači da jednu trećinu bolničkih kapaciteta zauzimaju pacijenti čije mentalno stanje ne zahtijeva boravak u Bolnici.

⁸ Ista situacija je sa JU Centar za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci - Kakarička gora, koji već treću godinu ne vrši prihvata žena zainteresovanih za rehabilitaciju. Dakle, trenutno, u Crnoj Gori ne postoji ustanova za rehabilitaciju žena zavisnica od psihoaktivnih supstanci.

⁹ Više informacija dostupno na: <http://www.psihijatrijakotor.me/page3.html>.

¹⁰ Takođe, mjera obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi trenutno se ne bi mogla sprovesti u odnosu na maloljetnika u Crnoj Gori.

Za ostatak bolničke populacije, prosječno vrijeme zadržavanja u Bolnici je oko dva mjeseca. U taj period su uključeni i adaptacioni vikendi u krugu porodice i to vrijeme se čini prihvatljivim.

Opterećenje Bolnice velikim brojem pacijenata čije zdravstveno stanje ne zahtijeva bolničko liječenje predstavlja jedan od urgentnih problema, posebno imajući u vidu da je CPT 2008. konstatovao da je potrebno uložiti napore da se dobrovoljni hronični pacijenti smjeste u kapacitete zajednice.¹¹ Višegodišnje, čak višedecenijsko zadržavanje ljudi u Bolnici zbog nemogućnosti da budu zbrinuti na drugi način, a ne zbog mentalnog stanja je **neprihvatljivo**. Isto je zapaženo i u Izvještaju Zaštitnika ljudskih prava i sloboda¹², prema kojem je većina socijalnih pacijenata smještena na osnovu zahtjeva Centra za socijalni rad. Na osnovu Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, u slučaju kad mentalno oboljelo lice treba otpustiti iz psihijatrijske ustanove, a to lice, zbog svog mentalnog stanja, materijalnih, porodičnih i drugih prilika, nije sposobno da se brine o sebi, niti ima srodnike ili druga lica koja su po zakonu dužna da se o njemu brinu, premjestiće se iz psihijatrijske ustanove u ustanovu socijalne zaštite (čl. 40).¹³ U pogledu mogućnosti smještaja ovih pacijenata u dva doma za stare, koji su javne ustanove, direktor je naglasio loše iskustvo sa JU Dom za stare "Bijelo Polje", koji je odbio smještaj pacijenata liječenih u Bolnici, uprkos ljeakarskoj potvrdi da su sposobni za kolektivni smještaj u ustanovi takvog tipa. Suprotno, JU Dom za stare "Grabovac" u Risnu, kada ima smještajnih mogućnosti, prihvata psihijatrijske pacijente koji imaju mogućnosti da pokriju troškove smještaja.

Direktori Bolnice i Zavoda za izvršenje krivičnih sankcija (ZIKS)¹⁴ informisali su nas o planovima za izgradnju Specijalne Bolnice, kapaciteta 150 kreveta, koja bi se nalazila u okviru ZIKS-a u Podgorici, u kojoj bi bila smještena lica kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, uključujući i žene i maloljetnike. U projektu izgradnje nove Bolnice učestvuju Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo pravde. Informisani smo da su obezbijedena sredstva za izgradnju objekta, te da se do kraja 2011. očekuje izrada građevinskog plana objekta, koji će omogućiti razdvajanje pacijenata u odnosu na pol, vrstu mjera bezbjednosti, odnosno potrebnog liječenja i potrebe različitog nivoa obezbjeđenja.

2.1.1 Preporuke

- a) Za Ministarstvo rada i socijalnog staranja: hitno obezbijediti socijalno zbrinjavanje lica koja se nalaze u Bolnici u Dobroti, a za čijim daljim liječenjem u toj ustanovi nema potrebe.

¹¹ Izvještaj crnogorskoj Vladi o posjeti Crnoj Gori Komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja obavljenoj od 15. do 22. septembra 2008 (Izvještaj CPT o posjeti Crnoj Gori 2008. godine), stav 102.

¹² Izvještaj Zaštitnika o stanju ljudskih prava mentalno oboljelih lica smještenih u ustanovama, mart 2011, str. 33. Izvještaj dostupan na: <http://www.ombudsman.co.me/izvjestaji.php>.

¹³ Iako mu ubuduće nije potreban prinudni smještaj, pacijentu može biti potrebno da nastavi tretman i/ili zaštićeno okruženje u spoljnoj sredini. S tim u vezi, CPT je našao, u određenom broju zemalja, da pacijenti čije mentalno zdravlje više ne zahtijeva da budu zatvoreni u psihijatrijskoj ustanovi, i dalje ostaju u takvom okruženju, zbog nedostatka adekvatne njege/smeštaja u spoljnoj sredini. Da lica ostanu lišena slobode, zbog nedostatka odgovarajućih eksternih objekata, pod velikim je znakom pitanja. CPT, 8. Opšti izvještaj (1997) str. 57 (CPT, 8th General Report, 1997).

¹⁴ Razgovor sa gospodinom Milanom Radovićem, direktorom ZIKS, Spuž, oktobar 2011.

- b) Za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo rada i socijalnog staranja: obezbijediti bolju teritorijalnu pokrivenost centrima za mentalno zdravlje, koji bi blisko saradivali sa centrima za socijalni rad u cilju zbrinjavanja onih mentalno oboljelih lica koja ne zahtijevaju (dalje) bolničko liječenje, kako bi se ostvario krajnji cilj da se pomoć mentalno oboljelima pruži u zajednici i smanji potreba za bolničkim liječenjem (osim u akutnoj fazi bolesti).
- c) Za Ministarstvo zdravlja i Glavni grad: obezbijediti odgovarajuće stacionarno liječenje i rehabilitaciju i žena zavisnica od alkohola i psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori.
- d) Za Ministarstvo zdravlja: hitno raspisati specijalizaciju iz oblasti dječije psihijatrije, a u međuvremenu nastojati da se u Crnoj Gori obezbijedi rad doktora specijaliste dječije psihijatrije. Obezbijediti da se, po potrebi, na bolničko liječenje mogu smjestiti i maloljetnici.
- e) Za Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo pravde: uložiti napore da se što prije započne sa izgradnjom Specijalne bolnice u okviru ZIKS-a i da se unaprijed planiraju i kadrovska rješenja, kako se ne bi ponovilo da se bolnica izgradi i ostane nefunkcionalna.¹⁵

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

U neposrednom kontaktu sa pacijentima, nismo primili žalbe vezane za zlostavljanje od strane osoblja, niti smo o njima obavješteni na drugi način.¹⁶

Direktor je naveo da ljekari stalno podsjećaju srednji medicinski kadar i radnike obezbjeđenja na sudskom odjeljenju da je zlostavljanje pacijenata (uključujući i verbalne uvrede) neprihvatljivo. Takođe je naveo da poslednjih par godina nije bilo pokretanja disciplinske odgovornosti protiv osoblja zbog lošeg postupanja prema pacijentima. Sa pacijentima više ne rade nekadašnji bolničari (kadar koji nije imao medicinsko srednje obrazovanje), koji su bili najčešći počinioci lošeg odnosa prema pacijentima. Ozbiljni konflikti među pacijentima su navodno izuzetno rijetki. Ipak, u razgovoru sa direktorom i na osnovu sumarnog pregleda dokumentacije na ženskom akutnom odjeljenju, naišli smo na dva takva slučaja: u prvom slučaju je pacijent na sudskom odjeljenju napao drugog pacijenta (pokušaj gušenja), nakon čega je izolovan posebnim rešetkama u okviru sobe (taj pacijent je izvršio samoubistvo, detaljnije u poglavlju 2.9). U drugom slučaju je pacijentkinja na ženskom akutnom odjeljenju zbog nasilničkog ponašanja prema drugoj pacijentkinji bila vezivana više puta.

Manjak srednjeg medicinskog kadra u Bolnici je očigledan. Na dan posjete na smještaju je bio 291 pacijent, a ukupno je zaposleno 74 medicinskih tehničara (koji su raspoređeni u dvije smjene od kojih neki rade samo osmočasovno radno vrijeme, ili pola radnog vremena

¹⁵ “Adaptirana je i opremljena zatvorska bolnica”, strana 26. Vlada Crne Gore, Komisija za implementaciju Akcionog plana za sprovođenje Strategije reforme pravosuđa 2007-2012. godine, IZVJEŠTAJ O REALIZACIJI MJERA IZ AKCIONOG PLANA ZA IMPLEMENTACIJU STRATEGIJE REFORME PRAVOSUĐA.

¹⁶ Na strani 17 opisana je anonimna prijava za koju nismo pronašli utemeljenje u provjerenim dokumentima.

(detaljnije u poglavlju 2.6.). Direktor nas je informisao o norveškom standardu prema kojem 5 tehničara brine o jednom pacijentu.¹⁷

Prema preporuci CPT, za rješavanje izazovnih situacija koje zahtijevaju obuzdavanje pacijenata potrebna je i pravilna obuka medicinskog osoblja i prisustvo dovoljno osoblja.¹⁸ Manjak osoblja može dovesti do prenatrpanih reakcija osoblja iz straha, što je česta pojava u ustanovama zatvorenog tipa.

I CPT je u svom izvještaju o posjeti Crnoj Gori 2008. godine ukazao na problem nedostatka srednjeg medicinskog kadra.¹⁹ Isto je konstatovao i Zaštitnik ljudskih prava i sloboda u izvještaju iz marta 2011. godine.²⁰

Prema riječima direktora, Bolnica ostvaruje dobru saradnju sa psihijatrijskom bolnicom iz Osla, pa su norveški eksperti obavili do sada tri treninga za srednji medicinski kadar i radnike obezbjeđenja u vezi nenasilnog rješavanja konfliktnih situacija i verbalnog ubjeđivanja, što doprinosi restriktivnoj primjeni mjera sputavanja. Obezbijediti da se ovo stečeno znanje u kontinuitetu prenosi na nove zaposlene.

2.2.1 Preporuke

- a) Za Ministarstvo zdravlja: u skladu sa sistematizacijom radnih mjesta, odmah obezbijediti zapošljavanje još 15 medicinskih tehničara, a u saradnji sa upravom Bolnice predvidjeti novu sistematizaciju radnih mjesta koja bi odgovarala stvarnim potrebama pacijenata.
- b) Za direktora Bolnice: u saradnji sa Zaštitnikom ljudskih prava i sloboda instalirati kutije za žalbe i kojima bi pristup imalo samo ovlašćeno lice iz institucije Zaštitnika ili obezbijediti drugi neposredan način komunikacije sa kancelarijom Zaštitnika.
- c) Za direktora Bolnice: obezbijediti da se stečena znanja o nenasilnom rješavanju konfliktnih situacija prenosi u kontinuitetu na nove zaposlene u Bolnici.

2.3 Uslovi života u Bolnici

Nivo higijene se razlikovao od odjeljenja do odjeljenja, ali se generalno može smatrati prihvatljivim, iako prostora za poboljšanje ima. U poređenju s nekadašnjim stanjem (uvid smo stekli gledajući fotografije Bolnice prije renoviranja), napredak je evidentan.

Prema riječima direktora, nakon posjete delegacije CPT-a 2008, jedan dio stolarije je zamjenjen eloksiranom, renovirani su i neki mokri čvorovi i izgrađen novi objekat za grupnu terapiju. Međutim, higijena i opremljenost sanitarnih prostorija bi mogla biti na većem nivou. **Primjera radi, iako standard CPT-a u odnosu na toalete i održavanje higijene zahtijeva da**

¹⁷ Rečenica brisana na osnovu rasprave 30.11.2011

¹⁸ Standardi CPT-a, stav 30. Standardi CPT-a, dostupni na: <http://www.hracion.org/wp-content/uploads/Standardi-CPT-a.pdf>.

¹⁹ Izvještaj CPT-a, stav 86. Izvještaj dostupan na: <http://www.hracion.org/wp-content/uploads/CPT-izvjestaj.pdf>.

²⁰ Izvještaj Zaštitnika ljudskih prava i sloboda o stanju ljudskih prava mentalno oboljelih lica smještenih u ustanovama, mart 2011, str. 32.

toleti moraju omogućiti pacijentima izvjesnu privatnost, te da odgovarajuću pažnju treba posvetiti potrebama starijih i/ili hendikepiranih pacijenata²¹, toalet na akutnom ženskom odjeljenju nema kadu/tuš kabinu, nego se pacijentkinje tuširaju na pločicama. Takođe,²² Na ženskom akutnom odjeljenju, wc kabina nema wc šolju. Na više mjesta konstantno curi voda iz slavina i wc kabina (muško hronično djeljenje, žensko akutno i muško akutno odjeljenje).

U Bolnici nema nepokretnih pacijenata, i po riječima direktora nije ih ni bilo. Ipak, pitanje prilagođenosti prostorija ostaje otvoreno za ubuduće. Trenutno, Bolnica je organizovana po odjeljenjima, koja su kaskadno raspoređena i povezana stepenicama, a ne postoje pristupne rampe kojim bi se odjeljenja i učinila dostupnim nepokretnim pacijentima ili posjetiocima bolnice koji koriste invalidska kolica.

Nekadašnje spavaonice su transformisane u višekrevetne sobe. Maksimalan broj kreveta u sobi je šest, uglavnom na hroničnim odjeljenjima. Veliki broj soba je opremljen sa tri kreveta.

Postoje lični ormarići pored kreveta, ali ih je nemoguće zaključati.²³ CPT je 2008. preporučio da se pacijentima omogući da personalizuju prostor u kome borave i da mogu da zaključaju svoje stvari.²⁴ Možemo konstatovati gotovo nepromijenjeno stanje u odnosu na zapažanje da su odjeljenja ostala dosta bezlična. Namještaj je dotrajavao. Opšti utisak o uslovima u Bolnici je takav da nije obezbijeđeno optimistično terapijsko okruženje koje pogoduje bržem oporavku, pa bi sveobuhvatno renoviranje bilo neophodno.²⁵

Pacijenti ne nose pidžame tokom dana, već svoju ličnu ili bolničku garderobu. Nivo higijene garderobe je takođe poželjno poboljšati posebno kod pacijenata na muškom hroničnom odjeljenju koji nose bolničku garderobu.

Primili smo više pritužbi na kvalitet hrane, posebno na jednoličnost doručka, koji se uglavnom sastoji od čaja, mlijeka (razrijeđenog), hleba i namaza. Pacijenti su izrazili želju da u doručak budu uključeni i mliječni proizvodi i žitarice. Od jedne pacijentkinje smo primili pritužbu da im je nekoliko dana prije naše posjete za doručak poslužena pokvarena pašteta. Sestra je potvrdila ovaj navod, uz napomenu da nije bila pokvarena cijela pošiljka namjenjena odjeljenju, već nekoliko pakovanja. Više pacijenata je iznijelo pritužbe da je voće slabo zastupljeno u ishrani (jednom nedjeljno, rjeđe dva puta nedjeljno pacijentima se posluži po jedna voćka nakon ručka) i da rjeđe od jednom nedjeljno dobiju desert nakon ručka. U toku jedne od naših posjeta imali smo priliku da prisustvujemo serviranju ručka. Ručak je bio dopremljen u plastičnoj kanti iz koje je i serviran. Ručak se sastojao od pirinča, krompira i male količine mljevenog mesa, i prema ocjeni monitora koji je hranu probao, nije bio ukusan. Salate nije bilo. Nakon ručka pacijentkinje su dobile po jednu bananu.

²¹ Standardi CPT-a, stav 34.

²² Rečenica brisana na osnovu rasprave 30.11.2011

²³ Zaštita privatnosti mentalno oboljelih lica je predviđena i Zakonom o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica (član 4), prema kojem mentalno oboljelo lice ima pravo i na zaštitu ličnog dostojanstva, human tretman i poštovanje njegove ličnosti i privatnosti.

²⁴ Izvještaj CPT-a, stav 94.

²⁵ "Svaka psihijatrijska ustanova bi trebalo da ima za cilj da obezbjedi materijalne uslove koji bi upotpunili liječenje i opšte stanje pacijanata; u psihijatrijskom smislu, pozitivno terapijsko okruženje. Stvaranje pozitivnog terapijskog okruženja podrazumijeva, prije svega, obezbjeđenje dovoljno životnog prostora svakom pacijentu kao i odgovarajuće osvjetljenje, grijanje i ventilaciju, održavanje ustanove u odgovarajućem stanju u smislu popravki i ispunjavanja bolničkih uslova higijene" Izvještaj CPT o posjeti Norveškoj, 1999, str. 27, stav 56. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/2000-15-inf-eng.pdf>

Prema standardu CPT-a, hrana mora biti odgovarajuća ne samo u pogledu kvaliteta i kvantiteta, nego mora biti poslužena pacijentima pod odgovarajućim uslovima. Mora postojati neophodna oprema koja omogućava da se hrana servira na odgovarajućoj temperaturi. Takođe, način davanja i aranžiranja hrane predstavlja faktor koji se ne zanemari.²⁶ Najmanje što bi se moglo učiniti je da se plastične kante iz kojih se hrana servira, zamijene adekvatnijim posudama. Pacijentima se hrana služi u trpezariji, što je u skladu sa standardom CPT-a, prema kojem se mora omogućiti pristojan način hranjenja, za stolom. CPT naglašava da omogućavanje pacijentima da preduzimaju rituale svakodnevnog života – kao što je jelo uz pomoć odgovarajućeg pribora, sjedeći za stolom – predstavlja integralni dio programa psihosocijalne rehabilitacije,²⁷ pored toga što takav način ishrane uvažava dostojanstvo pacijenta.

Prema riječima direktora, pothranjenih pacijenata nema i monitori ih nisu primjetili.

U dvorištu Bolnice uočen je stari agregat za struju. Prema riječima Direktora, u pitanju je vojni agregat, koji više nije u upotrebi. S obzirom na profil pacijenata koji je smješten u Bolnici i njihov broj, mali broj zapošljenih po smjenama, kao i to da su odjeljenja u odvojenim kompleksima, Bolnica ovog profila morala bi imati savremeni agregat za struju, koji bi u slučaju nestanka električne energije, omogućio bezbjedno funkcionisanje Bolnice.

Standard da svi pacijenti moraju provesti minimum jedan sat na svježem vazduhu²⁸ sprovodi se u praksi. Pacijenti sa zaključanih odjeljenja su potvrdili da im je svakodnevno omogućen izlazak iz zgrade. Primjera radi, na ženskom akutnom odjeljenju smo od više pacijentkinja čuli da najmanje sat vremena borave na svježem vazduhu, a često i duže (ako sestra zadužena za njihovo nadgledanje nema drugih obaveza), što je pohvalno. Pacijentima uvijek treba omogućiti da imaju pristup u svoje sobe tokom cijelog dana i ne treba ih primoravati da borave u zajedničkim prostorijama.²⁹ Iz razgovora sa pacijentima smo zaključili da im je pristup praktično omogućen, jer se sobe nikada ne zaključavaju.

U Bolnici ne postoji posebna prostorija za posjete. Pacijenti primaju posjetioce van zgrade u ljetnjem periodu. U slučaju vremenskih nepogoda posjete se organizuju u trpezarijama koje imaju ulogu i dnevnih boravaka. Bilo bi poželjno jednu prostoriju namijeniti primanju posjeta i opremiti je na odgovarajući način, kako bi se posjete odvijale nesmetano i u slučaju vremenskih neprilika, posebno kada se posjeta dešava u vrijeme nekog obroka.

2.3.1 Preporuke

- a) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: renovirati sve objekte, da bi se postiglo pozitivno terapeutsko okruženje. Potrebno je renovirati toalete i preduzeti mjere na postizanju većeg nivoa higijene.
- b) Za direktora Bolnice: omogućiti personalizovanje prostora u kojem pacijenti borave i obezbijediti prostor (ormariće) gdje pacijenti mogu da zaključaju svoje stvari.

²⁶ Standardi CPT-a, stav 35.

²⁷ Standardi CPT-a, stav 35.

²⁸ Izvještaj Vladi BiH na posjetu Bosni i Hercegovini od strane Evropskog komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) od 27 aprila do 9 maja 2003. dostupan na : <http://www.cpt.coe.int/documents/bih/2004-40-inf-eng.pdf>, str. 57, stav 134.

²⁹ Standardi CPT-a, strana 41, stav 36.

- c) Za direktora Bolnice: poboljšati kvalitet i raznovrsnost ishrane i obezbijediti odgovarajuće posude za serviranje.
- d) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: Opremiti posebne prostorije u okviru paviljona da bi se posjete odvijale nesmetano i u slučaju nepovoljnih vremenskih prilika i nezavisno od dostupnosti trpezarija.
- e) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: Bolnicu učiniti pristupačnom i osobama sa invaliditetom.
- f) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: Obezbijediti novi agregat za struju.

2.4 *Tretman*

Tretman u Bolnici ovakvog tipa trebalo bi da sadrži široki izbor terapijskih, rehabilitacionih i rekreativnih aktivnosti, kao i pristup odgovarajućim lijekovima i medicinskoj njezi.³⁰

U okviru bolničkog kompleksa postoje sportski tereni i solidno opremljena teretana. Pacijenti smješteni na odjeljenju za bolesti zavisnosti potvrdili su da im je omogućeno da koriste teretanu jedan sat svakog radnog dana. Pacijenti sa akutnih odjeljenja takođe imaju pristup sportskim terenima, međutim, prema riječima direktora, mali broj pacijenata je izrazio želju za njihovim korišćenjem. S druge strane, da postoji neko ko bi ih motivisao da se bave sportom i rekreacijom, vjerovatno bi pokazali veću želju za korišćenjem terena. Ovdje podsjećamo na zapažanje CPT 2008. godine da nedovoljan broj srednjeg medicinskog kadra smanjuje šanse pacijenata za vježbe na otvorenom uz pratnju.³¹

Da bi suzbio predrasude koje vladaju o psihijatrijskim pacijentima, direktor je ponudio besplatno korišćenje teretane zainteresovanim građanima, ali se samo nekoliko građana odazvalo pozivu.

Dva defektologa rade kao okupaciono-radni terapeuti. Između 20 i 40 pacijenta je uključeno u okupaciono radnu terapiju, što je malo, pa bi više napora trebalo uložiti u uključivanje pacijenata u ove aktivnosti. I samu ponudu okupacionih aktivnosti treba proširiti, što zahtijeva zapošljavanje dodatnog osoblja i proširenje prostornih kapaciteta, jer trenutno u prostoriju za radno okupacionu terapiju nije moguće smjestiti više od 8 pacijenata istovremeno. Informisani smo da se okupaciona terapija sastoji od ručnog rada, prvenstveno grnčarstva. Ipak, peć neophodna za pečenje gline, kako smo informisani, nije u funkciji više od pola godine, njena popravka se tek očekuje, pa je trenutno nemoguće raditi sa glinom (za šta pacijenti navodno iskazuju najviše interesovanja). Takođe, informisani smo da se jedan broj pacijenta koji iskaže želju upošljava na poslovima uređenja bolničkog dvorišta. U okviru istog objekta, jedna manja, višenamjenska, prostorija između ostalog služi i kao biblioteka. Prema onome što smo vidjeli i prema riječima osoblja, biblioteka je vrlo skromna i nastala je doniranjem knjiga od strane građana ili drugih ustanova.

³⁰ Standardi CPT-a, stav 37.

³¹ Izvještaj CPT o posjeti Crnoj Gori, 2008, stav 95.

Novoizgrađeni objekat za grupnu terapiju je opremljen računarima, međutim, osoblje nas je obavjestilo da se računari slabo koriste, a da se u tom objektu svakodnevno održavaju terapijske grupe.

Svaki pacijent bi trebalo da ima individualno prilagođeni plan tretmana, koji bi se sastojao od farmakoterapije i široke lepeze rehabilitacionih i terapijskih aktivnosti.³² U takvom planu bi trebalo navesti ciljeve tretmana i terapijska sredstva koja se koriste i kontinuirano upisivati postignuti napredak. CPT je 2008. godine ponovio preporuku iz izvještaja o posjeti Bolnici 2004. godine, da je potrebno uspostaviti planove za individualni tretman svakog pacijenta, koji bi uključivali komponentu psiho-socijalne rehabilitacije.³³ Navedeno je i da bi trebalo učiniti veće napore na povećanju ponude terapijskih i rehabilitacionih aktivnosti (npr. radna terapija, individualna i grupna psihoterapija, obrazovanje, sportovi) i uključiti više pacijenata u aktivnosti prilagođene njihovim potrebama, što zahtijeva zapošljavanje i dodatnog osoblja.³⁴ Liječenje mora uključiti i radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umjetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti. Pacijenti moraju imati redovan pristup odgovarajuće opremljenim prostorijama za rekreaciju, te imati mogućnost da se rekreiraju na otvorenom svakoga dana, a poželjno je da im bude omogućeno i obrazovanje i odgovarajući rad.³⁵

Individualni planovi tretmana i dalje se sistematski ne prave za svakog pacijenta. Prema navodima direktora, svoga 40 % pacijenata ima individualni plan tretmana. S obzirom da je CPT naveo istu primjedbu i u Izvještaju o posjeti 2004. godine,³⁶ kao i da je obaveza izričito predviđena zakonom 2005. godine³⁷, postojeće stanje mora se hitno promijeniti.

Opšte posmatrano, Bolnica nema problema sa snabdjevenošću lijekovima, koji se nabavljaju putem javno raspisanog tendera. Trenutno postoji problem nabavke nekih medikamenata jer ih nema na tržištu (ista situacija je i u vanbolničkom sektoru). U Bolnici se ordiniraju neuroleptici nove generacije.

Obilazeći paviljone i razgovarajući sa pacijentima nijesmo susreli pacijente koji su bili "predozirani" lijekovima. Monitor, ljekar psihijatar, koja je ostvarila uvid u terapijske liste pacijenata, nije zapazila nikakav problem vezan za medikaciju. Ipak, navodimo da je Akcija za ljudska prava primila anonimnu pritužbu majke pacijentkinje koja se nalazila na Akutnom ženskom odjeljenju, i koja je tvrdila da je njena ćerka bila žrtva nekontrolisane upotrebe lijekova (posebno u slučajevima kada je pojačano uzmiarena i noću).

³² Izvještaj CPT o posjeti Crnoj Gori, 2008, stav 94. Ovu obavezu predviđa i Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, član 8, stav 3.

³³ Isto.

³⁴ Standardi CPT-a, str. 41, stav 31. Izvještaj o posjeti Hrvatskoj, Izvještaj Hrvatskoj vladi na posjetu Hrvatskoj od strane Evropskog komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT), u periodu od 1. do 9. decembra 2003, stav 127. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2007-15-inf-eng.pdf>.

³⁵ Standardi CPT-a, str. 41, stav 31. Takođe, Izvještaj o posjeti Hrvatskoj, CPT, 2003, stav 127.

³⁶ Izvještaj Vladi Srbije i Crne Gore na posjetu Srbiji i Crnoj Gori od strane Evropskog komiteta za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) od 16. do 28. septembra 2004, dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/srb/2006-18-inf-eng.pdf>, str. 108, st. 314.

³⁷ Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica ("Sl. list RCG", br. 32/2005), čl. 8: Liječenje i zaštita mentalno oboljelog lica moraju biti zasnovani na individualno utvrđenom planu, s kojim je to lice upoznato i saslušano njegovo mišljenje.

Ljekari jako rijetko upisuju u terapijske liste tzv. terapiju po potrebi. Primjera radi, na Akutnom muškom odjeljenju pregledom terapijskih listi za 21 pacijenta koji su se na dan posjete nalazili na odjeljenju, pronađeno je samo u jednom slučaju da je psihijatar omogućio da se pacijentu može dati ampularna terapija u slučaju da odbije oralno propisanu terapiju.

Intervjuisano osoblje tvrdi da se u slučaju psihomotornog nemira bilo kog pacijenta, poziva dežurni ljekar koji eventualno ordinira ampularnu terapiju i to se upisuje u svesku primopredaje.³⁸ Taj podatak bi morao biti upisan u knjigu evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja (koju svako odjeljenje u Bolnici vodi), a zatim se svi ti “lokalno” sakupljeni podaci prenosi u jedan centralni registar (na nivou Bolnice). Takođe, izuzetno je važno da ordinirajući psihijatar svaku “vanrednu” terapiju upiše u lični dosije pacijenta.

Elektrokonvulzivna terapija se ne primjenjuje u Bolnici.

Što se tiče aspekta somatske njege, doktor specijalista interne medicine obilazi Bolnicu jedanput nedjeljno. Po potrebi pacijenti se vode na preglede u Opštu Bolnicu Kotor, Risan ili KBC Podgorica, zavisno od potreba pregleda.

Zubar je zaposlen u instituciji, sa punim radnim vremenom. Navodno, osim ekstrakcija zuba, obavljaju se i liječenja. Zubar koji je trenutno angažovan je pred penzijom i može se očekivati problem da niko od zubara ne bude dovoljno motivisan da radi u Bolnici.

2.4.1 Preporuke

- a) Za direktora: ponavljamo preporuku CPT-a o potrebi izrade individualnih planova tretmana za pacijente.
- b) Za direktora i ministarstvo zdravlja: uključiti više pacijenata u radno-okupacione i sportske aktivnosti, proširiti ponudu ovih aktivnosti i za tu svrhu angažovati još radnih terapeuta ili volontere.
- c) Za direktora: svaki slučaj tzv. brze trankvilizacije (hemijskog sputavanja) upisivati, osim u svesku primopredaje i u odjeljensku knjigu evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja, a sve podatke iz pojedinačnih odjeljenskih knjiga revnosno prenositi u registar na centralnom nivou.
- d) Za direktora i ministarstvo zdravlja: obezbjediti zubara u kontinuitetu, dodatnom stimulacijom ili na drugi način.

³⁸ Na svakom odjeljenju, u ambulanti srednjeg medicinskog kadra, vode se *sveska primopredaje* (srednji medicinski kadar svakodnevno unosi zapažanja o važnim dešavanjima na odjeljenju) i *knjiga evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja*.

2.5 Samoubistva i smrtni slučajevi

Prema navodima direktora, dva pacijenta su izvršila suicid u posljednjih 5 godina tokom kojih je realizovano 7 029 hospitalizacija.³⁹ Poslednje samoubistvo dogodilo se u ljeto 2010, vješanjem. Samoubistvo je izvršio pacijent koji je bio smješten na sudskom (forenzičkom) odjeljenju. Od pripadnika službe obezbjeđenja koji su bili na odjeljenju u vrijeme posjete saznali smo da u vrijeme kada se samoubistvo dogodilo, služba obezbjeđenja nije bila angažovana, te da je u noćnoj smjeni, u vrijeme samoubistva, radio samo jedan medicinski tehničar. Nakon tog događaja, obezbjeđenje je angažovano da radi i noću.

Godišnje, u ustanovi se dogodi 7-8 prirodnih smrti, najčešće usled hroničnih bolesti. Obdukcije se ne sprovode u svakom slučaju prirodne smrti u ustanovi, što je⁴⁰ u skladu sa našim zakonodavstvom⁴¹.

2.5.1 Preporuke

a) Za ministarstvo zdravlja: potrebno je zakonski definisati obavezu da se za lica koja umru u Bolnici vrši obdukcija u skladu sa čl. 128 Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Neophodno je da Ministarstvo zdravlja što prije donese pravilnik kojim će se precizno propisati rad mrtvozornika.

b) Za direktora: pojačati nadzor nad pacijentima, posebno onima koji su već pokazali sklonost ka samoubistvu. Sve osoblje u psihijatrijskoj ustanovi treba da bude obučeno da kod pacijenata prepozna znake koji ukazuju na pojačani rizik od samoubistva. Te pacijente treba staviti na program specijalnog nadzora i ponuditi im odgovarajuću psihološku pomoć.⁴² (Brisana preporuka na osnovu rasprave 30.11.2011.)

2.6 Osoblje

Bolnica zapošljava 7 neuropsihijataru, 5 psihijataru i 2 ljekara na specijalizaciji iz psihijatrije, zubara, 2 psihologa, 1 psihologa na specijalizaciji, 2 defektologa i 3 socijalna radnika. Prema podacima dobijenim od direktora Bolnice, srednji medicinski kadar čini 74 tehničara/sestre (od kojih 8 glavnih tehničara rade osmočasovno radno vrijeme uvijek u prvoj smjeni; 57

³⁹ Informacija dopunjena na osnovu rasprave o izvještaju održane u Podgorici 30. novembra 2011.

⁴⁰ Riječi dopunjene na osnovu rasprave o izvještaju održane u Podgorici 30. novembra 2011.

⁴¹ Član 128 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Sl. list RCG", br. 39/2004 i "Sl. list CG", br. 14/2010). Prema mišljenju CPT, obdukciju treba sprovoditi u svim područjima gdje pacijent umre u bolnici, osim ako je prije smrti postojala jasna dijagnoza fatalne bolesti (Izvještaj CPT o posjeti BiH, 2007, tačka 127). To u Crnoj Gori nije slučaj. Ovu oblast reguliše Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji definiše mrtvozornika. Ministarstvo zdravlja upravo radi pravilnik koji će propisati rad mrtvozornika, postupak utvrđivanja smrti, traženje obdukcije, potrebne obrasce. Obaviješteni smo da Ministarstvo zdravlje priprema pravilnik o mrtvozorniku, koji bi precizirao ovo pitanje. (Dopuna u cilju pojašnjenja, dodata nakon rasprave o izvještaju 30.11.2011.).

⁴² Sve osoblje u ustanovama mentalnog zdravlja, bez obzira na njihova redovna zaduženja, treba da bude obučeno da prepozna znake opasnosti od samoubistva. Osoba prepoznata kao moguće suicidalna trebalo bi, koliko god je to vremenski potrebno, da bude pod specijalnim posmatranjem sa odgovarajućom psihološkom podrškom. Izvještaj CPT-a o posjeti Španiji 2003. godine, st. 133.

smjenskih tehničara, koji rade dvanaestočasovne smjene: 12 sati u dnevnoj smjeni, zatim 12 sati u noćnoj, a onda 48 sati slobodno; ostalih 9 medicinskih tehničara rade ili skraćeno radno vrijeme od 4 sata ili radno vrijeme u trajanju od 8 sati isključivo u prvoj smjeni). Ostatak zaposlenih čine administrativni radnici, tehničko osoblje i služba obezbjeđenja. Osoblje je raspoređeno tako da se na odjeljenjima nalaze po 2 tehničara u dnevnoj smjeni i 1-2 u noćnoj, u zavisnosti od odjeljenja.

U odnosu na stanje 2008. godine, kada je CPT konstatovao manjak kadra, dodatno su zaposlena dva medicinska tehničara, što i dalje ne zadovoljava potrebe.⁴³

Kako bi se bolje ilustrovao manjak medicinskog osoblja u nastavku slijedi tabelarni prikaz bolničkih kapaciteta i zaposlenog medicinskog osoblja koji smo primili od direktora Bolnice:

<i>Odjeljenje:</i>	<i>Kapacitet:</i>	<i>Broj medicinskog osoblja radno angažovanog u Bolnici u toku jednog radnog dana:</i>
Urgentno odjeljenje	10 kreveta	Glavna sestra do 15h i po dvije sestre u smjenama, jedna sestra u ambulanti (5).
Odjeljenje za liječenje bolesti zavisnosti: Alkoholizam i Narkomanija	20 kreveta	Dvije sestre do 15h, po dvije sestre u smjenama. Još dvije sestre rade skraćeno radno vrijeme od četiri sata (8).
Akutno muško odjeljenje	21 krevet	Glavni tehničar do 15h i po dva tehničara u smjenama (5).
Akutno žensko odjeljenje	21 krevet	Dvije sestre do 15h i po dvije sestre u smjenama (6).
Sudsko odjeljenje	21 krevet	Dvije osobe do 15h, jedan u prvoj i jedan u drugoj, noćnoj, smjeni (4).
Hronično muško odjeljenje	46 kreveta	Glavna sestra do 15h i po dvije sestre po smjenama (5).
Hronično žensko odjeljenje	40 kreveta	Glavna sestra do 15h i po dvije sestre po smjenama, kao i jedna sestra koja radi 4 sata dnevno (jedna osoba u noćnoj smjeni) (6).
Rehabilitaciono odjeljenje (podijeljeno u dva nivoa)	52 kreveta	Glavni tehničar do 15h i po jedan tehničar u smjeni (jedna osoba u noćnoj smjeni) (3).

Na snazi je sistematizacija radnih mjesta iz 1992. godine i u odnosu na nju 15 radnih mjesta za medicinske tehničare je upražnjeno. S obzirom na to da su posle 1992. godine formirana dva nova odjeljenja i da su se psihijatrijski trendovi značajno promijenili od perioda kada je sistematizacija rađena, onda je očigledno da je broj medicinskih tehničara koji nedostaje za optimalan rad Bolnice znatno veći od 15.

⁴³ Izvještaj CPT o posjeti Crnoj Gori, 2008, stav 95.

Prilikom posjete Bolnici uočili smo izuzetno mali broj srednjeg medicinskog osoblja pa je hitno pronaći rješenje za popunjavanje slobodnih radnih mjesta.

Koeficijent kod obračuna plata zaposlenih je isti kao kod drugih zdravstvenih radnika u javnom zdravstvu Crne Gore, što znači da zaposleni nijesu ni na koji način stimulisani zbog otežanih uslova rada.⁴⁴ Stimulans na zaradu koji Direktor daje zaposlenima (prema njegovim navodima naizmjenično stimulira jednog mjeseca polovinu zaposlenih, pa drugog mjeseca drugu polovinu) nije sistemski riješeno i održivo rješenje. Izgradnja stambenog bloka za zaposlene ostala je samo na nivou plana.

Posljedica deficita srednjeg medicinskog kadra je i to što postojeći kadar "primoran" da radi prekovremeno (preko 40 sati prekovremenog rada mjesečno, po navodima Direktora). Nije teško zamisliti da neminovni *burn-out* sindrom („sagorijevanje na poslu“) kod ovolikog broja prekovremenih sati u jednom kontinuitetu vremena, može dovesti do neadekvatnog odnosa osoblja prema pacijentima, čak i kod visoko profesionalno obučenog kadra.⁴⁵

Na odjeljenjima ne postoji ugrađen alarmni sistem koji bi omogućio osoblju da signalizira eventualne incidentne situacije, od čega svakako zavisi osjećaj sigurnosti i zaštićenosti na radnom mjestu, što je važno za nivo kvaliteta rada.⁴⁶

Bolnički ljekari su prethodne godine interno edukovali srednji medicinski kadar iz osnova same psihijatrije, s obzirom da srednja medicinska škola pruža skromno obrazovanje o mentalnom zdravlju.

Jedan broj ljekara započinje edukaciju iz kognitivno-bihevioralne terapije u narednim mjesecima, o vlastitom trošku. Prema rječima direktora, edukaciju zaposlenih finansira sama Bolnica, koja je obavezna da 3% dobijenih sredstava opredijeli za edukaciju kadra.⁴⁷ Takođe, prema istom izvoru, budžetsko finansiranje zaposlenih je na istom nivou u proteklih 6 godina.

⁴⁴ Izvještaj crnogorskoj Vladi o posjeti Crnoj Gori Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, str. 46 („Vlasti su obavijestile CPT u svom pismu od 14. novembra 2008. godine da osoblje koje radi u Specijalnoj Bolnici u Dobroti pored svoje plate dobija posebnu naknadu od 15%“). U Odgovorima Vlade Crne Gore na Izvještaj Evropskog Komiteta za prevenciju torture i nehumanog i ponižavajućeg tretmana i kažnjavanja (CPT) o njegovoj posjeti Crnoj Gori od 15. do 22. septembra 2008. godine dostupnim na: <http://www.cpt.coe.int/documents/mne/2010-04-inf-mne.pdf>, tačka 95, navedeno je da informacija o naknadi od 15% „nije precizna informacija, jer je samo medicinsko osoblje koje radi na sudskom odjeljenju konstantno stimulirano u skladu sa zakonskim odredbama -15% stimulacije na lični dohodak“.

⁴⁵ Po mišljenju CPT-a, sistem rada po kojem zapošljeni su okupirani više od punog radnog vremena, može da bude pogubno po zadovoljavajuću njegu pacijenata, ukoliko to prevazilazi kratkoročni problem manjka osoblja. Posjeta CPT-a Latviji, 2007, stav 113.

⁴⁶ „Takođe da bi mogli da pruže efikasno liječenje, osoblje mora u potpunosti, da bude sigurno u svoju bezbjednost. Delegacija je sa zabrinutošću primjetila da posebni alarmi pozivni sistem za osoblje nije instaliran u posjećenim forenzičkim i akutnim odjeljenjima.“ (In order to provide effective treatment, staff also need to be fully confident about their safety. The delegation noted with concern that no specific alarm/call system for staff was installed in the forensic and acute wards visited) Izvještaj o posjeti Bosni i Hercegovini, CPT, 2003, str. 62, stav 152. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/bih/2004-40-inf-eng.pdf>.

⁴⁷ Zakonom o Budžetu Crne Gore za 2011. godinu (“Sl. list CG”, br. 78 /10) Fondu za zdravstveno osiguranje opredijeljena su sredstva za 2011. godinu u iznosu od 137.537.226,13 € za program –zdravstvene institucije (Program zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za 2011. godinu: <http://fzocg.me/index.php#sadrzaj%289%29>).

Prema CPT standardima, opremljenost kadrovima mora biti adekvatna u smislu broja, vrste osoblja, te iskustva i stručne osposobljenosti.⁴⁸ Spoljna stimulacija i podrška su takođe neophodni kako bi se osiguralo da osoblje psihijatrijskih ustanova ne postane previše izolovano, dok je poželjno da osoblju budu ponuđene mogućnosti za obuku izvan sopstvene ustanove.⁴⁹

Tokom posjete, više zapošljenih medicinskih sestara i tehničara skrenulo je pažnju na to da su zainteresovani za dodatnu obuku. Monitori su primili više pritužbi od strane srednjeg medicinskog kadra da uprkos odjeljenju na kojem su angažovani, a koje podrazumijeva kompleksan rad sa pacijentima, nemaju beneficirani radni staž, niti država radi na rješavanju njihovih stambenih pitanja.

2.6.1 *Preporuke*

- a) Za ministarstvo zdravlja i direktora bolnice: zaposliti dodatni kadar, neophodan za obavljanje posla u skladu sa standardima. Preduzeti mjere koje bi doprinijele da se rad sa psihijatrijskim pacijentima u Bolnici učini primamljivim srednjem medicinskom kadru.
- b) Za ministarstvo zdravlja i direktora bolnice: uložiti napore i sredstva da se osoblje Bolnice dodatno edukuje i razmjenjuje iskustava sa kolegama koji rade u sličnim ustanovama.
- c) Za ministarstvo zdravlja: podstaći učestaliju praksu učenika i studenata u Bolnici.
- d) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: instalirati alarmni sistem, obavezno na akutnom muškom i ženskom odjeljenju, da bi osoblje u svakom trenutku moglo da pozove pomoć u slučaju incidentnih situacija sa pacijentima. Ova mjera se djelimično oslanja na povećanje broja zaposlenih jer bi i ovakav vid sigurnosne zaštite bio nedovoljan u situaciji kada na jednom odjeljenju rade svega jedan ili dva medicinska tehničara, odnosno sestre.
- e) Za ministarstvo zdravlja i ministarstvo rada i socijalnog staranja: osoblju koje radi u otežanim uslovima i na odjeljenjima visokog rizika obezbijediti beneficirani radni staž.

2.7 *Sredstva fizičkog ograničavanja slobode kretanja*

Prema navodima osoblja u Bolnici se fizičko ograničavanje slobode kretanja vrši isključivo kožnim kaiševima. i to na način da se fiksiraju ruke i kožni kaiš pričvrsti za krevet u prostoriji specijalno namijenjenoj za tu svrhu i uvijek van vidokruga ostalih pacijenata. Prema standardu CPT-a svaki slučaj fizičkog ograničavanja slobode kretanja pacijenta mora biti evidentiran u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu (kao i u pacijentovom dosijeu). Upis u

⁴⁸ Standardi CPT-a, stav 42.

⁴⁹ Standardi CPT-a, str. 43, stav 46. "Spoljna stimulacija i podrška su neophodni kako bi se osiguralo da osoblje psihijatrijskih ustanova ne bude previše izolovano. S tim u vezi, bilo bi veoma poželjno da im se ponudi edukacija, istraživanje i druge mogućnosti za osoblje. Slično tome, treba podsticati prisustvo nezavisnih tijela i osoba (studenata i istraživača) u psihijatrijskim ustanovama." Posjeta CPT-a Turskoj 1997, stav 226.

knjigu mora uključiti vrijeme kada je ta mjera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribjegavanje toj meri, ime ljekara koji je naredio ili odobrio mjeru i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja.⁵⁰ Prema Zakonu o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, mentalno oboljelo lice prema kojem će biti primijenjena fizička sila mora na to biti upozoreno, ako je to, s obzirom na okolnosti, moguće. Razlozi za primjenu fizičke sile, način i mjera primjene, kao i ime lica koje je donijelo odluku o njenoj primjeni obavezno se upisuju u medicinsku dokumentaciju. Zakonski zastupnik mentalno oboljelog lica i nezavisno multidisciplinarno tijelo moraju odmah biti obaviješteni o primjeni fizičke sile (čl. 46). CPT također preporučuje izvještavanje nezavisnog nadzornog tijela.⁵¹

Prema riječima direktora, o primjeni fizičke sile obavještava se multidisciplinarno tijelo (Savjet za zaštitu prava pacijenata), dok se zakonski zastupnik ne obavještava.

Fizičko ograničavanje slobode kretanja se uvijek sprovodi po nalogu ljekara, navodno se uvijek precizno evidentira u knjigu evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja i njena upotreba nije česta i uglavnom se sprovodi na akutnim odjeljenjima.

Pregledajući knjigu evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja na akutnom ženskom odjeljenju, naišli smo na par slučajeva koji su bili uredno registrovani i trajali su uglavnom kraće od dva sata, a samo u jednom slučaju duže od četiri sata. Podaci iz septembra govore da se svaki put radilo o istoj ženskoj osobi, svaki put je razlog za primjenu bila psihomotorna uznemirenost pacijentkinje (prema navodima: nasrtljiva prema drugim pacijentkinjama, ne dozvoljava im da spavaju). Doktorica sa kojom smo obavili razgovor je navela da je pomenuta pacijentkinja bila fiksirana u vlastitoj sobi, ali da nije bila izložena pogledima drugih pacijentkinja. Problematično je kako bi se mjera ograničavanja slobode kretanja sprovela da u tom trenutku nije bilo moguće obezbijediti praznu bolesničku sobu, jer prostorija namjenjena toj svrsi ne postoji na akutnom ženskom odjeljenju.

Pacijenta kome je fizički ograničena sloboda kretanja nikada ne treba izlagati pogledu drugih pacijenata⁵², osim ako u datom slučaju pacijent insistira na društvu određene osobe. Mjere fizičkog ograničavanja slobode kretanja su u izuzetnim slučajevima neminovnost u psihijatrijskim Bolnicama. Ako do njih dođe, cilj bi trebao biti da se trajanje sputavanja mjeri u minutima, a ne satima.

CPT naglašava značaj razgovora sa pacijentom odmah posle obustavljanja sputavanja, u kome bi se ova mjera objasnila i ponovo uspostavio harmoničan odnos između pacijenta i doktora,⁵³

⁵⁰ Standardi CPT-a, str. 45, stav 50.

⁵¹ "Redovno izvještavanje spoljašnjeg tijela, npr. Zdravstvene inspekcije, se može smatrati dobrim. Očigledna prednost takvog mehanizma izvještavanja je ta da bi to olakšalo nacionalni ili regionalni pregled ograničavanja, što olakšava napore da se bolje razumije, a samim tim koristi njihova upotreba. CPT, 16 Opšti izvještaj (2005-2006), stav 53 (16th CPT General Report).

⁵² Izvještaj CPT o posjeti Danskoj, 2002. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/dnk/2002-18-inf-eng.htm>.

⁵³ "Kad se jednom uklone sredstva fiksacije, važno je obaviti razgovor sa pacijentom o preduzetim mjerama. Za doktora, ovo će omogućiti da objasni neophodnost ove mjere, a to će smanjiti psihološke trauma i povratiti odnos doctor-pacijent. Za pacijenta, razgovor je prilika da se objasne njene/njegove emocije prije fiksacije, što može poboljšati razumijevanje tog ponašanja, kako pacijenta, tako i samog osoblja. Pacijent i osoblje zajedno mogu pokušati da nađu alternativne načine da pacijent održi kontrolu nad sobom i time vjerovatno spriječi buduće erupcije nasilja." CPT, 16-ti Generalni izvještaj (2005-2006), stav 46.

i to je preporučeno u izvještaju o posjeti 2008. godine.⁵⁴ U Bolnici nije praksa da se ovakav razgovor sprovodi.

Na akutnom muškom odjeljenju u Knjizi evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja uočeni su izvjesni propusti. Naime, u svesci primopredaje su korektno zabilježeni slučajevi fizičkog ograničavanja kretanja, ali isti nijesu bili upisani u knjigu. Sam opis mjere ograničavanja slobode kretanja je bio korektan i sadržao je tačno vrijeme trajanja, ime doktora koji je odobrio sprovođenje, razlog za pribjegavanje sputavanju i sl.

Preporuka je da se knjige evidencije fizičkog ograničavanja slobode kretanja precizno vode po svim odjeljenjima, čime se u velikoj mjeri olakšava kako kontrola takvih epizoda, tako i stepen raširenosti takvih pojava.⁵⁵ Bolji uvid će se postići ukoliko se uvede *centralni* registar u koji će se upisivati svi podaci iz odjeljenskih knjiga (ista napomena kao kod tzv. hemijskog sputavanja). Naknadnom analizom ovog centralnog registra mogu se izvući primjeri dobre i loše prakse i tako unaprijediti tretman pacijenata.

2.7.1 Preporuke

a) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: na svakom odjeljenju na kome se sprovodi fizičko ograničavanje slobode kretanja moraju se obezbijediti posebne prostorije namijenjene toj svrsi.

b) Za direktora Bolnice: odjeljenske knjige o fizičkom ograničavanju slobode kretanja precizno voditi.

c) Za direktora Bolnice: osigurati vođenje centralnog registra u koji bi se kontinuirano prenosili podaci iz odjeljenskih knjiga i koji bi pružio pregled svih preduzetih mjera fizičkog ograničavanja slobode kretanja na nivou Bolnice.

d) Za direktora Bolnice: obaviti razgovor sa pacijentom nakon prestanka mjere fizičkog ograničenja slobode kretanja.

e) Za direktora Bolnice: obezbijediti primjenu zakonske obaveze da pored nezavisnog multidisciplinarnog tijela i zakonski zastupnik mentalno oboljelog lica mora odmah biti obaviješten o primjeni fizičke sile.

2.8 *Zaštita prava na slobodu i lični integritet u pogledu prisilnog smještaja prilikom prijema u Bolnicu, tokom boravka i otpusta*

2.8.1 *Opšte garancije*

Ljudsko pravo na slobodu znači zabranu proizvoljnog lišavanja slobode, što podrazumijeva i garancije protiv proizvoljnog zatvaranja u psihijatrijske klinike. U istoriji kršenja ljudskih

⁵⁴ Izvještaj o posjeti Crnoj Gori, 2008, stav 99.

⁵⁵ Standardi CPT-a, str 45, stav 50.

prava nisu rijetki slučajevi uklanjanja državnih neprijatelja ili nepoželjnih članova porodice njihovim prinudnim smještajem u klinike za mentalno oboljele.⁵⁶ U cilju sprečavanja zloupotreba prisilno smještanje u psihijatrijsku ustanovu mora uvijek biti praćeno odgovarajućim garancijama.⁵⁷ Izuzetno je važno da postoji zakonom propisana procedura koja garantuje osnovanost prinudnog smještaja u psihijatrijsku kliniku i pravo žalbe pacijenta protiv takve odluke, a pogotovo je važno da se ove garancije protiv zloupotreba dosljedno primjenjuju u praksi.

Takođe, svaka osoba ima pravo na privatnost i zaštitu ličnog integriteta, što podrazumijeva i pravo da se ne liječi ako za to ne da svoj pristanak. Izuzeci od ovog pravila moraju biti striktno propisani i primjenjivati se restriktivno, samo onda kada je to neophodno. Tako se, u skladu sa Zakonom o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, niko ne može prisiliti na medicinsko ispitivanje radi utvrđivanja prisustva mentalnog poremećaja, osim u slučajevima i po postupku utvrđenom zakonom. Mentalno oboljeli imaju pravo na zdravstvenu i socijalnu zaštitu primjerenu zdravstvenim potrebama i liječenje pod jednakim uslovima i u skladu sa jednakim standardima kao i druga lica koja se liječe u zdravstvenim ustanovama; zaštitu od ekonomske, seksualne i drugih oblika eksploatacije, tjelesne ili druge zloupotrebe, svakog oblika zlostavljanja, ponižavajućeg postupanja i drugog tretmana kojim se vrijeđa lično dostojanstvo i koje stvara neugodno, agresivno, ponižavajuće ili uvredljivo stanje i zaštitu ličnog dostojanstva, human tretman i poštovanje ličnosti i privatnosti.⁵⁸

Smještaj pacijenta u psihijatrijsku ustanovu može biti dobrovoljan i prisilan. Teže mentalno oboljelo lice, koje usljed mentalnog poremećaja i poremećaja ponašanja ozbiljno i direktno ugrožava sopstveni život, zdravlje ili sigurnost, odnosno život, zdravlje ili sigurnost drugog lica, može se zadržati i smjestiti u psihijatrijsku ustanovu, bez svog pristanka, u skladu sa zakonom o vanparničnom postupku, odnosno o krivičnom ili prekršajnom postupku.⁵⁹

U slučaju dobrovoljnog smještaja, u svim dosijeima pacijenata koji nisu prisilno smješteni u Bolnici, nalazio se formular o dobrovoljnom pristanku na bolničko liječenje potpisan od strane pacijenta, što je značajan napredak u odnosu na stanje koje je zatekao CPT 2008. godine.⁶⁰

Postupak prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu propisan je Zakonom o vanparničnom postupku u dva slučaja: "Prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu", čl. 44-53 i "Oduzimanje i vraćanje poslovne sposobnosti", čl. 29-43. Postupak na osnovu Zakonika o krivičnom postupku i Zakona o prekršajima, primjenjuje se onda kada se sumnja da je neko lice izvršilo krivično djelo ili prekršaj i da je mentalno oboljelo, pa je potrebno izvršiti odgovarajuće vještačenje, odnosno kada je utvrđeno da je lice mentalno oboljelo i da je izvršilo krivično djelo ili prekršaj, pa mu se umjesto kazne izriče mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.

⁵⁶ Poznati su slučajevi od Vase Pelagića, srpskog pisca i kritičara vlasti iz XIX vijeka, preko Đorđa Karađorđevića, brata kralja Aleksandra Karađorđevića i unuka kralja Nikole Petrovića i više od 300.000 "liječenih" disidenata u Sovjetskom savezu u XX vijeku, sve do slučaja neosnovane prisilne hospitalizacije Mirjane Pukanić u susjednoj Hrvatskoj 2008. godine, koja je izazvala veliku pažnju javnosti.

⁵⁷ Standardi CPT-a, str. 45, st. 51.

⁵⁸ Član 4 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, "Sl. list RCG", br. 32/2005.

⁵⁹ Vidjeti i čl. 32 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica.

⁶⁰ Izvještaj o posjeti Crnoj Gori 2008. godine, CPT, stav 102.

2.8.2 Sudska kontrola prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu

Zakon o vanparničnom postupku⁶¹ propisuje da kad psihijatrijska ustanova primi na liječenje mentalno oboljelo lice, bez njegove saglasnosti ili bez odluke suda, dužna je da to u roku od 48 sati prijavi sudu na čijem se području nalazi (čl. 46). Postupak u kome sud odlučuje o prisilnom smještaju mentalno oboljelog lica u psihijatrijsku ustanovu kao i o njegovom otpuštanju kada prestanu razlozi zbog kojih je smješteno mora se završiti najkasnije u roku od osam dana (čl. 44). Kada sud odluči da mentalno oboljelo lice bude smješteno u psihijatrijsku ustanovu određuje vrijeme prisilnog smještaja, koje ne može biti duže od 30 dana, računajući od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju. Takođe, psihijatrijska ustanova je dužna da sudu dostavlja povremene izvještaje o zdravstvenom stanju zadržanog lica (čl. 49). Ako psihijatrijska ustanova ocijeni da mentalno oboljelo lice treba da ostane na liječenju i po isteku vremena određenog u rješenju suda, takav predlog mora podnijeti sudu sedam dana prije isteka vremena prisilnog smještaja koji je odredio sud (čl. 51). Sud može i prije isteka vremena određenog za smještaj u psihijatrijsku ustanovu, na predlog psihijatrijske ustanove, da odluči o puštanju mentalno oboljelog lica iz psihijatrijske ustanove, ako utvrdi da se zdravstveno stanje lica poboljšalo u tolikoj mjeri da su prestali razlozi za njegov dalji smještaj (čl. 52).

Protiv rješenja o smještaju u psihijatrijsku ustanovu i otpuštanju iz ove ustanove žalbu mogu izjaviti: psihijatrijska ustanova u kojoj je smješteno mentalno oboljelo lice, smješteno lice, njegov staralac, odnosno privremeni zastupnik i organ starateljstva, u roku od tri dana od dana prijema rješenja. Žalba ne zadržava izvršenje rješenja, osim ako sud iz opravdanih razloga ne odluči drukčije. Prvostepeni sud će žalbu sa spisima bez odlaganja dostaviti drugostepenom sudu, koji je dužan da donese odluku u roku od osam dana od dana prijema žalbe. Rok za odlučivanje u ponovljenom postupku, po ukidnom rješenju drugostepenog suda, ne može biti duži od osam dana (čl. 53).

Pregledom medicinskih dosijea uočeno je da Bolnica, po pravilu, obavještava sud o prinudnom zadržavanju pacijenta u predviđenom roku. Ipak, prilikom posjete Akutnom muškom odjeljenju naišli smo na dosije pacijenta koji je hospitalizovan dan prije naše posjete (u petak). Kako se u njegovom dosijeu nije našlo obavještenje sudu, od direktora smo dobili odgovor da se navedena hospitalizacija desila u petak u popodnevnim časovima, poslije isteka radnog vremena zaposlenih u pravnoj službi Bolnice, te da će obavještenje biti poslato prvog narednog radnog dana (u ponedjeljak). U konkretnom slučaju, to je više od 48h nakon početka prinudnog zadržavanja. Takođe, bolnička pravna služba ne radi ni za vrijeme državnih praznika, pa se i u tim slučajevima obavještenje sudu šalje tek prvog narednog radnog dana.

Međutim, **problem postoji u postupanju suda**, koji po ovim obavještenjima odlučuje sa znatnim zakašnjenjem. Na primjer, u slučaju pacijenta M. Z, prijem je obavljen 25. avgusta 2011, Osnovni sud u Kotoru je obavješten o prinudnom zadržavanju 26. avgusta 2011. Na dan posjete, 17. septembra 2011, dvadeset dana kasnije, još uvijek nije primljeno rješenje iz Osnovnog suda u Kotoru kojim bi se odlučilo o smještaju u psihijatrijsku ustanovu ili otpuštanju iz ove ustanove.

U slučaju pacijenta M. K, u čiji dosije smo imali uvid, hospitalizacija je izvršena 5. septembra 2011, sud je obavješten 6. septembra 2011, a do dana posjete (17. septembra 2011.) nije bilo odgovora suda. Prilikom ranije prisilne hospitalizacije istog pacijenta rješenje suda

⁶¹ „Sl. list RCG“, br. 27/2006.

dostavljeno je Bolnici 24. dana od dana hospitalizacije.⁶² Ovakvo postupanje suda je problematično iz više razloga:

1. pored činjenice da je sud donio rješenje posljednjeg dana zakonom propisanog roka od osam dana, rješenje je pacijentu uručeno tek nakon 13 dana od dana donošenja, čime je **obesmišljen zakonom propisani rok** odlučivanja u cilju hitnosti i odgovarajuće zaštite prava pacijenta.

2. U konkretnom slučaju, sud je donio rješenje kojim se pacijentu određuje boravak u psihijatrijskoj Bolnici. Međutim, da je sud procijenio suprotno, pacijent bi neosnovano bio lišen slobode duže od tri nedjelje (koliko je trebalo sudu da uruči rješenje), što predstavlja ozbiljno kršenje ljudskog prava na slobodu ličnosti.

3. Ako psihijatrijska ustanova ocijeni da mentalno oboljelo lice treba da ostane na liječenju i po isteku vremena određenog u rješenju suda, takav predlog mora podnijeti sudu sedam dana prije isteka vremena prisilnog smještaja koji je odredio sud (citirani čl. 51). U konkretnom primjeru ustanova je **onemogućena** da postupi po navedenom roku, jer sud ne može odrediti smještaj duži od 30 dana (čl. 49), a rješenje je dostavljeno 24. dana od dana prisline hospitalizacije. Konačno, prema Zakonu o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica⁶³ prisilno smješteno mentalno oboljelo lice otpustiće se iz psihijatrijske ustanove odmah po isteku vremena prisilnog smještaja određenog rješenjem suda o prisilnom smještaju (čl. 39).

4. Imajući u vidu rokove za izjavljivanje žalbe protiv rješenja o smještaju u psihijatrijsku ustanovu i otpuštanju iz ove ustanove i odlučivanje drugostepenog suda (čl. 53 Zakona o vanparničnom postupku) u konkretnom slučaju je **obesmišljeno pravo na žalbu** na rješenje o zadržavanju, u trenutku kada su prošla 24 dana od maksimalnih 30, imajući u vidu da drugostepeni sud po žalbi odlučuje takođe u roku od 8 dana. Čak i da drugostepeni sud odluči bez odlaganja i ukine rješenje, prvostepeni sud ima dodatnih 8 dana da odluči u ponovljenom postupku. Zakonom propisani rokovi za dvostepeno odlučivanje o smještaju u praksi su **obesmišljeni** uprkos standardu CPT-a prema kojem djelotvoran žalbeni postupak u psihijatrijskim ustanovama predstavlja osnovnu garanciju protiv zlostavljanja.⁶⁴

Postavlja se i pitanje koliko rješavanje suda na ovaj način zaista predstavlja garanciju protiv zloupotreba, s obzirom da sudija ne dolazi u Bolnicu da vidi pacijente, niti se pacijent dovodi u sud, već se rješenja izrađuju po automatizmu, isključivo na osnovu nalaza konzilijuma koji sačinjavaju tri ljekara vještaka psihijatrijske struke i socijalni radnik - sudski vještak iz Bolnice **ljekara koji pacijenta primi u Bolnicu?**⁶⁵ Prema preporukama CPT-a, osoba koja je

⁶²Pacijent je smješten u Bolnicu 24.05.2011, sud je obavješten 25.05.2011, rješenje je donijeto 3.06.2011, a dostavljeno tek 16.06.2011.

⁶³ „Službeni list RCG”, br. 32/2005.

⁶⁴ Standardi CPT-a, str. 46, stav 53.

⁶⁵ Izmjena u tekstu nastala nakon rasprave održane 30.11.2011. U vezi sa izmjenom naglašavamo da je CPT u svom Generalnom izvještaju naveo da postupci na osnovu kojih se odlučuje o prisilnom smještaju treba da nude garancije nezavisnosti i nepristrasnosti kao i objektivno medicinsko stručno mišljenje. („The procedure by which involuntary placement is decided should offer guarantees of independence and impartiality as well as of objective medical expertise.“, 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, stav 52. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>). U tom smislu, prilikom posjete Finskoj, CPT je dao preporuku “da postojeće zakonske odredbe treba izmijeniti kako bi se obezbijedilo mišljenje psihijatra (koji je nezavistan u odnosu na bolnicu u kojoj je pacijent smješten) koje se tiče određivanja i preispitivanja mjere prisilne hospitalizacije.”(CPT Izvještaj o posjeti Finskoj 2008., stav 138. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2009-05-inf-eng.htm>.

prinudno smještena u Bolnicu trebalo bi da ima pravo da se sretne sa sudijom lično tokom procedure prisilnog smještaja ili postupku po žalbi.⁶⁶ Takođe, Evropski sud za ljudska prava u predmetu *Winterwerp protiv Holandije*, 1979. godine utvrdio je da je "od suštinske važnosti da osoba koja se prinudno smješta u kliniku ima pravo na pristup sudu i priliku da je sud ili vidi lično, ili, kad je to potrebno, putem zastupnika, jer će u suprotnom doći do kršenja osnovnih proceduralnih garancija koje se primjenjuju po pitanju lišavanja slobode" (stav 60).

Svi prisilno hospitalizovani pacijenti koje smo intervjuisali potvrdili su da se **nijesu susreli sa sudijom** koji je odlučio o njihovoj prisilnoj hospitalizaciji. Zakon o vanparničnom postupku prepušta sudijama da odluče o susretu sa licem o čijem prisilnom smještaju u kliniku odlučuju, jer je propisano da je lice o čijim se pravima ili pravnim interesima odlučuje učesnik u postupku⁶⁷, a da sud odlučuje o zahtjevima učesnika na osnovu rasprave na ročištu, između ostalog, kad ocijeni da je održavanje ročišta potrebno radi razjašnjenja ili utvrđivanja odlučnih činjenica ili kada smatra da je zbog drugih razloga održavanje ročišta cijelishodno.⁶⁸ Međutim, u praksi, **sud po pravilu ne zakazuje ročište i ne zahtijeva da vidi pacijente o čijem lišavanju slobode odlučuje**. Iako ovom prilikom nismo utvrdili da je u prošlosti bilo zloupotreba prilikom odlučivanja suda o prisilnoj hospitalizaciji samo na osnovu nalaza ljekara psihijatra, vjerujemo da se taj rizik može isključiti samo ako se sud obaveže da o prisilnom lišavanju slobode u psihijatrijskoj klinici odlučuje uvijek na ročištu kojem prisustvuje i lice o čijoj prisilnoj hospitalizaciji se odlučuje, odnosno, da o tome konačno odluči, po žalbi prinudno smještenog lica, tek pošto zakaže ročište i sasluša lice o čijoj se slobodi odlučuje. Slično rješenje je već zakonom propisano za postupak oduzimanja i vraćanja poslovne sposobnosti, prema kojem sud odlučuje na osnovu rasprave, na koje se poziva i lice kome se oduzima, odnosno vraća poslovna sposobnost, osim ako ovo lice, po ocjeni suda, nije u stanju da shvati značaj i pravne posljedice svog učešća u postupku.⁶⁹

Pored toga, u izvještaju o posjeti 2008. godine, CPT je stekao utisak da u Crnoj Gori postoje zakonske garancije koje obavezuju sud da prilikom odlučivanja o prisilnom smještaju obezbijedi i drugo stručno mišljenje, odnosno konzilijum od tri ljekara ili mišljenje sudskog vještaka koji nije zaposlen u ustanovi u koju je osoba smještena.⁷⁰ Međutim, ovakvih garancija u zakonu zapravo izričito nema i nismo utvrdili da se one u praksi i primjenjuju, iako bi na osnovu mogućnosti da održi raspravu, sud mogao da ih primjeni. Ako bi lice zatvoreno u ustanovu imalo odgovarajuće stručnog pravnog zastupnika, taj bi možda mogao da ubijedi sud da po žalbi zakaže raspravu i sprovede dodatna vještačenja. Međutim, to se po redovnom toku stvari ne dešava, kao što ni osobe prinudno smještene često nemaju advokata niti mogu da ga priušte. U ovom smislu, CPT je preporučio da pacijenti koji su podvrgnuti obaveznom liječenju imaju pomoć advokata tokom postupka, a da onima koji nisu u prilici da sami plate troškove advokata bude pružena pravna pomoć.⁷¹

) Zaključujemo da praksa davanja konzilijarnog mišljenja (ukoliko ona podrazumjeva da su svi članovi konzilijuma iz Bolnice), ne obezbjeđuje potrebnu nezavisnost i nepristrasnost i nije u skladu sa međunarodnim standardima.

⁶⁶ Izvještaj CPT o posjeti Crnoj Gori 2008, stav 100 i 101 (CPT je tada objavješten, pogrešno, da crnogorski zakoni predviđaju odlučivanje o prisilnoj hospitalizaciji tek pošto sud vidi osobu o čijem se lišavanju slobode odlučuje). Vidi i Izvještaj o posjeti Litvaniji, CPT, 2004, st 133: <http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2006-09-inf-eng.htm>.

⁶⁷ Član 4 Zakona o vanparničnom postupku

⁶⁸ Član 10 Zakona o vanparničnom postupku.

⁶⁹ Član 34 Zakona o vanparničnom postupku.

⁷⁰ Izvještaj o posjeti Crnoj Gori 2008, CPT, stav 100.

⁷¹ Isto, stav 104.

Naglašavamo potrebu da i prilikom odlučivanja o prisilnom smještaju na liječenje sud prethodno odluči o tome da li je lice o čijoj se hospitalizaciji odlučuje u mogućnosti da shvati značaj i pravne posljedice svog učešća u postupku, kao što je to slučaj u postupku za oduzimanje i vraćanje poslovne sposobnosti.

Takođe, nijesmo obaviješteni da se omogućuje pacijentima da ulože žalbe jasno definisanom tijelu i da komuniciraju u povjerenju sa odgovarajućim vlastima izvan ustanove, u skladu sa međunarodnim standardom.⁷² Pacijenti sa kojima smo razgovarali nijesu bili informisani o sudskom postupku koji je u odnosu na njih vođen u pogledu prisilne hospitalizacije, niti su bili informisani o njihovom pravu na žalbu. U Bolnici takođe nema sandučića putem kojih bi se mogla uputiti pritužba Zaštitniku ljudskih prava i sloboda, odnosno, pacijenti se ne obavještavaju o mogućnosti da se Zaštitniku obrate na bilo koji način.

Na pitanje da li se pacijentima koji su prisilno hospitalizovani saopštavaju njihova prava (koja podrazumijevaju objašnjenje o sudskom postupku koji slijedi i mogućnost žalbe), od direktora smo dobili negativan odgovor uz obrazloženje da bi to samo doprinijelo pogoršanju situacije i većoj razdraženosti akutno uznemirenog pacijenta. Ovakvo postupanje je suprotno međunarodnom standardu prema kojem po prijemu, svakom pacijentu, kao i njegovoj porodici, treba dati brošuru u kojoj se objašnjavaju načini postupanja u datoj ustanovi, kao i pacijentova prava i svakom pacijentu koji nije u stanju da razumije ovu brošuru treba na prikladan način pomoći,⁷³ dok se mora obezbijediti i njegovo učešće u postupku, mora mu se uručiti rješenje o smještaju u ustanovu i omogućiti pravo na podnošenje žalbe zbog lišavanja slobode, bez obzira na njihovo mentalno stanje.⁷⁴

Međutim, Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, predviđa da mentalno oboljelo lice smješteno u psihijatrijsku ustanovu ima pravo da bude upoznato u vrijeme prijema, a kasnije na svoj izričit zahtjev, sa svojim pravima, kao i da bude poučeno kako da ostvari svoja prava, na način i na jeziku koji razumije (čl. 18, st. 1, t. 1). Prava iz ovoga stava mogu, u ime mentalno oboljelog lica, ostvariti članovi njegove porodice i zastupnik (čl. 18, st. 3), ali nije jasno propisano da članovi porodice i zastupnik ova prava mogu koristiti samo dok se mentalno oboljelo lice nalazi u takvom stanju da ne može biti upoznato sa svojim pravima, kako bi kasnije i samo bilo upoznato sa pravima. Na ovaj bi se spriječile dugotrajne zloupotrebe za slučaj da članovi porodice ne postupaju u najboljem interesu lica smještenog u Bolnicu. Dodatno, istim zakonom je propisana dužnost psihijatra da odluku o prisilnom zadržavanju saopšti prisilno zadržanom licu na prigodan način i da ga upozna sa razlozima i svrhom njegovog prisilnog zadržavanja, kao i sa njegovim pravima i dužnostima u skladu sa zakonom (čl. 35). Za prekršaj nepostupanja po ovoj odredbi propisana je novčana kazna u iznosu od 250 eura do 2000 eura (čl. 57, st. 1, t. 5).

2.8.3 Primjena mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi

2.8.3.1 Izricanje mjere od strane suda u krivičnom postupku

⁷² Standardi CPT-a, str. 46, stav 53.

⁷³ Standardi CPT-a, str. 46, stav 53.

⁷⁴ Winterwerp v. the Netherlands, 1979, st. 60-61.

U Bolnici u Dobroti, u posebnom sudskom (forenzičkom) odjeljenju, primjenjuje se mjera bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, koja je propisana članom 67 Krivičnog zakonika Crne Gore (KZ), o čijem izricanju i obustavi odlučuje sud u krivičnom postupku, u skladu sa Zakonom o krivičnom postupku (ZKP).

Ako sud na osnovu sprovedenih dokaza utvrdi da je okrivljeni učinio određeno krivično djelo i da je u vrijeme izvršenja krivičnog djela bio neuračunljiv ili bitno smanjeno uračunljiv, odlučiće, na osnovu saslušanja pozvanih lica i nalaza i mišljenja vještaka, da li će okrivljenom izreći mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, ako, s obzirom na učinjeno krivično djelo i stanje duševne poremećenosti, utvrdi da postoji ozbiljna opasnost da učinilac učini teže krivično djelo i da je radi otklanjanja ove opasnosti potrebno njegovo liječenje u takvoj ustanovi. Takođe, ako se u krivičnom postupku pojavi sumnja da je isključena ili smanjena uračunljivost okrivljenog, odlučiće se psihijatrijski pregled, a ako je, prema mišljenju vještaka, potrebno duže posmatranje, okrivljeni će se poslati na posmatranje u psihijatrijsku ustanovu (čl. 153 ZKP).⁷⁵

Propisan je i krug lica koji mogu izjaviti žalbu protiv rješenja suda, u roku od osam dana od dana prijema rješenja (čl. 382). Pravosnažna odluka kojom je izrečena mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, odnosno obaveznog psihijatrijskog liječenja na slobodi dostavlja se sudu koji je nadležan da odluči o lišenju poslovne sposobnosti (čl. 474). Sud koji je izrekao mjeru bezbjednosti ispitivaće, po službenoj dužnosti, svakih devet mjeseci, da li je prestala potreba za liječenjem i čuvanjem u psihijatrijskoj ustanovi. I psihijatrijska ustanova, organ starateljstva i lice kome je izrečena mjera bezbjednosti mogu tom sudu podnijeti predlog za obustavu mjere. Ako predlog za obustavu mjere bude odbijen, može se ponovo podnijeti po proteku šest mjeseci od dana donošenja te odluke.

Obavješeni smo da sud ispituje opravdanost mjere, odnosno da Bolnica podnosi predlog za obustavu mjere, u slučajevima kada je to opravdano, i da predloge Bolnice sudovi po pravilu uvažavaju.

Zdravstvena ustanova u koju je upućeno lice radi liječenja i čuvanja obavezna je da najmanje jedanput godišnje obavještava sud o stanju zdravlja tog lica (član 80). Kontrolu zakonitosti izvršavanja mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi vrši Ministarstvo pravde (čl. 82).

Prema informacijama dobijenim od direktora Bolnice, Ministarstvo pravde ne vrši ovu kontrolu u skladu sa zakonom.

2.8.3.2 Izricanje mjere od strane organa za prekršaje u prekršajnom postupku

Prema Zakonu o prekršajima, koji se primjenjuje od 1. septembra 2011. godine,⁷⁶ prekršajne sankcije su kazne, mjere upozorenja, vaspitne mjere i zaštitne mjere⁷⁷ (čl. 5). U odnosu na

⁷⁵ Međutim, u praksi se dešavaju ozbiljni propusti. Ferid Sijarić, koji je 7. oktobra 2010. nožem napao i povrijedio jedanaestogodišnju djevojčicu u Podgorici, uprkos medijskoj pažnji i javnim izjavama da se po svemu sudeći radi o mentalno oboljelom licu, nakon hapšenja odveden je pravo u istražni zatvor ZIKS Spuž, gdje je bez specijalističkog lješkarskog pregleda 18 dana držan vezan. Sijarića smo posjetili u Bolnici u okviru sudskog odjeljenja. Po tvrdnjama osoblja, Sijarićevo mentalno stanje je znatno napredovalo od trenutka od kada je smješten na odjeljenje i nama je djelovao dobro. U Bolnici nije vezivan.

⁷⁶ "Službeni list Crne Gore", br. 1/2011, 6/2011 i 39/2011.

⁷⁷ "Službeni list RCG", br. 25/94, i 48/99.

uslove, rokove i način izricanja zaštitnih mjera u koje se ubraja i obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi shodno se primjenjuju odredbe Krivičnog zakonika koje se odnose na određivanje mjera bezbjednosti (čl. 49). Dakle, i Organ za prekršaje ima mogućnost izricanja navdene mjere u trajanju do dvije godine⁷⁸.

Izricanje ove mjere u prekršajnom postupku problematično je iz sljedeća dva razloga:

- a) *organi koji odlučuju o lišavanju slobode nijesu nezavisni od izvršne vlasti, i*
- b) *postupak ne obezbjeđuje pravilnu procjenu stanja pacijenta.*

U Crnoj Gori u prekršajnom postupku još uvijek postupaju organi za prekršaje, odnosno Vijeće za prekršaje, pri čemu predsjednika i sudije Vijeća i područnih organa za prekršaje imenuje Vlada, na osnovu mišljenja ministra pravde, pa se ne može govoriti o nezavisnom i nepristrasnom tribunalu od izvršne vlasti, kakvo za odlučivanje o "krivičnoj optužbi", "građanskim pravima", odnosno o lišavanju slobode, zahtijeva Evropska konvencija o ljudskim pravima (čl. 6, st.1).⁷⁹ Protiv odluke ovog izvršnog organa za prekršaje ne postoji mogućnost žalbe sudu, a takvo pravo (na *habeas corpus* – žalbu sudu u svakom slučaju lišenja slobode) ne poznaje ni Ustav Crne Gore, što je jedan od njegovih ozbiljnijih nedostataka.⁸⁰ Zbrinjavajuće je što tako imenovan organ ima mogućnost izricanja zaštitne mjere obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi u trajanju do dvije godine, uprkos međunarodnom standardu prema kojem postupak na osnovu kojeg se donosi odluka o prisilnom smještaju mora nuditi garanciju nezavisnosti i nepristrasnosti.⁸¹

Prema informacijama koje smo dobili od direktora Bolnice, deset pacijenata je smješteno u Bolnicu na osnovu Zakona o prekršajima, koji predviđa zaštitnu mjeru obaveznog psihijatrijskog čuvanja i liječenja u zdravstvenoj ustanovi u trajanju do dvije godine. Mjera se izriče nakon sprovedenog psihijatrijskog vještačenja lica od strane sudskog vještaka, a kako smo obaviješteni od više ljekara s kojima smo razgovarali, vještačenje se u praksi često svodi na jedan razgovor psihijatra-vještaka sa licem čije mentalno stanje vještači. Ljekari ističu problem ovako sprovedenog vještačenja koje dovodi do povećanog broja lica koja se smještaju u ustanovu, jer se dodatno opterećuju bolnički kapaciteti, a psihijatri u Bolnici su na užtrb redovnih poslova u obavezi da pišu mišljenja organu za prekršaje, koje podrazumijeva nalaz konzilijuma ljekara, i u kojem ističu da je prestala potreba za čuvanjem učinioca prekršaja u psihijatrijskoj ustanovi. Svi intervjuisani psihijatri iz ustanove smatraju cjelishodnijim da učinilac *prije izricanja mjere bude poslat na posmatranje u psihijatrijsku ustanovu*. Vještačenje sprovedeno na taj način u praksi bi značajno dovelo do smanjenja izricanja ove mjere od strane organa za prekršaje.

2.8.4 Pristanak na tretman

⁷⁸ Član 42 Zakona o prekršajima.

⁷⁹ Zbog toga su Srbija i Crna Gora izjavile rezervu na čl. 6, st. 1 Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda Savjeta Evrope ("Evropska konvencija o ljudskim pravima"), u odnosu na nadležnost prekršajnih organa, s tim što je obećano da će u kratkom roku biti izvršena reforma. U Srbiji je reforma sprovedena, ali u Crnoj Gori se ona još uvijek očekuje. Za zahtjev da sud koji odlučuje o lišavanju slobode bude nezavisan i nepristrasan u odnosu na izvršnu vlast i strane u postupku, vidi i *Winterwerp v. the Netherlands*, 1979, st. 56.

⁸⁰ Vidi detaljnije "Međunarodni standardi i ustavne garancije u Crnoj Gori", Akcija za ljudska prava, Podgorica, 2008, dostupno na: [http://www.hraction.org/wp-content/uploads/knjiga-cg.pdf](http://www.hrraction.org/wp-content/uploads/knjiga-cg.pdf).

⁸¹ Standardi CPT-a, str. 45, stav 52.

Pristanak na smještaj u Bolnicu ne povlači za sobom po automatizmu i pristanak na tretman.⁸²

Prema Zakonu o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, mentalno oboljelo lice koje može razumjeti prirodu, posljedice i opasnost predloženog medicinskog postupka i koje na osnovu toga može da donese odluku i izrazi svoju volju može se pregledati ili podvrgnuti medicinskom postupku samo uz njegov pisani pristanak. Sposobnost lica da da pristanak utvrđuje doktor medicine obučen za mentalno zdravlje ili psihijatar u vrijeme donošenja odluke i u tu svrhu izdaje pisanu potvrdu, koja je sastavni dio medicinske dokumentacije.⁸³ Međutim, u pregledanim dosijeima u Bolnici nismo pronašli ovakve potvrde.

Prema istom Zakonu, mentalno oboljelo lice koje nije sposobno da da svoj pristanak, može se podvrgnuti samo onom medicinskom postupku koji je u njegovom najboljem interesu, a pregled ili drugi medicinski postupak se može obaviti samo uz pristanak zakonskog zastupnika mentalno oboljelog lica, a ako ga nema, uz saglasnost etičkog komiteta psihijatrijske ustanove (čl.15). Pristanak se može povući u bilo kom trenutku u pisanoj formi (čl. 16). Izuzetno, pristanak nije obavezan, ako bi zbog njegovog pribavljanja bio neposredno ugrožen život mentalno oboljelog lica ili bi prijetila stvarna i neposredna opasnost od težeg narušavanja njegovog zdravlja, ali se medicinski postupak može primjenjivati bez pristanka samo dok traju nevedene okolnosti (čl. 17). Međutim, Zakon o vanparničnom postupku u ovom smislu nudi manje garancije, propisujući da je lice smješteno u psihijatrijsku ustanovu "dužno da se podvrgne potrebnim mjerama liječenja, ali je za svaku mjeru koja bi mogla izazvati opasnost po njegov život i zdravlje ili koja bi mogla izmijeniti njegovu ličnost, potreban njegov pristanak ili pristanak njegovog zastupnika" (čl. 50, st. 1), pa bi ovu odredbu trebalo ukloniti iz Zakona.

Zdravstveni radnik za mentalno zdravlje, odnosno psihijatar koji rukovodi procesom rada ili drugo ovlašćeno lice centra za mentalno zdravlje, odnosno psihijatrijske ustanove odlučuje o nužnosti i hitnosti određenog medicinskog postupka i o tome, bez odlaganja, obavještava zakonskog zastupnika mentalno oboljelog lica, ako ga ima (čl. 17, st. 3). Svakako bi trebalo propisati da se o sprovođenju medicinskog postupka bez pristanka obavijeste i članovi porodice lica u odnosu na koje se postupak sprovodi. To bi bilo u skladu sa čl. 12, st. 2 i 29 Zakona o pravima pacijenata.

U slučaju kada pacijent ne daje pristanak na tretman, prema preporuci CPT-a, pacijentu treba dozvoliti da napusti bolničko liječenje ako ne postoji osnov za hitni smještaj u ustanovu,⁸⁴ ili primijeniti zakonsku proceduru predviđenu za slučaj prisilne hospitalizacije.⁸⁵ Trenutno, prema našim informacijama, ovakvi slučajevi u praksi su dosta rijetki jer smo od ljekara sa kojima smo razgovarali obavješteni da pacijenti koji se dobrovoljno nalaze u Bolnici uredno uzimaju terapiju, održavaju kontakt sa porodicom i dobro saraduju sa ljekarima, te se pridržavaju ljekarskih procjena o odgovarajućem trenutku otpusta sa bolničkog liječenja.

Što se tiče garancija vezanih za otpust iz Bolnice, mentalni status pacijenta bi trebalo da bude isključivi razlog za donošenje odluke o otpustu. I prema standardu CPT-a situacija u kojoj

⁸² Izvještaj o posjeti Litvaniji, CPT, 2008, stav 129. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/ltu/2009-22-inf-eng.pdf>.

⁸³ Član 14 Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica

⁸⁴ Izvještaj o posjeti Bugarskoj, CPT, 2006. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/bgr/2008-11-inf-eng.htm>.

⁸⁵ Izvještaj o posjeti Letoniji CPT, 2007. Izvještaj dostupan na: <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2009-35-inf-eng.htm>.

osobe ostaju u Bolnici samo zbog nedostatka njihovog odgovarajućeg smještaja van ustanove je krajnje problematična i zahtijeva urgentno rješavanje (vidi dio 2.1, str. 7).⁸⁶

2.8.5 Preporuke

- a) Za direktora Bolnice: obezbijediti poštovanje Zakona o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica, koji propisuje pisani pristanak na pregled ili podvrgavanje medicinskom postupku, u slučajevima kada mentalno oboljelo lice može da donese odluku i izrazi svoju volju.
- b) Za direktora Bolnice: obezbijediti da ljekar izdaje potvrde o sposobnosti osobe da da pristanak na liječenje, u skladu sa zakonom.
- c) Za direktora Bolnice: obezbijediti da u svim slučajevima prisilne hospitalizacije obavještenje o prisilnoj hospitalizaciji bude poslato sudu u zakonom predviđenom roku od 48h.
- d) Za predsjednika suda u Kotoru: obezbijediti djelotvorno sprovođenje rokova u slučaju prisilne hospitalizacije koje predviđa Zakon o vanparničnom postupku.
- e) Za direktora Bolnice: obezbijediti da pacijent lično dobije u pisanoj formi odluku o rješenju o prisilnom smještaju u psihijatrijsku ustanovu i da u pismenoj formi bude obavješten o razlozima za takvu odluku, kao i mogućnostima i roku za podnošenje žalbe.
- f) Za ministarstvo pravde: dopuniti Zakon o vanparničnom postupku tako što će se propisati obaveza suda da u postupku odlučivanja o prisilnoj hospitalizaciji (1) sasluša lice o čijoj se hospitalizaciji odlučuje, u prvostepenom postupku ili postupku po žalbi; (2) zahtijeva drugo mišljenje o potrebi za prinudnom hospitalizacijom vještaka psihijatra koji nije zaposlen u ustanovi; (3) odluči o tome da li je lice o čijoj se hospitalizaciji odlučuje u mogućnosti da shvati značaj i pravne posljedice svog učešća u postupku; (4) da pacijenti koji su podvrgnuti obaveznom liječenju imaju pomoć advokata tokom postupka, a da onima koji nisu u prilici da sami plate troškove advokata bude pružena pravna pomoć.
- h) Za direktora Bolnice: obezbijediti da lice koje je prisilno smješteno na liječenje bude lično upoznato sa svojim pravima, kao i njegova porodica. Izraditi odgovarajuću brošuru.
- i) Za ministarstvo pravde: obezbijediti redovno vršenje kontrole zakonitosti izvršavanja mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi.
- j) Za Vladu i Skupštinu: pod hitno usvojiti zakon koji će obezbijediti da u prekršajnom postupku postupaju sudovi, odnosno, da sudije za prekršaje budu izabrane na isti način kao sudije redovnih sudova.
- k) Za organe za prekršaje: uzdržati se od izricanja mjere obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi bez prethodnog upućivanja na posmatranje u psihijatrijsku ustanovu.

⁸⁶ Standardi CPT-a, str. 47, stav 57.

l) Za ministarstvo pravde: propisati Zakonom o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica (čl. 17, st. 3) obavezu da se o sprovođenju medicinskog postupka bez pristanka mentalno oboljelog lica obavijeste članovi njegove porodice.

m) Za ministarstvo pravde: iz Zakona o vanparničnom postupku ukloniti odredbu čl. 50, st. 1.

2.9 *Sudsko odjeljenje (jedinica sudske psihijatrije, JSP)*

U okviru Bolnice, odlukom Vlade Crne Gore 2005. godine formirano je sudsko odjeljenje, kao, prema riječima direktora, privremeno rješenje za smještaj pacijenata sa izrečenom obaveznom mjerom psihijatrijskog liječenja u ustanovi zatvorenog tipa, kao i pacijenata sa izrečenom mjerom obaveznog psihijatrijskog liječenja i zatvorskom kaznom.

Protokol o radu ovog odjeljenja i dalje ne postoji. U praksi, to znači da nije propisano ko je zadužen da se stara o bezbjednosti mentalno oboljelih lica, koju vrstu opreme će radnici na obezbjeđenju posjedovati i kako će je upotrebljavati, kao ni ko će finansirati obezbjeđenje, pa je odlučivanje o svemu tome, kao i pronalazak sredstava za finansiranje obezbjeđenja, prepušteno samoj Bolnici. Privatno preduzeće "Security" angažovano je da pruža usluge obezbjeđenja i plaća se iz budžeta Bolnice, apsurdno, novcem strane države, koji Republika Srpska Bosne i Hercegovine uplati za liječenje svojih osiguranika. Ministarstvo zdravlja, kao ni ministarstvo pravde nisu predvidjeli posebna sredstva za ovu namjenu. Na ovaj način se Bolnica finansijski iscrpljuje, pa je hitno potrebno obezbjediti dodatna sredstva za troškove ovog odjeljenja i odlučiti koje ministarstvo je za njih nadležno.

Ovakvo stanje ukazuje na to da nije došlo do zaključenja sporazuma prema kome je Zavod za izvršenje krivičnih sankcija trebalo da obezbijedi specijalnu jedinicu koja bi obezbjeđivala JSP, niti je ministarstvo zdravlja izradilo propise koji se, između ostalog, tiču vrste opreme koju treba izdati osoblju za obezbjeđenje, kako je Vlada obavijestila CPT u pismu iz februara 2009. godine.⁸⁷

Na dan posjete, na sudskom odjeljenju bio je smješten 21 pacijent i odjeljenje je bilo potpuno popunjeno. Četiri lica je čekalo prijem na ovo odjeljenje i to jedan pacijent sa zatvorskom kaznom i izrečenom mjerom i tri pacijenta sa izrečenom mjerom. Od direktora smo obaviješteni da je pacijent sa zatvorskom kaznom, na izdržavanju kazne u zatvoru i vjerovatno na ambulantnom tretmanu, jedan pacijent je na ambulantnom tretmanu, dok za preostala dva pacijenta nije bilo informacija.

Obaviješteni smo da je od 1993. godine ukupno šest pacijenata sa izrečenom mjerom u bjekstvu. Na akutnom ženskom odjeljenju nalazile su se tri pacijentkinje sa izrečenom mjerom, a tri su bile na posmatranju (vještačenju).

U dnevnoj smjeni rade dva tehničara, dok je u noćnoj smjeni samo jedan medicinski tehničar, što je nedopustivo malo (poređenja radi, u zatvorskoj bolnici iz Osla, sa kojom Dobrota usko saraduje, 5 medicinskih tehničara je angažovano za jednog pacijenta). U vrijeme naše posjete, u subotu, u dnevnoj smjeni bio je prisutan samo jedan tehničar.

⁸⁷ Izvještaj o posjeti Crnoj Gori 2008. godine, CPT, stav 90.

Prilikom posjete zatekli smo dva radnika obezbjeđenja unutar odjeljenja, što je praksa koju je CPT kritikovao 2008. godine, preporučivši da oni ostanu van zgrade i obezbjeđuju je spolja.⁸⁸

Prema navodima direktora, ljekari Bolnice stalno podsjećaju radnike obezbjeđenja o neophodnosti korektnog ophođenja prema pacijentima.

Kako smo obaviješteni od direktora i Bolnice i ZIKS-a, do 2020. godine trebalo bi da bude izgrađen novi kompleks Specijalne bolnice u okviru ZIKS, koji bi fizički bio odvojen od zgrade Istražnog zatvora i KPD-oma i u koji bi se smještali u zasebnim paviljonima pacijenti sa mjerom obaveznog liječenja u psihijatrijskoj ustanovi, odnosno oni sa mjerom i kaznom. Za pacijente sa mjerom bi trebalo omogućiti dovoljan broj medicinskog osoblja, jer se radi o pacijentima, a ne osuđenicima, bez obzira na vrstu krivičnog djela koje su izvršili. Psihijatrijskim pacijentima nije mjesto u zatvoru. S druge strane, njihov smještaj u Bolnici u Dobroti, u skućenom Sudskom odjeljenju, je takođe neadekvatan. Prisustvo neobučenih lica, tj. privatnog obezbjeđenja zaposlenog po ugovoru, ne doprinosi kvalitetnoj terapijskoj klimi u Bolnici. U slučaju izmještanja ovih pacijenata na drugu lokaciju, osoblje bi bilo donekle rasterećeno i imalo mogućnosti proširenja dijapazona ponuđenih terapijskih procedura.

U jednoj sobi u okviru odjeljenja se nalazi kavez za izolaciju pacijenta, koji je nastao tako što je prostorija pregrađena metalnim rešetkama. Trenutno, u toj prostoriji se nalaze dva kreveta, i treći koji je rešetkama odvojen od ostatka sobe. Prilikom druge posjete koju smo izvršili, rešetkasta vrata kojim je krevet bio ograđen od ostatka sobe su bila uklonjena.

Kavez je nastao nakon pokušaja jednog pacijenta da uguši drugog. Upravo pacijent koji je bio smješten u tom kavezu je izvršio samoubistvo vješanjem, iako su sve ćelije pod video nadzorom (o čemu je bilo više riječi u poglavlju 2.2). U odnosu na pacijenta koji je bio smješten u ograđenom prostoru, CPT je preporučio: „da se učine svi naponi kako bi se smanjila ograničenja kojima je bio izložen pacijent koji je u pitanju. Nadalje, trebalo bi voditi evidenciju o vremenu koje on provodi zaključan, s ciljem osiguranja odgovarajućeg nadzora.“⁸⁹ U odnosu na citiranu preporuku, u Odgovorima Vlade je navedeno da: „U međuvremenu je pacijent koji se nalazio u dijelu sobe ograđene rešetkama (iz razloga što je u dva navrata tokom noći pokušao homicid – pokušajem davljenja drugih pacijenata) dislociran iz ovog prostora, na način što su druga dva pacijenta premještena iz sobe, a ovaj pacijent sada nalazi sam u sobi, u prostoru van rešetaka.“⁹⁰ Međutim, kako smo informisani, pacijent se nalazio upravo u ograđenom prostoru kada je izvršio samoubistvo vješanjem koristeći se rešetkama kojima je bio ograđen.

Iako je CPT preporučio da se „preduzmu koraci kako bi se osiguralo da pacijenti u JSP imaju slobodan pristup nužniku čitavo vrijeme, čak i u noćnom periodu“⁹¹, prilikom posjete je više pacijenata, kao i radnika na obezbjeđenju potvrdilo uobičajenu praksu da pacijenti u toku noći mokre u posude za mokrenje. Posude za mokrenje su i uočene u sobama. Nalaz do kojeg smo došli prilikom posjete nije u saglasnosti sa Odgovorima Vlade Crne Gore na Izvještaj Evropskog Komiteta za prevenciju torture i nehumanog i ponižavajućeg tretmana i

⁸⁸ „Čini se da je njihovo prisustvo unutar JSP u velikoj mjeri zamjena za zdravstveno osoblje ... prisustvo uniformisanih čuvara unutar jedinice teško se može smatrati da doprinosi pojavi terapijskog okruženja; ukoliko su čuvari potrebni, daleko je poželjnije da uloga takvog osoblja bude ograničena na obezbjeđenje kruga.“
Izvještaj CPT o posjeti Crnoj Gori 2008. godine, stav 88.

⁸⁹ Izvještaj CPT-a, str. 44, stav 89.

⁹⁰ Odgovori Vlade na izvještaj CPT, stav 89.

⁹¹ Izvještaj CPT-a, str. 43.

kažnjavanja (CPT) o njegovoj posjeti Crnoj Gori od 15. do 22. septembra 2008. godine⁹² (Odgovori Vlade) u kojima se navodi da: „Primjedba u vezi sa mogućnošću korišćenja toaleta od strane pacijenata na forenzičkom odjeljenju tokom noći, kada su vrata (rešetke) bolesničkih soba zaključana, je u međuvremenu uzeta u obzir i stanje je unaprijeđeno na način da pacijenti koriste toalet tokom noći, kada radnik obezbjeđenja po pozivu otvara vrata. Takođe, treba napomenuti da ova primjedba, koja se zasnivala na iskazu pojedinih pacijenata koji su navodno tokom noći mokrili u flašama, ne odslikava praksu na odjeljenju, iako se ne isključuje mogućnost da su se desili takvi pojedinačni slučajevi.“⁹³

Radnici obezbjeđenja koje smo zatekli nijesu prošli nikakvu obuku koja se odnosila na rad sa psihijatrijskim pacijentima, niti su podvrgnuti bilo kakvoj dodatnoj kontroli vezano za angažman u Bolnici, pa se takođe čini da nije ispoštovana preporuka prema kojoj je vlastima preporučeno da preispitaju odabir, obuku i nadzor osoblja za obezbjeđenje angažovanog na Sudskom odjeljenju.⁹⁴

2.9.1 Preporuke

a) Za ministarstvo pravde: obezbijediti da sudsko odjeljenje bude izmješteno iz kruga Bolnice, a da se u međuvremenu obezbijede odgovarajuća sredstva za njegov rad, prvenstveno za neophodne troškove obezbjeđenja.

b) Za ministarstvo pravde i ministarstvo zdravlja: izraditi protokol o radu odjeljenja (do otvaranja mogućnosti da ono bude izmješteno), posebno u vezi sa angažovanjem službe za obezbjeđenje.

c) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: obezbijediti da na odjeljenju sve vrijeme bude prisutno više srednjeg medicinskog osoblja, a da se obezbjeđenje nalazi van zgrade.

d) Za direktora Bolnice: obezbijediti da svi pacijenti smješteni na sudskom odjeljenju imaju pristup toaletu 24 h dnevno.

2.10 Odjeljenje za bolesti zavisnosti

Kapacitet odjeljenja je 19 kreveta, od kojih 10 kreveta za zavisnike od alkohola na prizemlju i 9 kreveta na spratu za zavisnike od psihoaktivnih supstanci (droga). Kapaciteti su popunjeni, a na prijem na odjeljenje čekaju 23 pacijenta sa obaveznom mjerom liječenja (za liječenje od narkomanije) i 4 pacijenta sa obaveznom mjerom liječenja (za liječenje od alkoholizma)⁹⁵. Još jednom ponavljamo da je na oba odjeljenja moguće smjestiti samo muškarce, dok se žene sa izrečenom mjerom smještaju na žensko akutno odjeljenje. Pacijenti zavisnici od droga se

⁹² Odgovori Vlade Crne Gore na Izvještaj Evropskog Komiteta za prevenciju torture i nehumanog i ponižavajućeg tretmana i kažnjavanja (CPT) o njegovoj posjeti Crnoj Gori od 15. do 22. septembra 2008. godine dostupni na: <http://www.cpt.coe.int/documents/mne/2010-04-inf-mne.pdf>.

⁹³ Odgovori Vlade, stav 88.

⁹⁴ Izvještaj CPT-a, str. 44.

⁹⁵ Informacija sa sajta Bolnice: <http://www.psihijatrijakotor.me/page3.html>.

po odluci suda smještaju u ovu ustanovu na mjeru liječenja „dok traje potreba, ali ne duže od tri godine“.⁹⁶ Sud izriče ovu mjeru nakon psihijatrijskog vještačenja.⁹⁷

Odjeljenje je izuzetno skućeno, a higijenski uslovi i urednost bi morali biti na znatno višem nivou. Opšti je utisak da se radi o privremenom smještaju za osobe u stanju socijalne nuđe, a ne o zdravstvenoj ustanovi koja zasluđuje ime koje nosi. Ovaj dio Bolnice je neophodno renovirati.

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

Slijedi tabelarni prikaz broja pacijenata **bez izrećene sudske mjere** koji su lijećeni na Odjeljenju za lijećenje bolesti zavisnosti u periodu od 1.1.2007. do 14. 11. 2011. godine:

<i>Godina</i>	<i>Broj pacijenata lijećenih od narkomanije</i>	<i>Broj pacijenata lijećenih od alkoholizma</i>
2007	82	160
2008	110	170
2009	92	108
2010	37	79
2011	43	42

Slijedi tabelarni prikaz broja pacijenata **sa izrećenom sudskom mjerom** koji su lijećeni na Odjeljenju za lijećenje bolesti zavisnosti u periodu od 1.1.2007. do 14. 11. 2011. godine:

<i>Godina</i>	<i>Broj pacijenata lijećenih od narkomanije</i>	<i>Broj pacijenata lijećenih od alkoholizma</i>
2007	12	0
2008	9	3
2009	12	3

⁹⁶ Krivićni zakonik ("Sl. list RCG", br. 70/2003, 13/2004, 47/2006 i "Sl. list CG", br. 40/2008, 25/2010 i 32/2011), ćlanom 71 (st. 1 i 2) propisuje: "Ućiniocu koji je ućinio krivićno djelo usljed zavisnosti od upotrebe opojnih droga i kod kojeg postoji ozbiljna opasnost da će usljed ove zavisnosti i dalje da vrši krivićna djela, sud će izreći obavezno lijećenje; Mjera iz stava 1 ovog ćlana izvršava se u ustanovi za izvršenje kazne ili u odgovarajućoj zdravstvenoj ili drugoj specijalizovanoj ustanovi i traje dok postoji potreba za lijećenjem, ali ne duđe od tri godine."

⁹⁷ Zakonom o krivićnom postupku je propisano da o izricanju mjere bezbjednosti obavezno lijećenje alkoholićara i obavezno lijećenje narkomana sud odlućuje nakon što pribavi nalaz i mišljenje vještaka. Vještak treba da se izjasni i o mogućnostima lijećenja okrivljenog (ćlan 476, stav 1).

2010	18	11
2011	11	4

Od strane direktora Bolnice smo obavješteni da prilikom planiranja smještajnih kapaciteta, Bolnica nastoji da obezbijedi dovoljan broj kreveta i za liječenje zavisnika kojima nije izrečena mjera, tj. koji nisu izvršili krivično djelo ili prekršaj, što pokazuje i dostavljena statistika. Kako su smještajni kapaciteti mali, i prekobrojni pacijenti sa izrečenom sudskom mjerom stavljeni su na listu čekanja (ukupno njih 27!⁹⁸).

Odjeljenje nije obezbijeđeno usljed nedostatka materijalnih sredstava, tako da je nadzor nad pacijentima u potpunosti prebačen na medicinski kadar.

2.10.1 Preporuke

- a) Za Ministarstvo zdravlja: omogućiti hitan smještaj žena zavisnica od alkohola i psihoaktivnih supstanci izvan ženskog akutnog odjeljenja.
- b) Za Ministarstvo zdravlja: obezbijediti sredstva za renoviranje odjeljenja, povećanje smještajnog kapaciteta odjeljenja ili oformiti odjeljenja tog tipa u nekim drugim institucijama.
- c) Za Ministarstvo pravde: preduzeti mjere, posebno u vidu edukacije sudija, kako bi se dužina boravka pacijenata sa izrečenom sudskom mjerom obaveznog liječenja skratila u skladu sa oporavkom pacijenta, što bi omogućilo liječenje većeg broja ljudi u trenutnim kapacitetima.

2.10.2 Savjet za zaštitu prava pacijenata

Pacijenti smješteni u ustanovi imaju pravo da podnose prigovore Savjetu za zaštitu prava mentalno oboljelih lica na način liječenja, dijagnostifikovanja, otpuštanja iz ustanove i povrede njegovih prava, sloboda i dostojanstva. U praksi se to pravo sprovodi tako što pacijenti imaju mogućnost da žalbe podnose u pisanom obliku preko odgovarajućih kutija za žalbe koje su smještene na svakom odjeljenju pojedinačno. Intervjuisani pacijenti su potvrdili da znaju za ovu mogućnost podnošenja žalbi ubacivanjem žalbi u kutije za žalbe koje se nalaze na svakom odjeljenju. Na pitanje o načinu na koji su saznali za ovu mogućnost, najveći broj intervjuisanih pacijenata je odgovorio da ih srednji medicinski kadar uputio na tu mogućnost. Prema odgovoru koji smo dobili od direktora, kutije prazni predsjednica Savjeta, psihološkinja zaposlena u Bolnici dva puta sedmično, nakon čega se razmatraju pristigle žalbe. Prema riječima direktora, Savjet se redovno sastaje četiri puta godišnje (svaka tri mjeseca), a po potrebi i vanredno.

CPT je primjetio da je Savjet formirao Odbor direktora Bolnice, na preporuku direktora, pa je data je preporuka da vlastima da preduzmu korake da ovo tijelo zaista bude nezavisno.⁹⁹ U

⁹⁸ Informacija dopunjena na osnovu rasprave o izvještaju održane 30.11.2011. u Podgorici.

⁹⁹ Izvještaj CPT-a, stav 107.

Odgovorima Vlade, iz 2009. godine, navedeno je da Savjet sačinjavaju tri predstavnika iz ustanove i dva spoljna člana, a birao ga je Odbor Direktora, te da je u toku izmjena Statuta ZU Specijalne Bolnice na osnovu koje će Savjet činiti većina članova koji nijesu zaposleni u ustanovi.¹⁰⁰

Trenutno stanje pokazuje da izmjene jesu načinjene u dijelu sastava Savjeta u kojem većinu članova trenutno čine spoljni članovi¹⁰¹, međutim način njihovog izbora je ostao isti. Sve članove Savjeta predlaže direktor Bolnice, a onda ih imenuje Odbor direktora. Navedeni način izbora članova Savjeta i dalje ne garantuje njihovu nepristrasnost.

Dalje, u Odgovorima Vlade, iz marta 2010. najavljeno je formiranje Komisije za mentalno zdravlje na nacionalnom nivou, koju bi obrazovalo Ministarstvo zdravlja i čija uloga bi bila vršenje dodatne eksterne kontrole rada Bolnice u smislu zaštite prava pacijenata smještenih u toj ustanovi.¹⁰² Komisija je u međuvremenu formirana i u avgustu 2011. izradila je: "Akcioni plan za unapređenje mentalnog zdravlja u Crnoj Gori za period 2011.-2014. godine."¹⁰³

Zakonom o pravima pacijenata predviđeno je pravo na prigovor, prema kojem pacijent kome je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu ili određeno pravo utvrđeno ovim zakonom, odnosno pacijent koji nije zadovoljan pruženom zdravstvenom uslugom ili postupkom zdravstvenog ili drugog radnika zdravstvene ustanove može podnijeti prigovor. Prigovor se podnosi direktoru zdravstvene ustanove ili Zaštitniku prava pacijenata, kojeg određuje direktor (čl. 31). Prema riječima direktora, Zaštitnik prava pacijenata u bolnici je imenovan u decembru 2010.

U Bolnici postoji i Savjet pacijenata, koga čine predstavnici pacijenata koji redovno na sastancima sa direktorom iznose primjedbe i druge stavove.

2.10.3 Preporuke

a) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: izmijeniti Statut Bolnice kako bi se obezbijedila nepristrasnost Savjeta za zaštitu prava mentalno oboljelih lica (u pogledu načina predlaganja i izbora članova).

b) Za ministarstvo zdravlja i direktora Bolnice: Statutom predvidjeti da članovi Savjeta budu predstavnici nevladinih organizacija koje se bave ljudskim pravima, kako bi se obezbijedila njegova nepristrasnost.

c) Za ministarstvo zdravlja: formirati Komisiju za mentalno zdravlje.
(Brisano na osnovu rasprave o izvještaju 30.11.2011.)

¹⁰⁰ Odgovori Vlade, stav 107.

¹⁰¹ Čl. 23 stav 3 Statuta je propisano: "Savjet za zaštitu mentalno oboljelih lica ima pet članova i to: dva predstavnika iz ustanove i tri predstavnika iz reda stručnjaka iz oblasti: psihijatrije i neuropsihijatrije, iz oblasti socijalne zaštite, pravosuđa, zaštite ljudskih prava i sloboda ili drugih srodnih oblasti".

¹⁰² Odgovori Vlade, stav 108.

¹⁰³ Informacija dodata na osnovu rasprave o izvještaju održane 30. novembra 2011.

3. Psihijatrijsko odjeljenje Opšte Bolnice u Nikšiću

3.1 Opšte

Psihijatrijsko odjeljenje u sastavu JZU Opšte Bolnice u Nikšiću može se smatrati ustanovom zatvorenog tipa. Iako prozori nijesu ograđeni rešetkama, odjeljenje se zaključava i pacijent nema mogućnost da u svakom trenutku prekine liječenje i napusti ustanovu.

Ukupni smještajni kapaciteti od 30 kreveta jednako su podijeljeni na muškarce i žene. Popunjenost kapaciteta je 80%. U odnosu na saradnju sa drugim institucijama posebno se ističe saradnja sa Centrom za mentalno zdravlje u Nikšiću i Bolnicom u Dobroti.

3.2 Osoblje

Na odjeljenju rade tri psihijatra sa punim radnim vremenom i jedan psihijatar sa četvoročasovnim radnim vremenom. Prema riječima načelnice odjeljenja, dr Radojke Mićović, dva psihijatra uskoro odlaze u penziju, a vjerovatno će jedan iz privatnih razloga napustiti radno mjesto, te se postavlja pitanje daljeg rada ako se blagovremeno ne obezbijede odgovarajuće zamjene.

Što se srednjeg medicinskog kadra tiče, na odjeljenju radi glavna sestra sa osmočasovnim radnim vremenom, koja je prisutna radnim danima. Jedna medicinska sestra, koja je radni terapeut, trenutno je na porodiljskom odsustvu. Postoji još osam medicinskih tehničara koji rade smjenski, 12 sati dnevna smjena, 12 sati noćna smjena, a zatim slobodan dan. Ako su u punom sastavu (niko nije na bolovanju ili odmoru), onda u svakoj smjeni rade po dva tehničara. U protivnom, radi jedan smjenski tehničar. Svi medicinski tehničari imaju srednje medicinsko obrazovanje (glavna sestra na odjeljenju ima višu stručnu spremu).

Intervjuisano osoblje nije prošlo neki vid dodatne obuke ili specijalizacije za rad sa mentalno oboljelima. Tokom posjete smo upoznati sa primjerima iz prakse da medicinsko osoblje koje radi na drugim odjeljenjima Opšte bolnice pokazuje predrasude, odnosno otpor prema pacijentima smještenim na psihijatrijskom odjeljenju.

U odnosu na mogućnost angažovanja učenika srednje medicinske škole na odjeljenju u okviru obavezne školske prakse (makar u obavljanju nekih manje složenih zadataka, kao što je nadzor na pacijentima prilikom boravka na svježem vazduhu ili razgovor sa njima) informisani smo da su mogućnosti vrlo male jer učenici na psihijatrijskom odjeljenju (prema nastavnom planu i programu) provode samo dio vremena ukupno predviđenog za obavljanje prakse (od 5 do 15 radnih dana).

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

3.3. Struktura pacijenata i način smještaja na odjeljenje

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

Pacijenti sa bolestima zavisnosti se takođe hospitalizuju. Ukoliko postoji jaka motivacija, onda liječenje traje do 3 nedjelje. Ukoliko pacijent nije motivisan da uspostavi zdrave obrasce ponašanja i odrekne se zavisnosti, onda se otpust sprovodi kada se zbrinu znaci apstinencijalne krize, što je obično nakon 10-12 dana.

Prosječno trajanje hospitalizacije je 2-3 sedmice, što je pohvalno. Globalni trend skraćivanja boravka pacijenata u Bolnici se poštuje. Jedan broj pacijenata se hospitalizuje samo na jedan dan, radi uvođenja u terapiju antipsihotičnog lijeka Rispolept Consta (koji se aplikuje intramuskularno na svakih 14 dana; radi se o savremenom lijeku). Ovi pacijenti na jednodnevnoj hospitalizaciji ne utiču na gore pomenuti prosjek od 2-3 nedjelje.

Prema navodima načelnice odjeljenja, problem dugotrajne hospitalizacije „socijalnih pacijenata“ nije izražen. Slučajevi višemjesečnog boravka u Bolnici su rijetki i nema govora o godinama ili decenijama, kao sto je to slučaj u Bolnici u Dobroti. Najduži takav slučaj bio je tri mjeseca. Ipak, ukoliko se desi da je trenutna situacija takva da bi pacijent posle otpusta sa ostao nezbrinut, pacijentu se produžava period boravka na odjeljenju. Ovo je posebno slučaj prilikom hospitalizacije pacijenata koji za staratelja imaju organ starateljstva (Centar za socijalni rad). Načelnica dobro ocjenjuje saradnju sa Centrom. Ističe da i pored skromnih materijalnih mogućnosti uvijek pronađu neko rješenje prilikom kupovine garderobe i ostalih stvari neophodnih pacijentu. Obavezu oko održavanja higijene ovih pacijenata potpuno preuzima Bolnica (lična higijena i pranje garderobe).

Odjeljenje se tretira kao „akutno odjeljenje otvorenog tipa koje se fazno zatvara“.

Objašnjenje koje smo dobili za tzv. fazno zatvaranje je da se ulazna vrata zaključavaju povremeno, kada se na odjeljenju nalazi uznemireni pacijent za koga se procijeni da je mogućnost bjekstva visoka. Iz razgovora sa pacijentima i osobljem, kao i neposrednim opažanjem, zaključili smo da su zaključana vrata pravilo, a otključana izuzetak, tako da bi bliži termin bio „fazno otvaranje“.

„Otvoreni tip odjeljenja“, prema odomaćenom, ali pogrešnom shvatanju, određuje se time da li psihijatrijsko odjeljenje ima rešetke na prozorima ili ne, a ne time da li pacijenti mogu dobrovoljno prekinuti tretman kad god to požele, bez bojazni da će ih policija prisilno vratiti na liječenje. Stojimo iza stanovišta da je neke pacijente neophodno prinudno smjestiti u Bolnicu, jer je naša dužnost da štitimo njih same i okolinu od pogubnih posledica koje se mogu dogoditi usled neliječenog psihotičnog stanja. Ipak, onda govorimo o prinudnom smještaju na liječenje, koji podrazumijeva sve zakonske garancije protiv zloupotreba koje stoje na raspolaganju prinudno hospitalizovanim pacijentima.

Iz razgovora sa osobljem zaključeno je da oni ne prave jasnu razliku između dobrovoljnog i prisilnog smještaja na odjeljenje. Taj zaključak izvodimo iz činjenice da se hospitalizacija pacijenta koji se snažno tome protivi smatra dobrovoljnom, ako je za to data saglasnost porodice. Takođe, pacijent koji je smješten na odjeljenje ne može napustiti liječenje kada on to želi. U tom slučaju, napuštanje Bolnice će biti tretirano kao bjekstvo, o čemu se obavještava policija. Ukoliko postoji procjena da je lice potrebno zadržati na bolničkom liječenju uprkos njegovom protivljenju, onda je neophodno postupiti po propisima

predviđenim za postupak prisilne hospitalizacije.¹⁰⁴ Trenutno, osoblje nije upoznato sa obavezom da se prilikom prisilne hospitalizacije sud mora obavjestiti o tome, niti se ovim povodom konsultuju pravnici koji su zaposleni u Bolnici. Tako nam je rečeno da se pacijenti koji su prema njihovom shvatanju prisilno hospitalizovani šalju u Bolnicu u Dobroti, uz obavještenje da ne postoje uslovi za njihov boravak na odjeljenju, odnosno da ne mogu obezbijediti kako njihovu bezbjednost, tako i bezbjednost drugih pacijenata i osoblja. Ovakvih slučajeva, na godišnjem nivou ima od 20 do 25. Međutim, na odjeljenju smo zatekli prisilno smještene pacijente, koji nisu mogli da napuste Bolnicu svojom voljom, a koji u svojim dosijeima nisu imali obavještenja o prisilnom smještaju koje je Bolnica uputila sudu, niti odgovor suda, niti drugi dokument kao osnov prisilnog smještaja.

Garancije u kontekstu prisilnog smještaja prilikom prijema u Bolnicu, tokom boravka i otpusta ne sprovode se što u praksi znači da se pacijenti prisilno zadržavaju bez pravnog osnova (osim u slučajevima da su upućeni iz druge psihijatrijske ustanove po odluci suda) i bez mogućnosti žalbe.

Prema riječima medicinskog osoblja, sud obavještavaju o statusu pacijenta samo ako pokuša samoubistvo.

3.4 *Tretman*

Prema riječima načelnice, svaki pacijent u toku svoje prve hospitalizacije na odjeljenju bude psihološki testiran.

Svi pacijenti učestvuju u radu socioterapijske grupe koja ima dugu tradiciju na odjeljenju i sprovodi se od 1992. godine.

Radna terapija se trenutno ne sprovodi, zbog nedostatka prostora, pa se jedininim rješenjem čini izgradnja pomoćnog objekta u bolničkom krugu, jer jedina zajednička prostorija na samom odjeljenju je trpezarija.

Kako se samo odjeljenje nalazi na centralnoj poziciji u okviru bolničkog kruga, čuli smo frapantni podatak da uprava bolnice ohrabruje neizlazak pacijenata u dvorište, radi ostavljanja boljeg utiska na razne delegacije i goste koji ulaze u glavni i najveći dio bolničkog kompleksa. Pacijentima i na zaključanim odjeljenjima neophodno je svakodnevno omogućiti boravak na svježem vazduhu (uključujući i vikend dane, bez izuzetka). Prostor za šetnju mora biti pokriven, tako da ne postoje opravdanja u smislu lošeg vremena za neizlazak napolje. Iz razgovora sa osobljem došli smo do zaključka da osoblje ne poznaje navedenu obavezu. Informisani smo za primjere da osoblje povremeno dozvoljava pacijentima i duži boravak na svježem vazduhu, ali na taj primjer nam je ukazano kao na čin dobre volje. Sami pacijenti su u razgovoru naveli da povremeno izlaze sa odjeljenja, ali ne svakodnevno. Trenutni izgled odjeljenja ne omogućava pacijentima da borave napolju u slučaju vremenskih neprilika.

Lični medicinski kartoni pacijenata vode se u elektronskoj formi. Na osnovu onoga što smo imali prilike da vidimo, kartoni se vode uredno, upisi su redovni, nemamo kritičkih primjedbi. Upotreba medikamentozne terapije je u skladu sa standardima, na osnovu provjerenih terapijskih lista.

¹⁰⁴ Komitet takođe želi da naglasi da ukoliko pacijent svoju prvobitnu saglasnost želi da povuče i da napusti bolnicu, a i dalje postoji potreba za njegovim liječenjem, onda postupak prinudne hospitalizacije u skladu sa zakonom mora biti u potpunosti primijenjen. Izvještaj o posjeti Letoniji, 2007, stav 128.

Pacijenti su izjavili da su zadovoljni hranom, ali su svi upitani izjavili da Bolnica ne uključuje voće u ishranu. Ono je dostupno samo pacijentima kojima voće donosi posjeta. Svakako poželjno bi bilo uključiti u ishranu više voća, posebno onim pacijentima kojima ga rodbina ne dostavlja.

Pohvalno je što je na vratima svake sobe postavljen Pravilnik o kućnom redu, čime pacijenti imaju jasnu sliku o svojim obavezama i načinu funkcionisanja tokom boravka na odjeljenju.

3.5 Registri

U ambulanti srednjeg medicinskog kadra provjerili smo četiri registra:

- 1) Knjiga terapije. Ljekari sa odjeljenja vrlo rijetko upisuju tzv. terapiju po potrebi u terapijske liste, te se, samim tim, ona rijetko i aplicira. Uočili smo tri unosa za poslednjih par mjeseci, i to amp. Trazem po potrebi (Trazem je hipnotik, lijek koji uvodi u san, primjena je odgovarajuća kod nesanice koja je čest propratni fenomen mentalnih poremećaja i mala je mogućnost za zloupotrebu u ovom kontekstu).
- 2) Knjiga dežurstva. Tehničari iz smjene korektno upisuju šta se dešavalo u toku radnog vremena, da bi naredna smjena imala uvid u dešavanja na odjeljenju tokom prethodne smjene.
- 3) Knjiga praćenja. Uglavnom se vodi za pacijente za koje se procijeni da su pod suicidalnim rizikom. Smjenski tehničar je dužan da po nalogu doktora obilazi pacijenta u regularnim intervalima i upisuje u svesku sta je pacijent u tom momentu radio. Trenutno je na praćenju jedna osoba, djevojka koja boluje od MS. Pohvalno, postoji svijest o mjerama prevencije suicida na odjeljenju.
- 4) Podsjetnik. Svi unaprijed zakazani pregledi pacijenata van odjeljenja se unaprijed upišu, da bi se blagovremeno organizovalo vođenje.

Obavješteni smo da se ne sprovodi fizičko ograničenje slobode kretanja pacijenata. Ako bi se ovakva mjera u budućnosti primjenjivala, morala bi da postoji Knjiga fizičkog ograničenja slobode kretanja, kao i posebna prostorija u kojoj je moguće sprovesti mjeru, van vidokruga drugih pacijenata.¹⁰⁵

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

3.6 Zaštita pacijenata

Na izlazu iz odjeljenja je postavljeno uputstvo o tome na koji način se pacijenti mogu obratiti Zaštitniku prava pacijenata, kojeg je svaka zdravstvena ustanova bila obavezna da ustanovi na osnovu Zakona o pravima pacijenata.¹⁰⁶ Međutim, primijećeno je da način podnošenja prigovora nije adekvatan za pacijente ovog odjeljenja, jer podrazumijeva da se prigovor

¹⁰⁵ Rečenica precizirana 9.12.2011.

¹⁰⁶ „Sl. list Crne Gore“, br. 40/2010.

predaje u pisanoj formi, te u tri primjerka. Nerealno je očekivati da pacijenti smješteni na odjeljenju mogu da udovolje ovakvom zahtjevu.

Takođe, Zakon o pravima pacijenata propisuje da se prigovor može podnijeti usmeno (čl. 32), što nije naznačeno u ovom obavještenju. Smatramo da se pacijentima mora obezbijediti adekvatniji pristup organima i licima koji su određeni za zaštitu njihovih prava.

3.7 Preporuke

- a) Hitno obezbijediti sprovođenje garancija u kontestu prisilnog smještaja prilikom prijema na Odjeljenje, tokom boravka i otpusta, pogotovo u vidu sudskog nadzora.
- b) Preduzeti mjere kako bi se razbile predrasude prema mentalno oboljelim licima, koje su posebno pogubne kada postoje kod samog medicinskog osoblja i uprave, jer dovode do diskriminacije pacijenata.
- c) Obezbijediti redovan boravak pacijenata na svježem vazduhu, u dvorištu, kao i pokriveni prostor kako bi pacijentima bilo omogućeno da borave van odjeljenja i u slučaju vremenskih neprilika.
- d) Uvesti portira na odjeljenju.
- e) Poboljšati ishranu mentalno oboljelih lica koja su smještena na Odjeljenju.
- f) Obezbijediti da pacijenti budu upoznati sa svojim pravima.
- g) Pojednostaviti proceduru prema kojoj se pacijenti mogu obratiti Zaštitniku prava pacijenata.

4. Psihijatrijska klinika Kliničko-bolničkog Centra Crne Gore u Podgorici

4.1 Opšte

Psihijatrijska klinika u Podgorici je psihijatrijska ustanova otvorenog tipa. To se opravdava činjenicom da se pacijenti koji odbijaju neophodno liječenje šalju u Bolnicu u Dobroti, što znači da se prisilni smještaj na Klinici ne sprovodi. Prema našem mišljenju, na Klinici zaista i ne postoje uslovi za smještaj pacijenata koji zahtijevaju prinudnu hospitalizaciju.

Svaki pacijent je slobodan da insistira na otpustu, što se lako i sprovodi, uz uslov da pacijent potpiše da želi da napusti liječenje na lični zahtjev, kao i da članovi porodice budu sa tim upoznati. Klinika se nalazi na prizemlju i sobe nemaju rešetke na prozorima. Prilikom posjete, uvjerali smo se da su prozori na sobama otvoreni. Vrata se zaključavaju i postoji tačno određena satnica, prema kojoj pacijenti izlaze i borave napolju, što nam je potvrdilo više pacijenata.

Nivo kooperacije prilikom posjete bio je visok. Smatramo izuzetno pozitivnim postupak načelnika dr Golubovića, koji je na sastanak sa timom monitora pozvao cjelokupno prisutno osoblje (prisutni bili radnici različitih profila-sestre, psihijatri, dva psihologa, socijalni radnik). Bilo je očigledno da su svi imali mogućnost da iznesu probleme sa kojim se suočavaju pri radu, što nam je u mnogome pomoglo da stvorimo objektivnu sliku o Klinici.

4.2 Uslovi smještaja i tretman

Materijalni uslovi na Klinici su veoma loši. Postoji samo jedan muški i jedan ženski toalet, kao i jedna tuš kabina koju koriste i muški i ženski pacijenti. Sobe su uglavnom sedmokrevetne. Ormarići postoje pored kreveta, ali su lošem stanju i ne mogu se zaključavati. I kad bi postojali ormarići sa ključem, osjećaj privatnosti se teško može ostvariti u spavaonici sa sedam kreveta.

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

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

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

Pregledom terapijskih lista doktora koji je zadužen za liječenje psihotičnih pacijenata, nije uočeno propisivanje terapije po potrebi. U slučaju uznemirenosti pacijenta, obavještava se dežurni doktor (koji je smješten na samom odjeljenju tokom noći, te su mogućnosti

zloupotrebe male). Primjećujemo razliku u odnosu na psihijatrijsko odjeljenje u Nikšiću na kome u toku noći nema dežurstava psihijatar, nego je, uglavnom, ljekar internista zadužen za cijelu Internu kliniku onda zadužen i za psihijatriju.

Medicinski dosjei pacijenata se ne vode u elektronskoj, već samo u štampanom formatu, i to na daktilo mašinama, što je drastična razlika u odnosu na odjeljenje u Nikšiću.

4.3 Preporuke

Za ministarstvo zdravlja: unaprijediti materijalne uslove boravka pacijenata i rada osoblja tako što bi se kompletno renovirao objekat tako da se:

- a) smanji postojeći broj kreveta u sobama.
- b) obezbijedi prostorija za rad sa pacijentima i održavanje terapijskih zajednica.
- c) obezbijedi prostorija za fizičko ograničavanje slobode kretanja pacijenata.
- d) obezbijedi informatička oprema za rad osoblja.

5. Dodatak: odnos medija prema psihijatrijskim bolesnicima

Direktor Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru obavijestio nas je da je Bolnica izradila spot u trajanju od 28 sekundi koji promoviše antidiskriminaciju osoba sa mentalnim oboljenjima. Spot je snimljen povodom 10. oktobra, svjetskog dana zaštite mentalnog zdravlja, i upućen je svim televizijskim stanicama sa molbom da ga emituju toga dana 2010. godine. Međutim, spot je prihvatila da emituje samo jedna komercijalna televizijska stanica (Atlas televizija). Zvanično objašnjenje koje je RTCG, tj. javni servis, uputila Bolnici je, prema Direktorovim navodima, odsustvo generalnog direktora bez kojeg nijesu mogli donijeti odluku o emitovanju.

Direktor Bolnice ističe neetički odnos medija prema mentalno oboljelim osobama, i posebno ističe loše iskustvo sa dnevnim listom „Dan“. Naime, *Dan* je objavio tekst „Iz Dobrote na posao“¹⁰⁷, u kojem se otkriva identitet doktorice koja se nakon psihijatrijskog liječenja u Bolnici vratila na posao. Ovakvi tekstovi podstiču na diskriminaciju psihijatrijskih pacijenata. Direktor je tim povodom pisao Novinarskom samoregulatornom tijelu, kao i Zaštitniku ljudskih prava i sloboda, ali nije primio nikav odgovor. Nakon što pacijent bude otpušten sa bolničkog liječenja, Bolnica uvijek šalje obavještenje nadležnom Centru za socijalni rad, odnosno Centru za mentalno zdravlje, što predstavlja način predupređivanja mogućih incidentnih situacija, a ne navedeno medijsko izvještavanje, koje samo produbljuje diskriminaciju i može ozbiljno ugroziti i zdravlje liječenih osoba. Zakon o zaštiti i ostvarivanju prava mentalno oboljelih lica propisuje da niko ne smije kvalifikovati lice kao mentalno oboljelo, niti na drugi način ukazivati na njegov mentalni poremećaj, izuzev ako je to u cilju preduzimanja mjera zaštite ovih lica (čl. 3). Zakonom o medijima zabranjeno je objavljivanje informacija i mišljenja kojima se podstiče diskriminacija (čl. 23), dok se u Kodeksu novinara Crne Gore navodi da novinarsko istraživanje treba da bude sprovedeno sa dužnim saosjećanjem i diskrecijom u slučajevima kada su u pitanju ljudi sa fizičkim i mentalnim oštećenjima (smjernice za načelo 6).¹⁰⁸

U avgustu 2011. godine štampani i elektronski mediji izvjestili su o muškarcu za koga su naglasili da se sumnja da je mentalno obolio, koji se zaključao u svom stanu u višespratnoj zgradi, i odbio pristup oštećenim vodovodnim cijevima koje su se nalazile u njegovom stanu. Postupajući po rješenju Osnovnog suda u Podgorici, sudski izvršitelji su ušli u stan. Unutrašnjost stana snimila je i emitovala *televizija Vijesti* u centralnoj informativnoj emisiji, navodeći da se vjerovatno radi o osobi sa problemima mentalnog zdravlja. Izvještavajući o navednom slučaju, dnevni list *Pobjeda* je objavio da im je po obijanju stana, rečeno: „Uđite, ovo morate vidjeti“. Kako se u konkretnom slučaju radilo o nestanku vode u jednom dijelu zgrade, koji je ubrzo riješen, nije postojao opravdan interes javnosti da bude upoznata sa unutrašnjosti stana čovjeka za koga se sumnjalo da je mentalno bolestan, a posebno nije postojao opravdan interes javnosti da sazna njegovo ime, prezime i adresu.

¹⁰⁷ „Iz Dobrote na posao“, Dan, 1. mart 2011. godine

¹⁰⁸ Kodeks dostupan na: <http://www.nstcg.org/indexst.php?page=03>.

6. Slučajevi neodgovarajućeg postupanja sa mentalno oboljelim licima

6.1 Slučaj Ferida Sijarića

Ferid Sijarć¹⁰⁹ je 7. oktobra 2010. godine nožem napao i povrijedio jedanaestogodišnju djevojčicu na putu do škole u Podgorici. Iako su komšije tvrdile da se radi o mentalno oboljelom licu, Sijarić je nakon hapšenja odveden u istražni zatvor ZIKS Spuž, gdje je 18 dana držan vezan, bez specijalističkog ljekarskog pregleda.¹¹⁰ Sijarića smo posjetili u Bolnici u okviru sudskog odjeljenja. Po tvrdnjama osoblja, Sijarićevo mentalno stanje je znatno napredovalo od trenutka od kada je smješten na odjeljenje i nama nije djelovao da je u lošem stanju. Iako se nalazio u sudskom odjeljenju, čije ćelije imaju rešetke, nije bio vezan, omogućeno mu je da šeta i prilikom posjete zatekli smo ga u hodniku odjeljenja.

6.2 Slučaj Milana Zekovića

Nakon što je presudom Višeg suda u Podgorici utvrđeno da je počinitelj petostrukog ubistva, Milan Zeković, mentalno oboljelo lice koje boluje od poranoidne shizofrenije, Zeković je na osnovu rješenja suda koje je postalo pravosnažno 2008. godine trebalo da bude upućen u psihijatrijsku ustanovu, na izvršenje mjere obaveznog liječenja i čuvanja. Međutim, kako je Bolnica u Kotoru odgovorila da nema uslova za njegov smještaj, javnost je najprije bila obaviještena da će Zeković biti upućen u Srbiju¹¹¹, a zatim da se on nalazi u psihijatrijskoj Bolnici.¹¹² Međutim, do današnjeg dana, Milan Zeković se nalazi u Zavodu za izvršenje krivičnih sankcija (ZIKS) u Podgorici, i to u posebnoj sobi u istražnom zatvoru. Kako smo došli do informacije da se Zeković još uvijek nalazi u ZIKS, 7. novembra smo tim povodom uputili dopis ministru pravde, direktoru ZIKS i Zaštitniku ljudskih prava i sloboda i Ministarstvu pravde. Do 15. novembra 2011. primili smo odgovor od Zavoda za izvršenje krivičnih sankcija, u kojem se navodi da je 30. marta 2011. godine pokrenut postupak izručenja Zekovića Srbiji zbog nemogućnosti da on bude odgovarajuće zbrinut u Crnoj Gori.¹¹³ Konstatujemo da do današnjeg dana, uprkos preporuci sadržanoj u Izvještaju CPT-a,¹¹⁴ Zekoviću nije obezbijeđen odgovarajući smještaj u psihijatrijsku ustanovu.

6.3 Preporuke

¹⁰⁹ Identitet mentalno oboljelog lica je više puta javno objavljen.

¹¹⁰ Akcija za ljudska prava je za slučaj Ferida Sijarića saznala iz dnevnih novina („Saslušan Ferid Sijarić, optužen za napad na djevojčicu i policajca“, *Vijesti*, 9. oktobar 2010; „Komšija probao učenicu“, *Novosti*, 8. oktobar 2010; „Uhapšena osoba za koju se sumnja da je napala jedanaestogodišnju djevojčicu“, *Vijesti*, 7. oktobar 2010.). Pošto se HRA obratila Zavodu za izvršenje krivičnih sankcija, 13. januara 2011. HRA je dobila odgovor od Direktora ZIKS-a, u kome stoji da je Ferid Sijarić primljen u ZIKS 08.12.2010. godine, kada ga je pregledao zatvorski ljekar Miraš Tomić, posle čega je fiksiran za krevet. Dana 11.10.2010. godine ponovo je izvršen pregled od strane zatvorskog ljekara, koji je predložio pregled psihijatra, Alme Radovanović. Ljekarski pregled psihijatra obavljen je tek 26.10.2010. godine, što znači da je očigledno mentalno oboljeli Ferid Sijarić bio 18 dana bez psihijatrijskog pregleda, fiksiran za krevet.

¹¹¹ „Zekovića šalju u Srbiju“, *Dan*, 6.10.2010.

¹¹² „Ubica spremao listu za odstrel“, *Dan*, 1.9.2011.

¹¹³ Odgovor Zavoda za izvršenje krivičnih sankcija br. Z-KD-br. 361/10/11 od 11.11.2011. dostupan u arhivi Akcije za ljudska prava

¹¹⁴ Izvještaj CPT-a, str. 36, stav 68.

a) Za Upravu policije, ministarstvo pravde i sudove: obezbijediti da se u svakom slučaju sumnje na mentalno oboljenje učinioca prekršaja ili krivičnog djela, to lice dovede na pregled kod specijaliste psihijatra i/ili uputi na vještačenje u odgovarajuću psihijatrijsku ustanovu.

b) Za ministarstvo pravde i ministarstvo zdravlja: hitno obezbijediti odgovarajući smještaj u psihijatrijsku ustanovu za mentalno oboljelo lice Milana Zekovića.

7. Zaključak

a) Uslovi smještaja

Neophodno je unaprijediti uslove smještaja u sve tri ustanove koje su bile predmet monitoringa i učiniti ih odgovarajućim terapijskim okruženjem. Potrebno je i personalizovati životni prostor pacijenata i omogućiti im da svoje stvari mogu da drže zaključane. U odnosu na Bolnicu, postojeći kapaciteti su nedovoljni i posebno opterećeni trećinom pacijenata čije mentalno stanje ne zahtijeva boravak u Bolnici („socijalni pacijenti“), pa ovaj problem treba urgentno riješiti njihovim izmještanjem iz Bolnice smještajem u ustanovu socijalne zaštite. U odnosu na Odjeljenje u Nikšiću, potrebno je obezbijediti da pacijenti svakodnevno borave na svježem vazduhu i u tom smislu neophodno je suzbiti i predrasude u odnosu na mentalno oboljele kod drugog medicinskog osoblja Opšte bolnice i uprave. Pronaći odgovarajuća prostorna rješenja u svim ustanovama, kako bi se pacijentima omogućio boravak na svježem vazduhu i u slučaju vremenskih neprilika. Kvalitet ishrane pacijenata je moguće značajno unaprijediti u odnosu na sve tri ustanove. U odnosu na Klinik u Podgorici, zaključujemo da su materijalni uslovi boravka posebno loši, i to zahtijeva hitno unaprijeđenje. Klinika nema mogućnost prisilne hospitalizacije, što u praksi znači da se svi pacijenti koje je neophodno prisilno hospitalizovati upućuju u Bolnicu. U tom smislu je neophodno obezbijediti materijalne uslove za prisilnu hospitalizaciju na samoj Klinici kako bi se smanjio pritisak na Bolnicu, i kako bi pacijenti čije mentalno stanje zahtijeva prisilnu hospitalizaciju imali mogućnost da budu liječeni bliže mjestu boravka (posebno važno za pacijente iz sjevernog dijela Crne Gore).

b) Izricanje mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi

Naglašavamo problem kršenja međunarodnih standarda u pogledu izricanja mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi u trajanju do dvije godine od strane organa za prekršaje, koji nisu sudovi, nemaju kapacitet nezavisnosti jer ih bira izvršna vlast, a odlučuju o prisilnom smještaju u ustanovu u sumarnom postupku, na osnovu vještačenja koje se u praksi svodi na jedan razgovor sudskog vještaka i učinioca prekršaja.

c) Prinudna hospitalizacija

Garancije u kontekstu prisilnog smještaja ne sprovode se dovoljno. U odnosu na Bolnicu zabrinjavajuće su dugi rokovi u kojima nadležni sud dostavlja rješenja o prisilnoj hospitalizaciji, čime se obesmišljava postupak hitnosti odnosno djelotvorno pravo na žalbu. Takođe, potrebno je dopuniti postupak u kome sud odlučuje garancijama u vidu obaveznog prisustva lica u postupku odlučivanja o prisilnoj hospitalizaciji, osim u slučajevima kada sud procijeni da lice nije u mogućnosti da shvati svrhu i značaj postupka, pribavljanjem alternativnog mišljenja vještaka koji nije zaposlen u ustanovi u koju je lice prisilno smješteno, itd. U odnosu na Odjeljenje u Nikšiću, nikakve garancije se i ne sprovode, što znači da se pacijenti prisilno hospitalizuju, a da sud nikada i ne bude obavješten o prisilnoj hospitalizaciji, pa o njoj ne odlučuje. Na Klinici u Podgorici ne vrše se prisilne hospitalizacije.

d) Informisanje pacijenata, članova njihovih porodica ili zakonskih zastupnika o njihovim pravima

Pacijenti smješteni u psihijatrijske ustanove su opšte posmatrano neinformisani o pravima koja im stoje na raspolaganju. Ovo je posebno izražen problem kod pacijenata koji su prisilno hospitalizovani. U tom smislu je potrebno preduzeti mjere kako bi svi pacijenti, posebno oni koji su prinudno hospitalizovani kao i članovi njihovih porodica ili njihovi zakonski zastupnici bili informisani, na primjer putem odgovarajućih brošura. Ukoliko je pacijent u takvom stanju da ne može prilikom same hospitalizacije shvatiti svoja prava, svakako ih treba informisati odmah nakon što dođe do poboljšanja njihovog stanja.

e) Zlostavljanje

Iako nijesmo primili pritužbe koje bi ukazivale na zlostavljanje u ustanovama koje su bile predmet monitoringa u ovom kontekstu posebno naglašavamo potrebu zapošljavanja većeg broja osoblja u Bolnici u Kotoru, kako bi se pacijentima pružila odgovarajuća medicinska njega. Smanjivanjem opterećenja na radu kojem je izloženo postojeće osoblje, smanjio bi se i rizik od sindroma sagorijevanja na poslu koje može dovesti do neadekvatnih reakcija prema pacijentima.

f) Registri ograničenja slobode kretanja

Predlažemo uvođenje *centralnog* registra ograničenja slobode kretanja u Bolnici u Kotoru, kako bi se mogao steći pregledan uvid u sprovođenje mjera fiksacije na nivou cijele ustanove. U centralni registar bi se osim sprovedenih mjera fizičkog ograničavanja slobode kretanja morali upisivati i svi slučajevi sprovođenja tzv. hemijske fiksacije (brzo umirivanje pacijenata upotrebom ampuliranih preparata).

g) Nezavisnost multidisciplinarnih tijela i kontrola sprovođenja mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi

Trenutni način izbora multidisciplinarnih tijela Savjeta za zaštitu prava pacijenta i Etičkog komiteta ne obezbijeduju njihovu nezavisnost, imajući u vidu da izbor članova oba tijela predlaže direktor Bolnice. Takođe, Ministarstvo pravde ne vrši kontrole sprovođenja mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, što u praksi znači da rad Bolnice nije podvrgnut redovnom mehanizmu eksterne kontrole.

h) Radno-okupaciona terapija

Sprovođenje radno-okupacione terapije u posmatranim ustanovama je moguće poboljšati. Njeno unapređenje je moguće povećavanjem prostornih kapaciteta ili preraspodjelom postojećih i zapošljavanjem dodatnog stručnog kadra.

i) Tretman zavisnica od psihoaktivnih supstanci

Trenutno, u Crnoj Gori ne postoji ustanova koja se bavi liječenjem zavisnica. Takođe, ustanova za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci je dostupna samo muškarcima.

Ovakav diskriminatorni stav treba ispraviti i ženama ponuditi iste mogućnosti tretmana kao i muškarcima.

j) Odnos javnosti, posebno medija prema mentalno oboljelima

U crnogorskoj javnosti je uvreženo pogrešno mišljenje da mentalno oboljele osobe generalno ne mogu da se izliječe i da predstavljaju opasnost za okolinu, te ih je potrebno izolovati i spriječiti da rade ili na drugi način učestvuju u životu zajednice. Mediji bi morali da pronose tačne informacije i suzbijaju predrasude i pogrešne stereotipe. Uostalom, na to ih obavezuju i važeći zakonski propisi, pa i ovom prilikom podsjećamo na obavezu poštovanja prava na zaštitu privatnosti i zabranu diskriminacije mentalno oboljelih lica neotkrivanjem njihovog identiteta.