

Izdavač

Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM
Institut društvenih nauka

Za izdavače

Dr Marta Sjeničić
Dr Goran Bašić

Urednici

Dr Marta Sjeničić
Institut društvenih nauka
Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM

Milan Marković
Ujedinjene nacije

Recenzenti

Prof. dr Mirko Filipović
Prof. dr Olga Jović Prlainović

Korespodencija

Dr Marta Sjeničić
e-mail: office@supram.org.rs
Web: www.supram.org.rs

Dizajn i prelom: Đorđe Obradović

Lektura Milica Šarenac

Štampa: Finegraf, Bgd

Tiraž: 500 komada

Ovaj tematski zbornik rezultat je projekta „Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove“, koji je finansijski podržala Evropska unija uz sufinansiranje Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije.

Sadržaj tematskog zbornika isključivo je odgovornost SUPRAM-a, i ni na koji način ne predstavlja stavove Evropske unije, niti Kancelarije za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije.

OBEZBEĐIVANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSOBAMA SA MENTALNIM SMETNJAMA U SKLADU SA LJUDSKO-PRAVNIM STANDARDIMA

Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – SUPRAM
Institut društvenih nauka
Beograd, 2017

SADRŽAJ

Uvod

Ana Janković-Jovanović,

Prava osoba sa mentalnim teškoćama

u rezidencijalnim ustanovama – najznačajniji standardi 17

Uvod 18

Prava pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama 25

Ograničenja prava pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama 31

Lečenje pacijenata/korisnika sa mentalnim teškoćama 46

Organizacija bolnice/ustanove 51

Zaključak 57

**Rights of the persons with mental
disabilities in residential institutions**

– the most important standards 58

Dr Hajrija Mujović,

Aspekti medicinskog i procesnog prava u zaštiti

korisnika usluga ustanova rezidencijalnog smeštaja 59

Uvod 60

Pravni izvori i razvoj regulative 61

Materijalno - pravni položaj korisnika usluga - pacijenta 68

Primer dobre prakse u pružanju rezidencijalnih usluga 72

Procesni položaj korisnika usluga - pacijenta 76

Problemi u praktičnom radu sa korisnicima-rezidentima 78

Posebno o sudskim sporovima vezanim za povrede prava 82

Zaključak 85

Aspects of medical and procedural law

in protection of users of residential care 87

Dr Tatjana Voskresenski, <i>Izazovi i preporuke u primeni regulative u oblasti mentalnog zdravlja sa stanovišta kliničke prakse u psihijatrijskim ustanovama</i>	89
Uvod.....	90
Međunarodni i nacionalni dokumenti.....	90
Organizacija psihijatrijskih ustanova u Srbiji.....	91
Klinička praksa u psihijatrijskim institucijama	92
Zaključak	99
Experience and recommendations in the field of mental health from the aspect of clinical practice in psychiatric institutions	100
Dr Marta Sjeničić, Marina Jovanović, <i>Međusektorska saradnja u pružanju usluga i zaštita prava korisnika rezidencijalnog smeštaja</i>	101
Saradnja među sistemima	103
Saradnja u procesu deinstitucionalizacije	106
Međusektorska saradnja pri zbrinjavanju osoba u ustanovama.....	109
Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom	112
Nacionalna regulativa	114
Zaključak	119
Intersectoral cooperation in delivery of services and right protection of residents in health and social institutions	120
Dr Marko Milenković, <i>Inspekcijski i stručni nadzor nad pružanjem usluga u oblasti mentalnog zdravlja</i>	121
Uvod.....	122
Osnovne garancije prava osoba sa invaliditetom.....	123
Inspekcijski nadzor u našem pravu	126
Organizacija inspekcijskog i stručnog nadzora u oblasti zdravstva	130
Organizacija inspekcijskog i stručnog nadzora u oblasti socijalne zaštite ...	136
Zaključna razmatranja sa preporukama za unapređenje procesa nadzora..	141
Inspections and services related to mental health in serbia	143

Mr Jelena Unijat, <i>Uloga nezavisnih nadzornih mehanizama u prevenciji torture u zatvorenim institucijama, sa posebnim naglaskom na zdravstvenoj zaštiti</i>	145
Prevenција torture.....	146
Bitni elementi i vrste kontrole.....	147
Sistem nezavisnog monitoringa zatvorenih ustanova – pojam i značaj.....	148
Monitoring zdravstvene zaštite u zatvorenim ustanovama.....	149
Praksa nacionalnog mehanizma za prevenciju torture republike srbije u monitoringu pružanja zdravstvene zaštite u zatvorenim ustanovama.....	151
Zaključak.....	155
The role of independent supervisory mechanisms in prevention of torture in closed institutions, with a special emphasize for health care	157
Dr Isidora Jarić, Dr Miloš Milenković, <i>Percepcije ispitanika o standardima pružanja zdravstvenih usluga i poštovanja standarda ljudskih prava osoba u rezidencijalnim ustanovama</i>	159
Uvod.....	160
Metod i uzorak.....	160
Rezultati istraživanja.....	171
Institucionalni standardi.....	171
Institucionalni odgovori na potrebe korisnika.....	178
Zaključak.....	187
Perceptions of interviewees on the standards of providing health services and respecting the standardd of human rights of residents in residential institutions	192
Dr Ranko Sovilj, prikaz projekta: <i>Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove</i>	197
Overview of the project 'Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia'	208

Zdravstveni sistem Republike Srbije prepoznaje preko petnaest kategorija građana Srbije koji se, po različitim kriterijumima, svrstavaju u „osetljive društvene grupe“. Jedna od njih su osobe sa invaliditetom i mentalno nedovoljno razvijena lica. Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom definiše osobe sa invaliditetom kao one koje imaju trajna fizička, mentalna, intelektualna ili čulna oštećenja, koja u interakciji sa raznim preprekama mogu ometati njihovo puno i efikasno učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima. U skladu sa *Smernicama* Saveta Evrope donetim od strane Komiteta ministara, lica sa mentalnim smetnjama imaju pravo da budu zbrinuta u najmanje restriktivnom dostupnom okruženju, uz lečenje koje je najmanje restriktivno ili najmanje narušava integritet, a stoji na raspolaganju, uzimajući u obzir njihove zdravstvene potrebe i potrebu da se zaštiti sigurnost drugih ljudi.

Dokumenti Svetske zdravstvene organizacije, kao i Evropske unije (Deklaracija mentalnog zdravlja SZO za Evropu (2005), kao i Zeleni papir Evropske komisije (2005), koji je bio prva podrška ovoj Deklaraciji) usmereni su na promociju mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja. Isto se odnosi na Evropski pakt za mentalno zdravlje i blagostanje (2008), kao i na Evropski okvir za Akciju u oblasti mentalnog zdravlja i blagostanja (2013-2016). U okviru ovog poslednjeg je, pored rada na prevenciji, formiran i zajednički radni paket država članica, koji je bio fokusiran na transformaciju institucionalnog zbrinjavanja osoba sa mentalnim smetnjama u brigu u zajednici.

Između prevencije mentalnih poremećaja i usluga zbrinjavanja u zajednici osoba sa mentalnim smetnjama, postoji, u Srbiji još uvek vrlo čest, tradicionalni vid brige kroz smeštaj osoba sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama u ustanove zdravstvene i socijalne zaštite. U njima se pacijentima/korisnicima obezbeđuju usluge zdravstvene i socijalne zaštite, kao i zadovoljavanja osnovnih životnih potreba. Pored toga, ove ustanove pružaju mogućnosti okupacionih i drugih terapija koje, osim terapijskog dejstva, daju korisnicima/pacijentima osećaj uključenosti u društvo. Institucionalno zbrinjavanje se, međutim, u Srbiji, ali i u drugim zemljama, pokazalo kao nedovoljno i neadekvatno, jer ne omogućava ostvarivanje prava ljudi smeštenih u ustanove, i odvaja ih iz redovnih životnih tokova.

Evropska grupa eksperata se bavila pitanjima i rešenjima tranzicije od insitucionalnog ka zbrinjavanju u zajednici, pa je 2012. donela *Jedinstvene evropske smernice o prelasku sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u okviru zajednice*, koje sadrže praktične savete o tome kako obezbediti održivi prelazak

sa institucionalne zaštite na brigu i podršku u porodici i zajednici, za pojedince koji žive u ustanovama, i kako obezbediti prihvatljive uslove života za one koji žive u zajednici, često bez odgovarajuće podrške. Kako bi se postiglo potpuno socijalno uključivanje, *Smernice* su rađene u konsultaciji sa službenicima (ali su i namenjene istima) čije nadležnosti pokrivaju oblasti programske politike, kao što su zdravlje, stanovanje, obrazovanje, kultura, zapošljavanje i saobraćaj. Ovakav koncept pokazuje da je za uključivanje u zajednicu potrebno razviti usluge na različitim nivoima i u sistemima društvenog života, kao podršku osobama sa mentalnim smetnjama.

Životne potrebe osoba sa invaliditetom veće su od potreba opšte populacije, jer im je potrebna pomoć društva, pojedinaca, porodice, podrška različitih servisa u društvu, da bi mogle da ostvare redovne životne aktivnosti i potrebe, ili bar deo njih - i to je sveobuhvatno izraženo pravima garantovanim UN Konvencijom. Za osobe sa invaliditetom, kao i za opštu populaciju, nije relevantno koji sistem pruža određenu vrstu usluga ili ko je finansira, već da tu uslugu dobiju. Sistemi i usluge treba da budu koncentrisani oko korisnika i budu mu dostupni, i to kroz lako ostvarljive procedure, kako bi se prevenirala situacija u kojoj korisnik ili njegova porodica lutaju kroz sisteme nastojeći da zadovolje svoje potrebe. Za osobe sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama, ključna je povezanost sistema zdravstvene i socijalne zaštite, ali i njihova usaglašenost sa sistemom pravosuđa, sistemom finansija. Ovo je potrebno kada se radi o zbrinjavanju osoba sa invaliditetom u ustanovama za smeštaj, a naročito u procesu uključivanja korisnika u zajednicu, odnosno u procesu deinstitucionalizacije. Osim toga, potreban je stalan rad na implementaciji regulatorne povezanosti i na unapređenju različitih servisa u zajednici, kako bi osobe sa intelektualnim i mentalnim poteškoćama mogle lakše da se uključe u socijalno okruženje.

Različiti nacionalni strateški, zakonski i podzakonski akti planiraju razvoj ili daju pravni osnov razvoju usluga u zajednici. To su, svakako: Strategija razvoja socijalne zaštite, Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja, Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, Zakon o socijalnoj zaštiti, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, Zakon o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom, Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, Zakon o socijalnom stanovanju, i drugi zakoni i prateći podzakonski akti. Nijedan od ovih akata ne predstavlja, međutim, sveobuhvatnu strategiju deinstitucionalizacije, odnosno,

transformacije institucionalnog u zbrinjavanje u zajednici, niti daje akcioni plan sa jasno postavljenim rokovima i nadležnostima u ovom smeru.

Zakon o socijalnoj zaštiti uspostavlja, doduše, pravni osnov za razvoj različitih oblika zbrinjavanja u zajednici i omogućava subjektima u javnom i privatnom sektoru pružanje ovih usluga, pod uslovom da ispunjavanju strukturne i funkcionalne standarde, što se utvrđuje kroz postupak licenciranja. Zdravstveni sistem usluge u zajednici omogućava kroz Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama, davanjem osnova formiranju centara za mentalno zdravlje u zajednici, ali i drugih vrsta usluga, čije uvođenje, međutim, nije obavezno. Ova dva sistema (zdravstveni i socijalni), kao ključni u zbrinjavanju osoba sa mentalnim smetnjama nemaju zajedničku strategiju deinstitucionalizacije, te ovaj proces ide dosta sporo. Do uspostavljanja kompletnog pravnog okvira za razvoj usluga u zajednici i njegove implementacije u onoj zadovoljavajućoj meri, ustanove zdravstvene i socijalne zaštite u kojima se zbrinjavanju ove osobe će postojati. I kada počne sistematično da se sprovodi, ceo proces tranzicije, usled svojih osobenosti, finansijskih i organizacionih prepreka i izazova, ne može trajati kratko. Zbog toga, treba obezbediti da se usluge osobama sa mentalnim smetnjama i u institucionalnom okruženju pružaju u skladu sa standardima ljudskih prava. Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom, koju je Srbija ratifikovala, daje jasan pregled prava koje imaju osobe sa invaliditetom.

U današnje vreme pitanja zaštite korisnika/pacijenata zbrinutih u ustanove postaju aktuelna ne samo sa gledišta njihovog opšteg zdravstvenog stanja, nego i procene njihove sposobnosti odlučivanja koja direktno uslovljava ostvarivanje ili eventualno gubitak određenih građanskih prava iz oblasti zdravstvene i socijalne zaštite, radnih i porodičnih odnosa, dakle, sveukupnih ljudskih prava. UN Konvencija, pored ostalih prava, garantuje i pravo osoba sa invaliditetom na uživanje poslovne sposobnosti. Nacionalno zakonodavstvo uređuje pitanje preduzimanja mera zdravstvene zaštite uz saglasnost pacijenta. Uslov postojanja poslovne sposobnosti, međutim, nije potreban da bi pacijent dao saglasnost na preduzimanje medicinske mere. Medicinska mera se, bez saglasnosti prethodno informisanog lica sa mentalnim smetnjama, može sprovoditi samo pod uslovima utvrđenim zakonom. Lice sa mentalnim smetnjama koje razume prirodu, posledice i rizik predložene medicinske mere i koje, na osnovu toga, može da donese odluku i izrazi svoju volju, može se podvrgnuti medicinskom postupku samo uz svoj pisani pristanak. U tom smislu treba praviti jasnu razliku između poslovne sposobnosti i sposobnosti za rasuđivanje, odnosno, imati u vidu dvojni

pristup, sa stanovišta procesnog i materijalnog prava. Pored toga, treba praviti jasnu razliku između saglasnosti na prijem u ustanovu i saglasnosti na lečenje.

Suštinski bitan element svake kontrole je da ona bude nezavisna i nepristrasna, što proizilazi i iz *Principa UN zaštite svih lica pod bilo kojom vrstom pritvora ili zatvora*, u kojima se navodi kako - da bi se kontrolisalo striktno poštovanje relevantnih zakona i propisa, mesta za zadržavanje moraju da budu redovno posećivana od strane kvalifikovanih i iskusnih lica koja imenuje organ drugačijem od organa nadležnog za upravu mesta za pritvaranje ili zatvaranje. Ovaj uslov se ne može ispuniti kada se radi o unutrašnjoj kontroli, imajući u vidu da je ona po pravilu u nekakvoj vezi sa ustanovom koju kontroliše. Ova vrsta kontrole se više svodi na administrativnu inspekciju, koja se ograničava na kontrolu rada osoblja i usklađenost procedura sa nacionalnim propisima, ne uključujući i aspekte zaštite ljudskih prava lica lišenih slobode i usklađenost sa međunarodnim standardima. Stoga je ovu vrstu kontrole nužno dopuniti spoljnom nezavisnom kontrolom. Spoljni mehanizmi su inspekcijski i stručni nadzor koji u Srbiji sprovodi nadležno ministarstvo, ali i kancelarije ombudsmana i nacionalne institucije za ljudska prava.

Široki mandat ovih poslednjih - da nadgledaju i promovišu poštovanje ljudskih prava, kombinovano sa njihovim ovlašćenjem da ispituju pojedinačne pritužbe, često uključuje mogućnost posećivanja i nadgledanja mesta za zadržavanje. Posete mestima za zadržavanje često se preduzimaju da bi se proverili neki navodi i ispitala neka individualna pritužba, pre nego da bi se preventivno ispitali i procenili uslovi za zadržavanje u cilju predupređivanja budućih problema. Glavna okosnica spoljne kontrole su nezavisni spoljni mehanizmi za nadgledanje, koji mogu biti na nacionalnom (nacionalni mehanizmi za prevenciju torture, nevladine organizacije i sl.) ili na međunarodnom nivou (Komitet UN za sprečavanje torture, Potkomitet UN za prevenciju torture, Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovečnih ili ponižavajućih kazni ili postupaka, Specijalni izvestilac UN za torturu). Prednost nacionalnih kontrolnih mehanizama je u tome što im je dostupnost ustanova veća, jer je njihov mandat ograničen samo na državnu teritoriju. Oni stoga mogu redovnije posećivati ustanove, dok se međunarodni kontrolni mehanizmi samo periodično bave zatvorenim ustanovama na teritoriji jedne države (uglavnom na četiri godine), ali, sa druge strane, uživaju veći autoritet. Stoga su saradnja i prožimanje nadležnosti nacionalnih i međunarodnih spoljnih mehanizama kontrole veoma značajni za poboljšanje položaja lica smeštenih u zatvorene ustanove, a njihovi

nalazi i preporuke se mogu dopunjavati u cilju što većeg podsticaja zatvorenih ustanova da dostignu uslove koji su u potpunosti usklađeni sa standardima.

Uvid u napred navedene aspekte poštovanja ljudskih prava u pružanju usluga zdravstvene zaštite (kao i drugih usluga) osobama sa mentalnim i intelektualnim poteškoćama smeštenim u socijalne i zdravstvene ustanove, postignut je detaljnije sprovođenjem projekta „Obezbeđivanje zdravstvene zaštite osoba sa mentalnim smetnjama smeštenim u rezidencijalne ustanove Srbije, u skladu sa ljudsko-pravnim standardima“, koji su finansirale Evropska unija i Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Republike Srbije. Nosilac projekta je Udruženje pravnika za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije – Supram iz Beograda, koje je projekat sprovelo zajedno sa Udruženjem za unapređenje mentalnog zdravlja „Duševna oaza“, iz Vršca. Na projektu je angažovano više eksperata iz različitih oblasti koji se bave ljudskim pravima, zdravstvenom zaštitom, mentalnim zdravljem, sociologijom i antropologijom.

Projekat je imao trostruki uticaj: na nivo istraživanja, stepen prakse i nivo kreiranja politike i zakona. Aktivnosti predviđene projektom imaju za cilj da utiču na znanje koje postoji u pogledu položaja osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnim ustanovama, njihovim potrebama i pravima u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Teoretski i naučni doprinos ovog projekta je u informisanju kako naučne zajednice, tako i donosilaca odluka - o datom problemu i mogućem rešenju. Ovaj tematski zbornik rezultat je tog projekta, i bavi se standardima ljudskih prava u pristupu osoba sa invaliditetom zdravstvenoj zaštiti. Zbog toga je važno razjasniti da zdravstveni tretman koji povređuje uslove iz Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, bilo kroz prinudu ili diskriminaciju, ne može biti legitiman ili opravdan doktrinom medicinske neophodnosti. Studija se bavi konkretizacijom prava utvrđenih Konvencijom, kroz praktične preporuke za svakodnevno zdravstveno zbrinjavanje lica sa mentalnim smetnjama smeštenim u ustanove.

Projektom je nastojano da se postigne konkretan i direktan uticaj na tekuće prakse u odnosu na položaj i tretman osoba sa mentalnim smetnjama u rezidencijalnom smeštaju i pružanju zdravstvene zaštite njima, i to je postignuto kroz dva okrugla stola, konferenciju i pet jednodnevnih treninga u rezidencijalnim ustanovama, sa velikim brojem prisutnih učesnika. Time su ostvareni rezultati u podizanju svesti, unapređenju znanja i povećanju senzibiliteta zdravstvenog osoblja i negovatelja u rezidencijalnim ustanovama, kao i opšte javnosti, u oblasti standarda ljudskih prava, standarda ponašanja i poštovanja autonomije

i integriteta osoba sa mentalnim smetnjama. Opravdanost projekta ogleda se i u promovisanju metoda za unapređeno odlučivanje i sprovođenje zakona i politici donosioca odluka.

PERCEPCIJE ISPITANIKA O STANDARDIMA PRUŽANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA I POŠTOVANJA STANDARDA LJUDSKIH PRAVA OSOBA U REZIDENCIJALNIM USTANOVAMA

Dr Isidora Jarić*

Dr Miloš Milenković*

Tekst rekonstruiše percepcije različitih društvenih aktera uključenih u proces medicinske i socijalne brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama smeštenim u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama na teritoriji Republike Srbije o standardima pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga, iz perspective poštovanja standarda ljudskih prava. Analiza je bila fokusirana na tri referentna okvira: (a) institucionalni, (b) profesionalni i (c) normativni okvir poštovanja ljudskih prava u pružanju medicinskih i socijalnih usluga. Empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervjuja sa različitim društvenim akterima (lekarima, medicinskim sestrama i tehničarima, negovateljima/-cama, socijalnim radnicima, psiholozima, specijalnim pedagogima i pravnicima koji su zaposleni u ovim ustanovama, kao i predstavnicima različitih stejkholdera.¹

Ključne reči: zdravstveni sistem, sistem socijalne zaštite, mentalno zdravlje, ljudska prava

* Docent Filozofskog fakulteta u Beogradu. Rad je rezultat angažovanja na projektu: "Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove" koji je finansijski podržala Evropska unija.

* Redovni profesor Filozofskog fakulteta u Beogradu. Rad je rezultat angažovanja na projektu: "Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove" koji je finansijski podržala Evropska unija.

1 Stejkholder (eng. *stakeholder*) = učesnik; zainteresovana strana; akter kome je stalo da neki zajednički projekat uspe.

UVOD

U fokusu ovog dela istraživanja bili su različiti društveni akteri uključeni u proces medicinske i socijalne brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama u rezidencijalnim institucijama na teritoriji Republike Srbije bez Kosova. Razlog za to je jedna od osnovnih premisa ovog istraživanja, a to je da je nemoguće formulisati adekvatnu zdravstvenu i socijalnu politiku pomoći pacijentima sa mentalnim teškoćama koji borave u rezidencijalnim ustanovama, bez dubinskog razumevanja specifične društvene pozicije u kojoj se nalaze ove ustanove i različiti društveni akteri koji su unutar njih odgovorni za raznolike oblike nege pacijenata sa mentalnim teškoćama koji privremeno borave ili žive u ovim ustanovama. U tom smislu, kao jedan od istraživačkih prioriteta našeg projektnog tima, nametnula se i potreba da se glasovi različitih aktera uključenih u ovaj proces brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama čuju, artikulišu i učine vidljivim, a realni zdravstveni, socijalni i razni drugi problemi pacijenata sa mentalnim teškoćama koji borave u rezidencijalnim ustanovama, prepoznaju, mapiraju, sistematizuju i artikulišu, i ponude eventualne preporuke koje će voditi njihovom ublažavanju i/ili razrešavanju u budućnosti.

Empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza koja sledi, prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervjua sa različitim društvenim akterima koji su uključeni u precese brige o pacijentima sa mentalnim teškoćama koji borave u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama, poput lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja/ica, socijalnih radnika, psihologa, specijalnih pedagoga i pravnika koji su zaposleni u ovim ustanovama.

METOD I UZORAK

Uzorak istraživanja

Kako bismo obezbedili reprezentativnost uzorka, uzorak smo stratifikovali u odnosu na dva kriterijuma:

(1) *Tip rezidencijalne ustanove*. Imajući na umu da u Srbiji postoje dva tipa rezidencijalnih ustanova u koje se smeštaju pacijenti sa mentalnim teškoćama, koje potpadaju pod nadležnost dva različita ministarstva (Ministarstva zdravlja → psihijatrijske ustanove i Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja → socijalne ustanove), uzorak ustanova unutar kojih smo tražili ispitanike je stratifikovan u odnosu na njihovu pripadnost jednoj od ove dve

kategorije rezidencijalnih ustanova. U ovom trenutku na teritoriji Srbije bez Kosova postoji ukupno pet psihijatrijskih ustanova rezidencijalnog tipa i trinaest ustanova socijalnog staranja koje zbrinjavaju rezidencijalne pacijente.

Mreže ustanova socijalne² i zdravstvene zaštite³ utvrđene su Uredbom o mreži ustanova socijalne zaštite⁴ i Uredbom o mreži zdravstvenih ustanova⁵. Mreža ustanova socijalne zaštite broji ukupno 89 ustanova koje deli u tri podgrupe prema tipu korisnika: (a) ustanove za decu i mlade, kojih na teritoriji Srbije ima ukupno 21, (b) ustanove za odrasle i starije, kojih na teritoriji Srbije ima ukupno 60, i (c) centre za porodični smeštaj i usvojenje, kojih na teritoriji Srbije ima ukupno 8. U fokusu našeg istraživačkog interesovanja, kao što je već pomenu- to bile su ustanove za smeštaj odraslih sa mentalnim teškoćama koje pripadaju drugom tipu ustanova. Od 60 ustanova tog tipa, samo njih 14⁶ smešta i zbrinjava korisnike sa ovim tipom teškoća. Ovih 14 ustanova raspolaže smeštajnim kapacitetima za 4.089 korisnika.

Ako od ovog broja oduzmemo smeštajne kapacitete od 200 ležaja, Ustanove za odrasle i starije, Štimlje (u Uroševcu, koji se nalazi na teritoriji Kosova), možemo reći da su ustanove koje zbrinjavaju ovaj tip korisnika sa mentalnim teškoćama na teritoriji Republike Srbije bez Kosova, kojih ima ukupno 13, u stanju da to učine u slučaju 3.889 korisnika.

S druge strane, mreža zdravstvenih ustanova koja je organizovana kroz tri nivoa zdravstvene zaštite (primarni, sekundani i tercijarni nivo zaštite), organizovana je tako da se, pod 1) na primarnom nivou zdravstvena delatnost obavlja u okviru domova zdravlja, apoteka i zavoda (Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika, Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Zavod za gerontologiju i palijativno zbrinjavanje, Zavod za stomatolo-

2 One koje pružaju usluge domskog smeštaja i centara za porodični smeštaj i usvojenje, koje osniva Republika Srbija, odnosno, autonomna pokrajina.

3 Isključivo onih u državnoj svojini (prim. aut.).

4 Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, br. 16/2012 i 12/2013.

5 Uredba o mreži zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik RS*, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 i 92/2015.

6 To su sledeće ustanove: (1) Ustanova za odrasle i starije, Aleksinac (Radna jedinica, Tešica, Aleksinac), (2) Ustanova za odrasle i starije, Kragujevac, (3) Ustanova za odrasle i starije (pri Centru za socijalni rad Ljubovija), Ljubovija, (4) Ustanova za odrasle i starije (pri Centru za socijalni rad Paraćin), Paraćin, (5) Ustanova za odrasle i starije, Novi Bečej, (6) Ustanova za odrasle i starije, Stari Lec, Plandište, (7) Ustanova za odrasle i starije, Čurug, Žabalj, (8) Ustanova za odrasle i starije, Blace, (9) Ustanova za odrasle i starije, Veliki Popovac, Petrovac na Mlavi, (10) Ustanova za odrasle i starije, Jabuka, Pančevo, (11) Ustanova za odrasle i starije, Stara Moravica, Bačka Topola, (12) Ustanova za odrasle i starije, Tutin, (13) Ustanova za odrasle i starije, Štimlje, Uroševac, (14) Ustanova za odrasle i starije, Kulina, Aleksinac.

giju, Zavod za plućne bolesti i tuberkulozu i Zavod za kožno-venerične bolesti); pod 2) na sekundarnom nivou, kroz stacionarnu i specijalističko-konsultativnu delatnost u okviru opštih i specijalnih bolnica (*ibid.* 5); i pod 3) na tercijarnom kroz visokospecijalizovanu specijalističko-konsultativnu i stacionarnu zdravstvenu delatnost iz jedne ili više grana medicine u okviru kliničko-bolničkih centara, klinika i instituta (*ibid.*: 5-6).

Od trideset upravnih okruga, na koliko je podeljena teritorija Republike Srbije, u samo četiri od njih se nalaze zdravstvene ustanove koje zbrinjavaju i hospitalizuju pacijente sa mentalnim teškoćama, i to u: (a) severnobanatskom upravnom okrugu - Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Novi Kneževac, (b) južnobanatskom upravnom okrugu - Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Vršac“ i Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Kovin“, (c) nišavskom upravnom okrugu - Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica“, Niš, i (d) gradu Beogradu - Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“. Ovih pet specijalizovanih ustanova raspolaže sa 3.250 bolničkih postelja za lečenje obolelih od psihijatrijskih bolesti, od kojih je do 1.500 postelja namenjeno za zbrinjavanje i lečenje psihotičnih poremećaja u akutnoj fazi, bolesti zavisnosti, za forenzičku psihijatriju, psihogerijatriju i psihosocijalnu rehabilitaciju, a do 1.750 postelja za hospitalizaciju pacijenata obolelih od hroničnih psihijatrijskih bolesti (*ibid.*:8-9).

Imajući sve ovo u vidu, u uzorak našeg istraživanja ušli su akteri iz ukupno pet ustanova koje zbrinjavaju korisnike sa mentalnim teškoćama – tri ustanove socijalne zaštite i dve psihijatrijske ustanove. To su: Ustanova za odrasle i starije iz Novog Bečeja, Ustanova za odrasle i starije - Stari Lec, Plandište, Ustanova za odrasle i starije - Veliki Popovac, Petrovac na Mlavi, Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti u Vršcu, i Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ – Beograd.

(2) *Profesionalna uloga aktera.* Unutar različitih rezidencijalnih ustanova zaposleni su profesionalci različitih profila. Oni su zaduženi za različite aspekte brige o rezidencijalnim pacijentima sa mentalnim teškoćama. U tom smislu, mi smo kao ispitanike u ovo istraživanje uključili: lekare, medicinske sestre i tehničare, negovatelje i negovateljice, socijalne radnike, specijalne pedagoge, psihologe i pravnike zaposlene u ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite koje zbrinjavaju rezidencijalne pacijente, kao i jedan broj socijalnih radnika zaposlenih u centrima za socijalni rad, koji su referentni centri za rezidencijalne ustanove koje su bile u fokusu našeg istraživanja.

Naša je pretpostavka bila da ćemo ovakvim pristupom problemu uspeti da pokrijemo široku lepezu problema sa kojima se u Srbiji danas suočavaju i pacijenti sa mentalnim teškoćama, koji su smešteni u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama.

U odabiru konkretnih ispitanika oslonili smo se na profesionalnu ekspertizu, iskustvo i insajdersku poziciju direktora rezidencijalnih ustanova koje zbrinjavaju osobe sa mentalnim teškoćama, koji su nam nesebično pomogli da uopšte uspemo da izvedemo ovo istraživanje. Direktorima ovih ustanova dali smo precizne instrukcije koje su se ticale odabira konkretnih ispitanika, s molbom da pokušaju da u što većoj meri izađu u susret ovim zahtevima, kako bismo obezbedili što veću reprezentativnost uzorka. Naše molbe bile su vezane za: (a) broj ispitanika koje treba pozvati na svaki pojedinačni fokusgrupni intervju; s obzirom na to da je uobičajeno da se neki od ispitanika predomisle u poslednjem trenutku i odustanu od učešća u intervjuu, molili smo da u okviru svake fokus grupe bude pozvano ne manje od 10 do 12 ispitanika, (b) pol ispitanika; prilikom pozivanja ispitanika, zamolili smo ih da vode računa da unutar svake grupe budu jednako zastupljeni i muškarci i žene u meri u kojoj je to moguće ostvariti u odnosu na postojeću strukturu zaposlenih, (c) *geografski položaj ustanove*; prilikom pozivanja ispitanika, zamolili smo ih da pokušaju, ukoliko je to moguće⁷, da naprave grupe tako da u njima budu prisutni ispitanici/zaposleni iz različitih rezidencijalnih ustanova, i (d) *identitet* ispitanika u odnosu na profesionalnu funkciju koju obavljaju unutar rezidencijalnih ustanova (lekari, medicinske sestre i tehničari, negovatelji i negovateljice, socijalni radnici, specijalni pedagozi, psiholozi, pravnici, direktori ustanova, predstavnici stejkholdera).

Ukrštanjem ovih kriterijuma, sačinili smo plan istraživanja koji je podrazumevao izvođenje šest odvojenih fokusgrupnih intervjuova sa: (a) lekarima, (b) medicinskim sestrama i negovateljima u ustanovama socijalne zaštite, (c) medicinskim sestrama i tehničarima u psihijatrijskim institucijama, (d) stručnim saradnicima u ustanovama socijalne zaštite (socijalnim radnicima, psiholozima, specijalnim pedagozima), (e) direktorima zdravstvenih i socijalnih ustanova rezidencijalnog tipa, u kojima borave korisnici sa mentalnim teškoćama i (f) predstavnicima stejkholdera (članovima nevladinih organizacija koje se bave zaštitom prava pacijenata sa mentalnim teškoćama, predstavnicima nadležnih ministarstava, Institutom za zaštitu javnog zdravlja Srbije „Batut“, Kancelarijom poverenika za zaštitu ljudskih i manjinskih prava).

7 Tj. ukoliko se ustanove nalaze relativno blizu.

Prilikom planiranja i izvođenja konkretnih fokusgrupnih intervjua, vodili smo računa o nekoliko različitih vrsta problema za koje smo pretpostavljali da bi potencijalno mogli da ugroze dinamiku razgovora ukoliko ih ne kanališemo u pripremnim fazama istraživanja, ili neposredno pre izvođenja intervjua.⁸ Ove probleme, u analitičke svrhe, podelili smo u tri grupe:

1. *Personalne*, koji se tiču ličnosti pojedinačnih ispitanika, njihovih socio-demografskih obeležja (pola, starosti, obrazovanja, socioekonomskog statusa i tome slično), ali i položaja koji zauzimaju unutar institucionalne strukture.
2. *Interpersonalne*, koji se tiču različitih odnosa u kojima se nalaze ispitanici, a koji nisu ekskluzivno vezani za temu našeg istraživanja. U tom smislu zamolili smo direktore koji su bili naši informeri, da vode računa da u odabiru ispitanika izbegnemo da u istu grupu stavimo ispitanike koji su u konfliktu, ili iz bilo kog drugog razloga osećaju nelagodnost u prisustvu onog drugog, kako njihove međusobne interakcije ne bi potencijalno odvlačile pažnju grupe, i/ili samih ispitanika, sa fokusgrupnog intervjua.
3. *Enviromentalne*, koji se tiču spoljašnjih okolnosti u kojima se odvija fokusgrupni intervju. U tom smislu nastojali smo da u:
 - a) pripremnim fazama istraživanja obezbedimo prostor u kome je moguće izvesti fokusgrupni intervju (koji bi bio intimnijeg karaktera, dovoljno velik, gde komotno mogu da sede svi ispitanici, koji je miran, kako bi razgovor sa ispitanicima mogao da se snima i na osnovu tog snimka da se napravi transkript intervjua), a koji bi bio pristupačan i ispitanicima koji dolaze iz drugih ustanova;
 - b) datim okolnostima, neposredno pre izvođenja fokusgrupnog intervjua, obezbedimo što prijatnije uslove za izvođenje samog intervjua. To je moguće, pre svega, uz poštovanje dogovora koje se mora postići sa svakom pojedinačnom grupom ispitanika, neposredno pre započinjanja samog intervjua.

Razmišljanje o ovim problemima i njihovo blagovremeno kanalisanje omogućilo nam je da u konkretnoj istraživačkoj situaciji ni u jednom trenutku ne narušimo *zonu komfora* (Đurić, 2005: 11) ispitanika i da sve fokusgrupne

8 Dizajn ovog istraživanja poučen je problemima, posebno u vezi sa dostupnošću ispitanika, strukturom uzorka i pristrasnošću kakvu benevolentna asimetrija podrazumeva, uočenim i analiziranim u prethodnim sličnim istraživanjima. V. Milenković, Jarić i Radonjić, 2014; Milenković, Jarić i Sokolovska, 2014.

intervjue izvedemo na zadovoljavajući način, vodeći računa o posebnim potrebama i ličnom dostojanstvu svakog pojedinačnog ispitanika.

Istraživački instrument⁹ podelili smo u četiri segmenta, kako bismo rekonstruisali percepcije ispitanika o različitim standardima pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga, i standarda ljudskih prava osobama sa mentalnim teškoćama smeštenim u rezidencijalnim ustanovama unutar:

- a) institucionalnog okvira,
- b) okvira profesionalne zajednice i
- c) unutar normativnog okvira poštovanja ljudskih prava.

Planirani cilj prvog dela razgovora bio je da se ispitanici upoznaju sa načinom komunikacije tokom fokusgrupnog intervjuja. U drugom delu razgovora, cilj je bio prikupljanje informacija od ispitanika (zaposlenih u ustanovama zdravstvenog i socijalnog staranja u kojima borave rezidencijalni pacijenti/štićenici, i referentnim centrima za socijalni rad) o tome na koji način se obezbeđuje poštovanje određenih institucionalnih standarda. Ispitanike smo u ovom delu razgovora molili da nam daju informacije vezane za sprovođenje:

- a) inspekcijskog,
- b) stručnog, i
- c) internog nadzora zaposlenih u zdravstvenim i socijalnim ustanovama rezidencijalnog tipa, kao i njihovo mišljenje o smislu i učinkovitosti ovih institucionalnih praksi.

Treći deo razgovora posvetili smo prikupljanju informacija od ispitanika o praksama koje se prepoznaju kao uobičajene i poželjne unutar profesionalne zajednice zaposlenih (lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja i zaposlenih u upravama institucija koje su u fokusu našeg istraživačkog interesovanja) u radu sa pacijentima sa mentalnim teškoćama.

Četvrti deo razgovora bio je posvećen prikupljanju informacija od ispitanika (zaposlenih u rezidencijalnim ustanovama) o njihovim znanjima vezanim za prava pacijenata, zaštitu prava pacijenata, kao i njihovim razmišljanjima o mogućim pravcima unapređivanja zdravstvene i socijalne zaštite osoba sa mentalnim teškoćama.

Metod

9 Videti Prilog tematskog zbornika.

Prikupljeni empirijski podaci analizirani su pomoću diskurzivne analize. Kao i svaka diskurzivna analiza, i naša je bila fokusirana na jezik i značenja koja se putem jezika proizvode kroz govor (svedočanstva/narative ispitanika). Jer, jezik nije neutralni medijum putem koga se „samo“ komunicira i razmenjuju se informacije. Jezik je socijalno polje unutar koga se naše znanje o svetu koji nas okružuje aktivno oblikuje. U tom smislu, i diskurzivna analiza koja je korišćena u ovom istraživanju nastojala je da jezik koji koriste ispitanici/ispitanice tretira, ne kao puku refleksiju realnosti, već kao medijum koji tu realnost konstruiše i organizuje je za nas. (Tonkiss, 1996: 246), narativ svakog pojedinačnog ispitanika, kao mesto unutar koga se socijalna značenja artikulišu i reprodukuju, a određeni (lični i socijalni) identiteti formiraju. Diskurzivna analiza empirijske građe bila je fokusirana na dve centralne teme.

S jedne strane na:

- a) *interpretativni kontekst* (Tonkiss, 1996: 249) (u našem konkretnom slučaju on se konstituiše unutar socijalnu realnosti rezidencijalnih ustanova zdravstvene i socijalne zaštite u kojima borave korisnici sa mentalnim teškoćama u kojima su zaposleni naši ispitanici) unutar koga narativ(i) nastaje,

a sa druge strane na:

- b) *retoričku organizaciju narativa* (Tonkiss, 1996: 250).

Interpretativni kontekst se odnosi na socijalne okolnosti unutar kojih određeni narativ nastaje, jer je svaki narativ konstruisan u nekom specifičnom socijalnom kontekstu, kome se njegovi autori (svesno ili nesvesno) uvek na određen način prilagođavaju. U tom smislu, istraživanje interpretativnog konteksta podrazumeva neku vrstu traganja za značenjima koja se mogu naći i razumeti samo ukoliko se u analizi ode „iza samog narativa“ (Tonkiss, 1996: 249) i traga za interpretacijom koja proističe iz konkretnog socijalnog i kulturnog konteksta, unutar koga je, u našem slučaju, narativ ispitanika, nastao. Sa druge strane, analiza retoričke organizacije narativa podrazumeva traganje za specifičnom matricom argumenata, koja proishodi, s jedne strane, iz određene odabrane interpretativne strategije, a sa druge, iz određenog vrednosnog, teorijskog i/ili ideološkog diskursa (koji može biti i spolja indukovana kao deo šire strategije prilagođavanja institucionalnom kontekstu zdravstvenih i socijalnih ustanova unutar kojih naši ispitanici rade) unutar koga ispitanik živi, dela i misli. Razumevanje ovog interpretativnog konteksta i strukture argumentacije

unutar narativa od posebne je važnosti za osvetljavanje specifičnih identitetskih pozicija ispitanika koje se konstituišu unutar ovih specifičnih lokalnih i institucionalnih sredina, koje je opet neophodno razumeti kako bi mogla da se prepoznaju i artikulišu realna značenja postojećih i nepostojećih standarda pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga i poštovanja ljudskih prava korisnika sa mentalnim teškoćama.

Realizovani uzorak

U ovom delu našeg istraživanja, kao što je napomenuto u poglavlju o metodi, empirijski podaci na osnovu kojih je izvedena analiza prikupljeni su uz pomoć fokusgrupnih intervju sa različitim akterima koji su zaposleni ili svoje profesionalne zadatke obavljaju unutar zdravstvenih i socijalnih rezidencijalnih ustanova za korisnike sa mentalnim teškoćama. Prema planu uzorka obrazloženom u poglavlju o uzorku istraživanja, uz pomoć unutarinstitucionalnih informera, poziv za učešće u istraživanju uputili smo na adrese ukupno 68 ispitanika. Od tog broja, našem pozivu se odazvalo ukupno 55 ispitanika, s tim da su se u slučaju druge fokus grupe, koja je izvedena u ustanovi socijalne zaštite u Novom Bečeju sa medicinskim sestrama i negovateljicama, razgovoru priključile i dve lekarko koje u toj instituciji rade. Pošto su lekarko izrazile želju da učestvuju u ovom razgovoru, a uklapale su se u projektom predviđeni profil ispitanika, mi smo ih uključili u uzorak. Dakle, konačni broj ispitanika koji su uzeli učešće u našem istraživanju je 55 (videti tabelu 1).

Tabela 1. - Distribucija broja planiranih ispitanika i onih koji su uzeli učešće u istraživanju

Fokus grupa	Broj planiranih ispitanika	Broj ispitanika
I grupa	12	12
II grupa	12	14
III grupa	12	8
IV grupa	12	9
V grupa	10	4
VI grupa	12	8
Total	70	55

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

U pogledu polne distribucije ispitanika, možemo konstatovati da je dobijeni uzorak na izvestan način zakrivljen (videti tabelu 2), što je pre svega posledica natprosečne zastupljenosti žena među zaposlenima u ovom tipu institucija, i to je vidljivo među zaposlenima svih profila (videti tabelu 3).

Tabela 2. - Distribucija ispitanika u odnosu na pol

Pol/Fokus grupa	I	II	III	IV	V	IV	Total
Muški	3	0	3	3	1	2	12
Ženski	9	14	5	6	3	6	43
Total	12	14	8	9	4	8	55

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Tabela 3. - Distribucija ispitanika u odnosu na pol i identitet ispitanika

Identitet/Pol	Žene	Muškarci	Total
Lekari/Lekarke	11	4	15
Medicinske sestre i tehničari	11	3	14
Negovatelji	7	0	7
Socijalni radnici	4	1	5
Psiholozi	2	0	2
Specijalni pedagozi	4	2	6
Direktori	3	1	4
Ostalo	1	1	2
Total	43	12	55

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Kriterijumi selekcije ispitanika, i specifična socijalna optika koja proističe iz unutarstrukturalne pozicije svakog od socijalnih aktera koji su bili u fokusu našeg istraživanja, u svakoj pojedinačnoj fokus grupi rezultirali su specifičnom raspodelom ispitanika koji su uzeli učešće u različitim fokusgrupnim intervjuima. Kao što se iz tabele 4 može videti, nastojali smo da u svakoj pojedinačnoj grupi osvetlimo specifičnu poziciju određenog društvenog aktera (lekara, medicinskih sestara i tehničara, negovatelja, stručnih saradnika – psihologa, speci-

jalnih pedagoga, socijalnih radnika, direktora zdravstvenih i socijalnih ustanova rezidencijalnog tipa, predstavnika različitih državnih institucija, nezavisnih tela, nevladinih organizacija i udruženja koja se bave zaštitom prava osoba sa mentalnim teškoćama → videti tabelu 4).

Tabela 4. - Distribucija ispitanika u odnosu na njihov identitet

Identitet/Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
Lekari/Lekarke	12	2	0	0	0	1	15
Medicinske sestre i tehničari	0	5	0	9	0	0	14
Negovatelji	0	7	0	0	0	0	7
Socijalni radnici	0	0	3	0	0	2	5
Psiholozi	0	0	1	0	0	1	2
Specijalni pedagozi	0	0	4	0	0	2	6
Direktori	0	0	0	0	4	0	4
Ostalo	0	0	0	0	0	2	2
Total	12	14	8	9	4	8	55

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

U odnosu na stepen obrazovanja ispitanika, naš ukupni uzorak značajno odstupa od strukture opšte populacije Srbije¹⁰, jer su u njemu značajno nadzastupljeni ispitanici sa visokom školskom spremom, a blago podzastupljeni oni sa srednjom, i značajno podzastupljeni oni sa osnovnom školom (videti tabele 5 i 6).

Tabela 5. - Distribucija ispitanika u odnosu na stepen obrazovanja

Stepen obrazovanja/ Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
Fakultet	12	2	8	1	4	7	34
Viša škola	0	0	0	2	0	0	2
SSS	0	11	0	6	0	1	18
OŠ	0	1	0	0	0	0	1

10 Podaci sa poslednjeg popisa stanovništva iz 2011. godine pokazuju da je obrazovna struktura populacije Srbije (podaci se odnose samo na građane starosti od 15 i više godina) takva da, unutar nje, 34,36% građana nema nikakvu školu, ima nepotpunu osnovnu školu ili završenu osnovnu školu, 48,93 % ima završenu srednju školu, a 16,04 % ima završenu višu školu ili fakultet (Republički zavod za statistiku, 2013: 34).

Total	12	14	8	9	4	8	55
--------------	-----------	-----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Tabela 6. - Distribucija ispitanika u odnosu na stepen obrazovanja u procentima (%)

Stepen obrazovanja	Total %
Fakultet	61,81
Viša škola	3,63
SSS	32,72
OŠ	1,81
Total %	100

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Tabela 7. - Distribucija ispitanika u odnosu na bračni status

Bračni status/Fokus grupa	I	II	III	IV	V	VI	Total
neudata/neoženjen	5	2	2	2	0	2	13
udata/oženjen	6	10	5	7	3	4	35
kohabitacija/vanbračna zajednica	0	0	1	0	1	2	4
razvedena/razveden	1	2	0	0	0	0	3
udovica/udovac	0	0	0	0	0	0	0
Total	12	14	8	9	4	8	55

Izvor: Projekat *Securing health care in line with human rights standards for persons with disabilities in residential institutions in Serbia*

Najveći broj ispitanika iz našeg uzorka je u braku (63,63%). Značajno manje ih je neudato i neoženjeno (23,63%). U kohabitaciji sa partnerom živi 7,27% ispitanika, dok je svega 5,45% ispitanika razvedeno (videti tabelu 7).

Svi intervjuisani ispitanici su zaposleni. U 80% slučajeva zaposleni su na neodređeno vreme, a u 18,18% na određeno vreme. U uzorku ispitanika imali smo i jednog penzionera koji je član jedne nevladine organizacije koja se bavi zaštitom prava pacijenata sa mentalnim teškoćama.

Već i iz ovog letimičnog uvida u uzorak našeg istraživanja, jasno je da nam on postavlja i izvesna interpretativna ograničenja. Najvažnije od njih odnosi se na odsustvo, odnosno, nedovoljno prisustvo ispitanika sa završenom srednjom i

osnovnom školom, koji čine značajan deo zaposlenih u različitim institucijama sa kojima rezidencijalni korisnici sa mentalnim teškoćama svakodnevno dolaze u kontakt. U tom smislu važno je naglasiti da i rezultate ovog istraživanja treba čitati u tom ključu.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Društvena pozicija osoba sa mentalnim teškoćama, koje borave u psihijatrijskim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama u Srbiji, višestruko je komplikovana. Pored zdravstvenih izazova koji proizlaze iz specifične kliničke slike svakog pojedinačnog korisnika, korisnici sa mentalnim teškoćama suočavaju se i sa čitavim nizom socijalnih, društvenih i institucionalnih izazova unutar različitih ustanova u kojima borave ili sa kojima dolaze u kontakt kako bi zadovoljili različite zdravstvene i socijalne potrebe koje imaju. Osnovni cilj ovog dela istraživanja bio je da pokuša da razume specifične pozicije različitih društvenih aktera uključenih u proces brige o korisnicima sa mentalnim teškoćama, koji su smešteni u psihijatrijskim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama, u pogledu poštovanja određenih standarda unutar: (a) *svojih institucionalnih okvira*, ali i drugih ustanova sa kojima profesionalno dolaze u dodir, (b) *profesionalnih zajednica* lekara, medicinskih sestara, medicinskih tehničara, negovatelja i stručnih saradnika, i (c) *normativnog okvira* poštovanja ljudskih prava u pružanju zdravstvenih i socijalnih usluga.

INSTITUCIONALNI STANDARDI

Obezbeđivanje poštovanja određenih institucionalnih standarda koji su definisani različitim zakonskim i podzakonskim aktima unutar zdravstvenog i socijalnog sistema zaštite korisnika sa mentalnim teškoćama sprovodi se uz pomoć različitih vrsta inspekcijiskog nadzora. Postojeći Zakon o inspekcijiskom nadzoru (u daljem tekstu ZoIN), usvojen 2015. godine, poseban akcenat stavlja na „preventivne mere, ali i na povećanje odgovornosti svih subjekata u tom procesu. Uspostavljanjem sistema procene rizika (kroz koji se, prim. aut.) umanjuju neujednačenost, koruptivnost i druge moguće negativne pojave“ (Stefanović i dr., 2015: 2).

Inspekcijiski nadzor je posao državne uprave čija sadržina i pojam su utvrđeni zakonom. Cilj ove vrste nadzora je da se „preventivnim delovanjem ili nalagan-

jem mera obezbedi zakonitost i bezbednost poslovanja i postupanja nadziranih subjekata i spreče ili otklone štetne posledice po zakonom i drugim propisom zaštićena dobra, prava i interese“ (Stefanović i dr., 2015: 2). Inspeksijski i drugi srodan nadzor, koji sprovode različiti državni organi i organizacije često se naziva i drugim imenima. Tako se u postojećim pravnim aktima „nekada zove upravo 'inspeksijski nadzor' (a ovlašćena lica koja vrše nadzor – 'inspektori')¹¹, a nekada drugim nazivom, poput: 'kontrola poslovanja', 'nadzor nad radom', 'stručni nadzor', 'upravni nadzor', 'kontrola rada', samo 'nadzor' i sl., ali suštinski, kada se analiziraju prava i obaveze učesnika u tom nadzoru, metod nadzora, radnje koje se preduzimaju i mere koje se izriču, njihovo dejstvo itd., predstavlja inspeksijski nadzor, premda se terminološki tako ne zove, ili oblik nadzora koji je bitno sličan i srodan inspeksijskom nadzoru.“ (Stefanović i dr, 2015: 6-7)

Po izvršenom inspeksijskom nadzoru, prema članu 35 ZoIN-a, inspektor sačinjava Zapisnik o inspeksijskom nadzoru na koji se nadzirani subject može žaliti u roku od pet radnih dana od prijema zapisnika (član 36 ZoIN-a). Već u ovom trenutku bilo bi očekivano da zaposleni unutar nadzirane zdravstvene ili socijalne ustanove koja je bila predmet nadzora budu informisani o sadržaju zapisnika kako bi unutar institucije bilo moguće formulisati što preciznije primedbe na primljeni zapisnik. Nakon razmatranja dostavljenih primedbi, inspektor, prema članu 37, donosi Rešenje koje uključuje mere upravljene prema nadziranom subjektu. Protiv rešenja, ustanova, tj. nadzirani subjekt, može se žaliti u roku od 15 dana od dana dostavljanja pisanog rešenja (član 39 ZoIN-a).

„Nadzirani subjekat dužan je da, u roku od osam dana od dana isteka roka za preduzimanje mera izrečenih rešenjem inspektora, obavesti inspekciju o izvršenju izrečenih mera, osim kada je rešenjem kojim su naložene hitne mere radi sprečavanja ili otklanjanja opasnosti po život ili zdravlje ljudi, životnu sredinu ili biljni ili životinjski svet određen kraći rok” (član 41 ZoIN-a).

Na osnovu svega pomenutog, jasno je da je zakonodavac određenim zakonskim rešenjima nastojao da postupak inspeksijskog nadzora učini što transparentnijim i javnim, kao i da u njega uključi što veći broj zainteresovanih aktera.

11 Primer: član 267 stav 3 Zakona o tržištu kapitala (*Službeni glasnik RS*, broj 31/11) – [stav 2. „Komisija (za hartije od vrednosti) vrši nadzor neposrednim uvidom u opšta akta, poslovne knjige, izvode sa računa, prepisku i druge dokumente, uključujući i elektronske medije i ostale podatke koje su subjekti nadzora obavezni da vode i dostavljaju Komisiji, vrši analizu tih podataka, uzima izjave od odgovornih lica i ostalih zaposlenih u subjektu nadzora, kao i od drugih lica koja imaju saznanja od interesa za nadzor.“; stav 3: „Nadzor iz stava 2 ovog člana vrši ovlašćeno lice Komisije - inspektor u prostorijama subjekta nadzora ili lica sa kojim subjekat nadzora ima bliske veze.“]

Nažalost, rezultati našeg istraživanja pokazuju veoma *slabu informisanost* zaposlenih o različitim vrstama inspeksijskog nadzora koji se sprovode ili bi trebalo da se sprovode unutar institucija u kojima rade, kao i o rezultatima izvršenih inspeksijskih nadzora:

„Zaposleni, bar većina nas, nisu obavešteni o rezultatima nadzora.“ (*lekarka*)

„Većina zaposlenih je isključena. Tehničari jesu sigurno, za lekare ne znam pouzdano, ali većina nije obaveštena.“ (*medicinski tehničar*)

U strukturi odgovora ispitanika primetno je da *stepen obaveštenosti* u najvećoj meri zavisi od njihovog polazaja unutar sistematizacije/unutarinstitucionalne hijerarhije radnih mesta. Stepem upućenosti raste paralelno sa stepenom odgovornosti koju podrazumevaju određena radna mesta. Najmanje upoznati sa zaključcima iznetim u zapisniku i rešenju koje donosi inspektor jesu negovatelji, koji su na ovu grupu pitanja uglavnom odgovarali, s jedne strane, ćutanjem, ili su se pak trudili da rekonstruišu odgovor na osnovu njima poznatih činjenica, a s druge strane, imamo i ovakve odgovore:

„Ja ću reći da sam upućena u trpezariju, mi imamo obroke, sanitarna je bila. To znam. Za ovo drugo ne znam ...“ (*negovateljica*)

„Upućeni smo kada dođe na odeljenje, npr. sanitarna inspekcija, imali smo za kuhinju, tako da to znamo.“ (*negovateljica*)

„Ja mislim da mi koji radimo na odeljenju kao sestre, negovateljice, spremačice - mi taj papir nismo videli. Možda su doktorke obaveštene na 'timu' kad imaju, ali mi lično to nismo videli, o tome nismo obavešteni, samo to što čujemo.“ (*medicinska sestra*)

Na osnovu odgovora drugih aktera moguće je rekonstruisati mehanizme uz pomoć kojih se unutar zdravstvenih i socijalnih ustanova koje su bile u fokusu ovog istraživanja, prenose informacije o inspeksijskom nadzoru:

„Jedina obaveštenja o inspeksijskom nadzoru zaposleni dobijaju na jutarnjim sastancima, u vidu kratkog rezimea. U zapisnik nismo imali uvid, ali smo ovako, kratkim usmenim saopštenjem od strane rukovodioca, obavešteni o rezultatima nadzora.“ (*lekarka*)

„Obavešteni smo uvek kako je prošla inspekcija, odnosno nadzor, ili kako se zove komisija koja dolazi u nekoj kraćoj formi, a ponuđeno nam je da putem mejla dobijamo ceo tekst izveštaja, ali se to do sada nije desilo.“ (*lekarka*)

„Imamo glavnu sestru, imamo doktora, mi komuniciramo između sebe.“ (*medicinska sestra*)

„To je uglavnom, da kažem, neka *žvaka*, između smena - e, ovaj je ovako uradio, ovaj je onako uradio.“ (*medicinska sestra*)

„Kolega i ja, čini mi se da nismo videli izveštaj inspeksijskog nadzora, ali smo svakako dobili njihov odgovor sa smernicama šta treba promeniti...“ (*stručni saradnik, defektolog*)

„Preko stručnog kolegijuma. Znači, na stručnom kolegijumu smo zajedno sa direktorom pročitali i izanalizirali ovaj njihov izveštaj i podelili zadatke.“ (*stručni saradnik, socijalni radnik*)

U najvećem broju slučajeva, ispitanici svedoče o tome da su posredstvom neposrednih rukovodilaca, a u saglasju sa institucionalnom hijerarhijom, obavestavani u skraćenoj formi o izvršenom inspeksijskom nadzoru. Nešto više informacija o sadržaju primedbi, sasvim sigurno dobijaju lekari i stručni saradnici, a značajno manje svi ostali akteri uključeni u proces prige o korisnicima sa mentalnim teškoćama. Na osnovu prikupljenog empirijskog materijala možemo reći da su direktori jedini akteri koji imaju potpunu informaciju o toku i dinamici ovog procesa:

„Konkretno, za našu bolnicu, nadzor stručnog rada vrši Ministarstvo zdravlja, odnosno inspekcija ministarstva zdravlja. Oni najčešće dolaze po prijavi, i redovne nadzore imaju, a dolaze i po različitim vidovima prijava. Radi se o pacijentima. S druge strane, mi imamo komisiju za naš unutrašnji stručni nadzor, koja je formirana na nivou institucije i ona redovno funkcioniše i izveštava komisiju za kvalitet rada koja postoji, takođe, u okviru institucije, i definisana je zakonom o zdravstvenoj zaštiti (...) Komisija za unutrašnje nadzore internog karaktera, formira se na predlog stručnog saveta, koji je, takođe, definisan zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a po kome stoji komisija za vanredni unutrašnji nadzor, kada se dese neki vanredni događaji na nivou institucije, i tada je direktor ovlašćen da formira komisiju po nekom hitnom postupku. Znači, postoje tri vrste, da kažem, stručnog nadzora. Takođe, imamo i nadzore od različitih institucija kojima je akreditivne dala država kao što je Komitet pravnika EU, koji svakih 4-5 godina obilazi naše institucije u dogovoru sa Ministarstvom zdravlja, ali oni imaju akreditivne da razgovaraju sa svim našim pacijentima i bez naše saglasnosti. Oni razgovaraju. Poslednja njihova vizita je bila pre jedno 3 godine, kada je predsednik bio pravnik iz Ukrajine, bio je prisutan Irac, isto psihijatar, jedna pravica iz Makedonije i dva naša prevodioca. Oni su uzeli samo *city map* naše institucije, imali su pravo da ulaze u sva odeljenja i, bez naše saglasnosti, da razgovaraju sa svakim od pacijenata. Nakon toga su napisali izveštaj koji je otišao u Brisel, to je Evropska komisija... Ne znam tačno naziv. I, mi smo dobili taj izveštaj... Treba da se dostavi ministarstvu zdravlja i zaštitiniku građana, i mi na njihove primedbe dajemo svoje mišljenje, svoj izveštaj, isto i na njihove pred-

loge, i ono što smo uradili po njihovim predlozima u prethodnom predmetu... Ja, kao direktor, kao ovlašćeno lice, upoznajem sve svoje zaposlene na stručnim kolegijumima gde su svi šefovi odeljenja, koji na svojim stručnim sastancima upoznaju svoje osoblje i prenose sve primedbe i sve sugestije.“ (*direktorka*)

No, iako se može steći utisak da zaposleni o inspekcijском nadzoru i njegovim uvidima saznaju samo fragmentarno, u domenu vlastitih odgovornosti i kompetencija, mnogi od njih imaju zamerke vezane za postojeće prakse, koje se odnose na:

(a) dinamiku inspekcijских nadzora:

„Što se inspekcijского nadzora tiče, nismo ga dugo videli.“ (*medicinski tehničar*)

„Bio je. Ja u ustanovi radim 5 godina. Spominjali su da je, čini mi se, bio 2007. ili 2008. godine, a od kada sam ja ovde, bili su u januaru-februaru 2014... Poslednji razmak je bio pre mnogo više od 3 godine. I sada... koliko je prošlo od poslednjeg, odnosno od prethodnjeg i poslednjeg, to je, znači, više od 3 godine.“ (*stručni saradnik, socijalni radnik*)

„Ja radim 14 godina u instituciji iz koje dolazim. Imala sam jedan stručni nadzor za tih 14 godina, prošle godine je bio. A iz razgovora sa kolegama koji su duže u instituciji, znam da je prethodni nadzor bio 90-ih.“ (*stručna saradnica, defektološkinja*)

(b) postojeće procedure i pouzdanost prikupljenih podataka od strane inspektora:

„Nije taj nadzor koji je sproveden baš tačan... Često dolazi do nesuglasica, i netačno shvaćenih stvari od strane nadzora, razumete?“ (*lekarka*)

„Ja ne znam sad kako ide ta procedura, očigledno možda i postoji. Ta procedura prosto meni nije poznata, ali kad je sačinjen zapisnik, to je to, taj utisak koji je stekla inspekcija, prosto, tog trenutka kad je bila tog dana... Ne mislim da je to najbolji način nadzora. To sam htela da kažem. Zato što ne može za to kratko vreme da se stekne pravi utisak. To je moje mišljenje.“ (*lekarka*)

(c) fokus nadzornog postupka koji često diktiraju aktuelni trendovi, a ne ideja o sistemskoj podršci ustanovama, da trajno poboljšaju kvalitet usluga koje pružaju korisnicima:

„Sve zavisi od toga zbog čega su došli. Na primer, ako postoji promena zakona, to je vrlo često razlog, i onda se najčešće sve to svodi na dokumentaciju,

ne toliko medicinsku, koliko onu vezanu za pristanak lečenja, vezano za prisilne hospitalizacije. Znači, uglavnom je sve vezano za stručni nadzor, vezano za medicinsku dokumentaciju, odnosno pravnu stranu boravka i lečenja pacijenata, korisnika...“ (*stručna saradnica, psihološkinja*)

„Mnoge nevladine organizacije koje su dolazile u nadzor bile su strahovito protivne oko toga da li nekog korisnika fiksirati ili ne, i gotovo da su se samo time bavili... mi se, koliko možemo, trudimo da poštujemo ljudska prava, znači, svakog, pa i mentalno retardiranog i duševnog bolesnika, ali, postoje stanja kada pacijent mora da se fiksira. Najviše je bilo razgovora oko te fiksacije sa njima... ima takvih stanja, akutnih, gde smo stvarno prinuđeni da to uradimo... kada su neke epilepsije u pitanju, kad je on agresivan, kad udara glavom, kad prevrne krevet, kad slomi krevet, kad udara nas, radnike, pa ne možeš dopustiti da nekoga bije, tuče ili nekog... imamo i tu... evidenciju. Ako korisnik udari radnika, i šutira, imate one koji znaju karate, pa vas složi dok ste... to je deo svakodnevice.“ (*lekarka*)

(d) smisao celokupnog nadzornog procesa:

„Pa, svaki nadzor po sebi ima za cilj da nešto konstatuje i, samim tim, poboljša. Ono što sigurno uradi jeste da se potruži da ono što je slovo zakona bude sprovedeno. Ono što mislim da bi trebalo da bude drugačije, jeste da to slovo zakona ima više podataka u zavisnosti od vrste ustanove u koju se dolazi, da bude uže specifikovano unutar određene podgrane medicine, pa još podgrane u okviru svake grane medicine i subspecijalnosti... ako pričamo o psihijatriji, ne može konstantno sve isto da se sprovede unutar klinike, instituta i specijalne bolnice, prosto bekgraund svake ustanove i svakog korisnika nije isti, a nije ni krajnji ishod isti, tako da, u odnosu na to, treba da postoje neke podgrupe, kako bi se to regulisalo, a što se tiče ispravnosti rada, i ostalog, treba da bude univerzalno, po principima dobre kliničke prakse, i da to nije sporno, jer to tako jeste.“ (*lekarka*)

„U zaključcima su bile i neke nerealne stvari. Pre svega su se odnosile na broj radnika koji je potreban za rad u tim objektima, što mi nismo mogli da ostvarimo zbog finansija i, naravno, vi znate, same države, budžeta i ostalih stvari koje ne zavise od same institucije.“ (*stručna saradnica, defektološkinja*)

„Pa, postoje neki nalozi ministarstva koji, po mom mišljenju, nisu u skladu sa nekim realnim funkcionisanjem ustanova. Na primer, ugradnja lifta... za šta su označena sredstva potrošena, a nije neophodan za funkcionisanje ustanove... koliko adaptacija ili angažovanje novih radnika, ili šta god, izmeštanje korisnika - ono čime se mi bavimo - izmeštanje korisnika u društvenu zajednicu. Za taj

novac, mislim, da smo mogli i jednu kućicu da izgradimo i izmestimo nekoliko korisnika.“ (*stručna saradnica, socijalna radnica*)

„Po standardima za pružanje domskog smeštaja, čini mi se da objekat sa više spratova i sa više od... ne znam koliko korisnika, mora da ima lift. Dok se ne obraća pažnja na neke druge stvari.“ (*stručni saradnik, defektolog*)

„Meni se čini da su oni u stvarima koje su proveravali, ili šta su već analizirali ovde, više gledali neki spoljašnji deo. Na primer, u poslu kojim se ja bavim, a to je socijalni rad, samo jedan deo posla je dokumentacija. Inspekcija se toliko bavila papirima... da li je nešto upisano ćirilicom ili latinicom, ili ovako i onako... a da neke suštinske probleme koji bi, ako bi se rešili, zaista doprineli poboljšanju kvaliteta života korisnika ovde, kao i njihovom osamostaljivanju, u svakom smislu kvaliteta njihovog života, da sada ne nabrajam, čini mi se da se to nije ni gledalo. Ako se ja dobro sećam, oni su meni tada rekli da dokumentaciju ređam, da svaki noviji dokument stavljam ispod onog prethodnog, što znači da mi je vrh na dosijeju onaj papir koji je od pre 20 godina, na primer, neki dopis iz nekog Centra za socijalni rad... a da bih stigao do nečeg možda aktuelnog, a treba da se bavim time, ja moram da prekopam ceo dosije da bih to izvadio. Eto, u tom smislu.“ (*stručni saradnik, socijalni radnik*)

- (e) Ipak, najozbiljnije primedbe ticale su se nepostojanja preciznih standarda za merenje određenih aspekata rada zaposlenih u ovoj specifičnoj vrsti ustanova:

„Pa, u suštini, ako pitate za te stručne nadzore, to je u socijalnoj zaštiti nešto sasvim drugačije u odnosu na bilo šta. Što se tiče dela koji mi radimo, a to je defektološki deo, u socijalnoj zaštiti ne postoje određena merila koja bi mogla da se koriste, i da se dâ određenim stručnim službama da bi oni mogli da mere kvalitet našeg rada. Ne postoji nijedna, ja ne znam da li je ikada i bila postavljena struktura i papirologija što se tiče defektološkog rada. Što se tiče medicinskog rada i socijalnog rada, tu postoji jedna hijerarhija i način vođenja evidencije rada u tim službama. Znači, postoje određeni dosijeji, koji se na određen način popunjavaju, i sve što rade sa tim korisnikom se na neki način izveštava. Što se tiče rada sa defektološkog dela, pa hajde da kažem i psihološkog, koji imaju svoje standarde, ali oni nisu prilagođeni uslovima socijalne zaštite, dakle, za nas ne postoje. Tako da, što se tiče stručnog dela, kada pričamo o svemu tome, dolazi do razmimoilaženja u načinu kako prikazati određeni rad sa tim korisnicima. Jer, postoji problematika u ustanovama socijalne zaštite, ako pričamo u ustanovi u kojoj ja radim trenutno, nivo ili raspon godina korisnika ide negde možda od

nekih 5-6 godina, pa dođe do... u zavisnosti koliko su stari, tako da ne postoji jedna ustaljena struktura korisnika i načina rada sa njima. Svi nam traže neke programe, papire, sve je to dovitljivost svih tih stručnih radnika koji su u ustanovama socijalne zaštite i koji se bore, na neki određeni način, da kroz te uslove ili te standarde prikažu pravu strukturu svega toga što postoji.“ (*stručni saradnik, defektolog*)

INSTITUCIONALNI ODGOVORI NA POTREBE KORISNIKA

Specifičnost zdravstvenih i socijalnih ustanova koje su bile u fokusu našeg istraživanja je da se u njima odvija produženo lečenje i/ili dugotrajna hospitalizacija korisnika. Ovi boravci dugog trajanja uvek podrazumevaju i zadovoljavanje mnoštva sekundarnih potreba korisnika, koje ne moraju nužno biti povezane sa osnovnom delatnošću ustanova, niti sa razlogom njihovog primanja u ustanovu:

„U ustanovama socijalne zaštite imate korisnike koji žive kod vas. On (korisnik, prim. aut.) nije prošetao kroz bolnicu, pa će posle 2 nedelje ili mesec dana ići, ne znam, kući. On je došao tu dok ne umre. Znači, vi imate milion stvari u vezi sa time. Počevši od odeće, obuće, wc-papira, sad parafraziram, toliko idem do onih njegovih najnižih potreba, cigarete i tako to... što ipak nije slučaj u zdravstvenim ustanovama, ili je to slučaj, ipak, u mnogo, mnogo manjoj meri.“ (*direktorka*)

„Kao i obični ljudi, da tako kažem, i lica sa mentalnim smetnjama imaju svoje potrebe. To su normalne, od onih egzistencijalnih, najobičnijih, da mu obezbedite da jede, da spava, da mu je toplo, da se obuče - do onih koji su i neka kulturna nadogradnja, potreba za lečenjem, za rehabilitacijom, za drugim ljudima, za izlaskom iz ustanove... Ljudi su u ustanovi, oni to, recimo tako, prihvate, kao svoj dom, ali imaju potrebu i da izađu, potrebu za slobodom. Za tim osećajem da mogu da izađu, da odu, da priušte sebi nešto, da kupe, da prošetaju, da odu u neki grad... znači, to su najnormalnije potrebe, kao i kod svakog čoveka. Ono što mi radimo jeste da se zaista trudimo da zadovoljimo većinu tih potreba, počevši, pre svega, od onih osnovnih.“ (*direktor*)

Izlaženje u susret ovim potrebama i njihovo zadovoljavanje, po mišljenju naših ispitanika, često je ozbiljan izazov za ustanove u kojima rade. Iz narativa ispitanika moguće je rekonstruisati nekoliko različitih razloga zbog kojih je, promptni institucionalni odgovor na ove potrebe otežan. To su sledeći razlozi:

1. *geografski* – najveći broj ovih ustanova nalazi se van većih gradova ili na obodima naseljenih mesta, što u mnogome otežava pristup različitim institucijama na koje se ove ustanove nužno oslanjaju u obezbeđivanju pre svega zdravstvene zaštite korisnika, ali i zadovoljavanju raznih socijalnih i kulturnih potreba svojih štićenika.

„Jedan od naših najvećih problema je što smo izmešteni. Mi smo 50 kilometara od prvog većeg centra i za sve što je potrebno, u smislu specijalističkog lečenja i bolnica, moramo da idemo u veće gradove poput Vršca, Pančeva, Zrenjanina, i tu imamo problem prevoza. Kad imate problem prevoza, onda morate da pravite trijažu u odnosu na to šta je prioritet.“ (*direktorka*)

2. *unutarsektorski* – koji mogu biti (a) međuinstitucionalni i (b) unutarinstitucionalni. Kao što je već ranije pomenuto, u fokusu istraživanja bile su zdravstvene i socijalne rezidencijalne ustanove, koje zbrinjavaju pacijente/korisnike sa mentalnim teškoćama. U tom smislu, prva grupa razloga iz ove grupe odnosi se na probleme koji se pojavljuju u kontaktima koje psihijatrijske klinike i bolnice ostvaruju sa drugim ustanovama zdravstvene zaštite, odnosno, na probleme koje zaposleni u socijalnim ustanovama prepoznaju u svojim kontaktima sa drugim ustanovama socijalne zaštite, poput, na primer, centara za socijalni rad.

U daljem tekstu navodimo izvode iz narativa ispitanika u kojima govore o:

- (a) unutarsektorskim međuinstitucionalnim tenzijama

„Podrška koja bi trebalo da bude za našeg pacijenta jeste problem na svim nivoima zdravstvene zaštite van ovakvih ustanova... Tako, da vi imate primer otpuštenog pacijenta koji treba da ode da podigne svoju redovnu terapiju – sada se to zakazuje kod lekara opšte prakse, oni vrlo često to jako teško uspeju sami da obave, a naiđu na zatvorena vrata i u zdravstvenoj ustanovi, da im se omogući da zakažu svoje redovno propisivanje terapije. To je jedan nivo. Drugi nivo je da, ukoliko ste jednom imali otpusnu listu iz neke psihijatrijske bolnice, i žalite se na bilo koju drugu tegobu, automatski dobijate da idete u psihijatrijsku ustanovu, zato što se to tumači kao pogoršanje vaše psihijatrijske bolesti, a ne

kao pravo da imate i šećernu bolest i visok pritisak, i bilo koju drugu bolest kao bilo ko drugi.“ (*lekar*)

„Kada odemo na šalter doma zdravlja sa pacijentom, da se prijavimo, bude i da su drski prema nama, sedite, sačekajte, nemaju obzira što je u pitanju psihijatrijski bolesnik, i što on ne može da sedi 3-4 sata u toj čekaonici, a ima i onih koji nas, stvarno, čim dođemo, odmah prozovu.“ (*medicinska sestra*)

„Definitvno se grubo krše ljudska prava u domenu dobijanja medicinske pomoći u ustanovi koja nije psihijatrijskog karaktera... jer automatski, kada se vidi da je pacijent sa dijagnozom, to je najčešće pisana dijagnoza *F 20.0*, mada, naravno, nisu oni svi sa tom dijagnozom - oni nailaze na zid, ne pruža im se adekvatna pomoć i opet dolaze ovde kod nas, pa onda mi, koliko smo u mogućnosti, pružamo pomoć, a to opet sa te strane nije u redu, nismo ni mi svemoćni, naravno.“ (*lekar*)

„Često se dešava da porodica i brine o pacijentu, ali kada više nema srodnika, uglavnom su to majke ili očevi koji u jednom trenutku, prosto, umru, ti pacijenti dolaze kod nas, i ukoliko su nasledili porodične penzije, a zakon to, naravno, dozvoljava - čak i tu imamo problem da oni ostvare prava da koriste svoje porodične penzije, jer to opet ide preko organa starateljstva, a to su centri za socijalni rad.“ (*lekarka*)

(b) unutarinstitucionalnim tenzijama, koje se ispoljavaju kroz:

a) nedovoljan broj zaposlenih određenih struka:

„U našoj ustanovi imamo samo jednog lekara u smeni. Imamo smenski rad, jedan lekar pre podne, jedan popodne, ja sam lekar (u socijalnoj ustanovi, prim. aut.)... S obzirom na to da je ovo ustanova gde su duševno obolela lica, smatram da bi tu trebalo da bude barem još jedan psihijatar, da bi to bilo nekako mnogo bolje. Mi smo lekari, nas obadve, lekari smo opšte prakse... što se tiče duševnih bolesti - mi nismo kompetentne, niti možemo da odgovaramo za neka pogoršanja koja su baš psihičke prirode.“ (*lekarka*)

„Na primer, noću kad radimo, radimo bez lekara, jedna medicinska sestra i jedna negovateljica, vikendom isto, doktorke su dežurne, pa kad su na godišnjem odmoru, onda smo u problemu... pa kad se nešto desi moramo da zovemo hitnu, pa nekad dobijemo odgovor, a nekad i ne dobijemo, ili bude samo telefonski.“ (*medicinska sestra*)

„U mojoj ustanovi je smešteno 340 korisnika. Jedan lekar je zaposlen, sesta-

ra 21, lekar radi od 7h do 15h. U popodnevrim satima sestare, ukoliko dođe do nekih problema, zovu lekara, i korisnik se upućuje u petrovačku bolnicu, sve zavisi od toga kakav je problem, onda se dalje transportuje za Beograd. To je nedovoljno. Smatram da treba da postoji lekar i popodne, veći broj medicinskih sestara, veći broj i stručnih radnika i saradnika. Dolaze lekari-konsultanti 1 ili 2 puta mesečno - neuropsihijatar, internista, fizijatar i ginekolog. Stanje je otprilike isto... i to je nedovoljno za potrebe korisnika.“ (*defektolog*)

„Ne, nije dovoljan jedan lekar. Doduše, postoji otvoren konkurs, ali ljudi ne žele da rade, lekari, konkretno, nemaju interesovanja da rade u ovakvim vrstama socijalne zaštite.“ (*stručni pedagog*)

- b) standarde koji nisu prilagođeni realno postojećim uslovima rada u ovim specifičnim ustanovama:

„Ne znam da li postoji standard na koliko korisnika, koliko bi trebalo da bude sestara, koliko negovateljica, koliko lekara, znači sve to... mislim da su ti naši standardi... da bi mogli da budu malo drugačiji. Na primer, imali smo jednu koleginicu psihologa koja je radila kod nas, bila je jedna na 470, 450, ili koliko je već bilo korisnika, malo se to menja. Ona je sad otišla u Kanadu, ona radi sa njih 10. Nisam mogla da verujem kad mi je rekla... Puno ljudi sad odlazi u inostranstvo i čuješ kako drugi rade... Mi moramo da radimo pod ovakvim uslovima. Mislim da je ovde sve posebno iscrpljujuće, i da to proizvodi sagorevanje na radu.“ (*lekarka*)

- a) svest o limitima ustanova da odgovore na različite potrebe korisnika/pacijenata:

„Zadovoljava možda neke osnovne biološke, zdravstvene... međutim - socijalne, baš minimalno. To jest, nije moguće u ustanovi rezidencijalnog tipa ni zadovoljiti osnovne društvene potrebe.“ (*socijalni radnik*)

3. *međusektorski* → za razliku od prethodne grupe razloga, i iz njih proisteklih tenzija koje se ispoljavaju unutar zdravstvenog sistema ili sistema socijalne zaštite kojima rukovode referentna ministarstva - ova vrsta razloga se materijalizuje kroz tenzije koje se pojavljuju u situacijama kada pacijenti/korisnici moraju da pređu iz jednog sistema u drugi.

U narativima naših ispitanika moguće je rekonstruisati dve tipične situacije:

- a) Situacija u kojoj su se stekli uslovi da pacijent izađe iz psihijatrijske bolnice, i potrebno mu je, iz različitih razloga, obezbediti smeštaj u ustanovi socijalnog staranja.

„Ja mislim da se naša institucija jako trudi da zadovolji sve potrebe pacijenta, pogotovo što imamo problem sa spoljnim svetom i spoljnim ustanovama. Naši pacijenti su prepušteni bukvalno nama, vrlo često i sa tog socijalnog aspekta i medicinskog, znači, bukvalno smo mi jedino što imaju. Kada pokušavamo da ih smestimo u dom, zato što zaista više nisu za hospitalizaciju, tj. za boravak u psihijatrijskoj ustanovi, vrlo često nailazimo na zatvorena vrata, zaista naša ustanova radi tu i više nego što bi trebalo po zakonu, razumete? Nema više indikacija za lečenje, trebalo bi da se pacijent premesti u dom. Ipak, mnogi ostanu ovde, jer bi inače bili na ulici.“ (*lekarka*)

„Pa, generalno je problem sa centrima za socijalni rad na nivou zemlje, i sa, kao što je rekla kolegica, smeštajem ili izmeštanjem iz ustanove. Mi to prevazilazimo tako što pišemo dopise non-stop. Nekad ostanu, nekad budu smešteni... retko kad budu smešteni.“ (*lekarka*)

- b) Situacija u kojoj korisnik ustanove socijalne zaštite ima određenih zdravstvenih problema koji iziskuju pregled ili intervenciju u zdravstvenoj ustanovi. U ovakvim situacijama, ukoliko se radi o korisniku kome je oduzeta poslovna sposobnost, neophodno je pribaviti „saglasnost“ staratelja za određenu medicinsku meru:

„Iako staratelji nama daju izjavu saglasnosti za sve to, da se odradi, nailazimo na problem u bolnicama, na ortopediji, na hirurgiji, da traže da se tog momenta tu stvori staratelj. Oni su i u radnom odnosu, neki su baš daleko sa juga Srbije, trebalo bi da se nešto tu učini u društvu... da se prizna ta pismena izjava staratelja, to nam je veliki problem.“ (*socijalna radnica*)

„Neće lekari da intervišu, specijalisti, znači, dok staratelj lično ne dođe da potpiše taj papir saglasnosti. Jedino kad im je ugrožen život, tada odreaguju.“ (*negovateljica*)

Ili, kada se radi o bilo kom korisniku - obezbediti pratnju zaposlenih iz ustanove u kojoj korisnik boravi:

„Kada su u pitanju korisnici koji su agresivni, koji su teško ometeni u razvo-

ju, koji zaista ne znaju i ne mogu da vode brigu o sebi, odlaženje radnika iz doma da ih pričuva u bolnici – to je opravdano. Ali, kada je u pitanju korisnik koji je svestan svog postojanja, zna gde se nalazi, ne vidim razloga zašto bi morao neki radnik da se povlači iz naše insitucije, da mi ostanemo bez radnika, da bi se tamo čuvao korisnik o kome može da brine i medicinska sestra.“ (*defektolog*)

U tom smislu, ne iznenađuje pitanje koje je otvorio jedan od naših ispitanika o obavezama staratelja kojima je povereno donošenje tako važnih odluka koje se tiču života i svakodnevice korisnika/pacijenata sa mentalnim teškoćama, koji borave u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama:

„Ono što mi ne znamo je koje su obaveze tih staratelja. Mi nemamo zakonom definisano šta su oni u obavezi da rade... kad dobije starateljstvo neko iz centra za socijalni rad, to je apsolutno strašno za pacijenta. Jer oni ih obilaze, da li jednom godišnje... ili ih uopšte ne obilaze. To je pitanje. To što ih obiđu, razgovor traje od 2 do 5 minuta, nikada duže, i to je onda strašno. To je strašno za nas lekare koji provedemo toliko vremena sa njima, i onda tamo neko odlučuje o tome, o njihovoj sudbini, a da ih uopšte i ne poznaju, jedva da ih i prepoznaju, eto to je... Sa porodicom nekako i saradujemo, kada su oni staratelji. Onda, opet, ima nekih emocija tu, pa tu nekako funkcioniše. Ovde (u slučaju starateljstva centara za socijalni rad; prim. aut.) nema emocija, jer je to čisto pravna stvar, oni su postavljeni tako kako jesu.“ (*lekar*)

- c) Do tenzija dolazi i prilikom postupka procene poslovne sposobnosti u koji su uključeni lekari/veštaci, ali ne i stručni saradnici koji neposredno rade sa korisnicima smeštenim u ustanovi, čije mišljenje komisija čak nije obavezna ni da zatraži:

„Problem je što ja mislim da lekari nisu upoznati sa tim kako to funkcioniše. Postoji delimično lišavanje, gde vi čoveka možete da lišite samo u nekim oblastima. Kod njih je to sve ili ništa. Znači, ne radi se detaljno procena sposobnosti tog nekog, kao što rade sa decom interresorne komisije... to se kod veštačenja odraslih ne dešava. Da li on možda može da raspoláže džeparcem, da li može platom, da li može samostalno da ide negde, da li može samostalno da odlučuje da se leči i na koji način, nijedan čovek nije isti. Toga nema... ta veštačenja moraju da budu individualnija... pa da niko ne bude lišen potpuno u svim mogućim oblastima, nego da se, prosto, jasno da (i to treba timski da se radi) šta može u ovom segnemtnu života, šta može u zdravstvenom, tako da...“ (*socijalni radnik*)

„Ako stručni tim, kojima ste sve to nabrojali, potpiše da je neko potpuno

vezan, znači potpuno nepokretan, potpuno, znači... sve ono što stoji... i onda on kaže: pa, dovedite mi vi tog korisnika da ga ja vidim... i onda naše drage kolege moraju da ta kolica ili krevet... moraju da iznose na 3. ili 4. sprat, samo da bi ga oni pogledali da li je on takav... Vrlo jednostavno. Eto, to je njihovo mišljenje o vama. Na takav način vas vide. Znači, nije dovoljno mišljenje niti jednog socijalnog radnika niti defektologa, niti psihologa, niti bilo koga od nas, niti lekara, nego, jednostavno: dovedite mi ga da vidim.“ (*socijalna radnica*)

„Što se tiče poštovanja našeg mišljenja, ja sam tražio od jednog lekara, pošto sam počeo da prisustvujem tome, da bih unapred video nepravilnosti tokom veštačenja, odnosno te lekarske procene, i tražio sam da mi se obrazloži jedno pitanje za koje sam smatrao da je više stvar obrazovanja, nego nekog rezonovanja, ili šta god. Uglavnom, odgovor je bio jasan: ti si socijalni radnik. Kao, nema šta tu da se objašnjava, ja znam svoj posao.“ (*socijalni radnik*)

Uznemiruje činjenica, da su i sami zaposleni u ovoj vrsti rezidencijalnih ustanova bolno svesni granica međusektorske (ne)saradnje, koja je zamučena izmišljenim i realno postojećim pravilnicima koji ustanove, i u njima zaposlene pojednice, lišavaju odgovornosti za štíćenike rezidencijalnih ustanova u nevolji. Zato se mnogi od naših sagovornika radije oslanjaju na lična poznanstva koja imaju sa kolegama iz drugih ustanova u koje upućuju štíćenike, nego na formalne međusektorske kanale komunikacije:

„Ja, u poslednje vreme, u kontaktu sa drugim ustanovama, uglavnom zdravstvenim, uvek pokušam prvo neformalno da završim stvar, da tako kažem, i kada nađem na kolegu, iz bilo koje institucije, koji je spreman na takvu vrstu saradnje, to funkcioniše skoro besprekorno. Kada se zahteva formalna komunikacija, to u startu oduzima i više vremena i duže traje, i može da ima loše posledice, po korisnike naravno.“ (*socijalni radnik*)

„Nekako, ta sprega zdravstva i socijale nikako da se desi. To nam jako treba.“ (*lekarka*)

4. *opštedruštveni* → rezidencijalne ustanove u kojima su zaposleni naši ispitanici deo su zdravstvenog i socijalnog sistema, ali i šireg društvenog sistema društva Srbije. Sledstveno tome, one dele sudbinu društva i probleme koji su njegov integralni deo, poput onih koji se tiču odnosa prema socijalno ranjivim grupama, koji je uvek indikator određenog hegemonog kulturnog konteksta.

I.

I. kulturni

„Znači, imate stigmu na svim nivoima države. Porodica duševne bolesnike diskvalifikuje u startu, jer su drugačiji, a to se ne radi samo sa duševnim bolesnicima, to se radi u slučaju bilo koje nestabilnosti koju neki član familije pokaže. S druge strane, nemate nikakve druge vidove podrške, koji bi mogli da nadomeste podršku porodice, u vidu socijalne zaštite, novčane podrške... u celoj zemlji je ta vrsta podrške na jako niskom nivou, mi to vidimo, jer imamo korisnike iz cele Srbije.“ (*lekar*)

„Retko kada je porodica motivisana da pacijenta primi nazad... naravno, vi onda imate problem. Vi pacijenta otpustite, porodica ga ne primi kući, on ne uzima lekove, opet mu bude loše i opet dođe ovde. Najveći problem je podrška van ustanove, a ne podrškom u ustanovi, jer on kad bude otpušten nema socijalne podrške, nema podrške porodice, i on vrlo brzo opet bude kod nas.“ (*lekar*)

I. ekonomski

U društvu koje prolazi već gotovo trideset godina kroz turbulentnu transformaciju i permanentnu ekonomsku krizu, ne čudi da se u narativima naših ispitanika pojavljuju i česti motivi vezani za hronični nedostatak novčanih sredstava koji onemogućava normalno funkcionisanje ustanova i odvijanje procesa unutar njih:

„Na odeljenju na kome radim postoje pacijenti kojima bi trebalo da bude procenjivana poslovna sposobnost, pa još uvek nije. To je... stvar finansija. Ima pacijenata kojima je potrebno pothitno proceniti poslovnu sposobnost, a to bi trebalo da pokrene centar za socijalni rad. To košta, ne znam... možda 30.000 dinara, a oni meni javljaju da oni, prosto, nemaju novac za to, i onda to tako stoji, i lebdi u vazduhu... kao što je koleginica rekla, pacijenti nisu lišeni poslovne sposobnosti, a trebalo bi.“ (*lekarka*)

„Problem su i ovi ostali, što kažu imaju rodbinu, i tako to... Uglavnom rodbina ni ne zna za njih, ne kontaktira ih, ne jave se, ne plaćaju, imamo dužnike koje ne možemo da naplatimo, po par miliona potraživanja ustanova ima. Država nam ne plaća. U nekim sudskim sporovima, npr., dobijete rešenje da im plinite imovinu, nemate šta da plinite, nemate odakle da naplatite rodbini, korisnik nema penziju, nema ništa. Bukvalno smo u jednom pravnom vakuumu, ne možemo da ostvarimo kao ustanova svoje pravo, a ne možete ni napolje da ih izbacite, jednostavno ne možete. Tako da idete dole, tonete sa dugovanjima, i svim tim nerešenim stvarima.“ (*direktorka*)

ZAKLJUČAK

Preporuke naših ispitanika o načinima na koje bi briga o korisnicima zdravstvenih i socijalnih rezidencijalnih ustanova za osobe sa mentalnim teškoćama mogla biti unapređena unutar ova dva društvena potsistema, uglavnom se kreće u dva pravca, kroz:

1. jačanje institucionalnih kapaciteta ova dva sektora na sledeće načine:
 - (a) permanentnom edukacijom zaposlenih, kao i podizanjem uskostručnih kompetencija zaposlenih koji dolaze u kontakt sa pacijentima sa mentalnim teškoćama, pre svega, onih iz redova negovatelja, medicinskih sestara i tehničara;

„Generalno, smatram da je osoblje slabo edukovano - ne možete vi na 100 zaposlenih sa ovakvim ljudima... Nisu to jednostavni problemi, a imate 5 stručnih radnika, 6... koliko imamo. Mislim da, generalno, treba dići nivo obrazovanja, da bi mogla da se shvati ta problematika, jer intelektualne teškoće nisu mala stvar - nije to kijavica. A zatim, smatram i da bi ta edukacija za sve zaposlene, počev od stručnih radnika i doktora, negovatelja i koga god, trebalo da bude permanentna i konstantna... I preko tih treninga da postoji kontrola. Trebalo bi da postoji kontrola toga, da kada se ja vratim sa seminara (za koji me je neko platio, i odsustvovao sam sa redovnog posla, otišao na put i šta sve ne) treba neko da me pita šta sam saznao... Ja sam dosta treninga prošao, niko me nikad nije pitao šta sam uradio u svom radu na osnovu toga, a trebalo bi.“ (*defektolog*)

„Ljudi koji vode računa o tim korisnicima (mislim na negovatelje i negovateljice)... mislim da tu treba da se uvede red ko može da radi sa ovakvim ljudima i ovakvim korisnicima, jer mislim da tu nema reda... Jer ljudi dolaze sa određenim (ne)znanjem o tom poslu, oslanjaju se na ono što saznaju od nekoga, oni nemaju nikakvu predstavu, nikakvo znanje, nikakvo bilo šta... Tu je veliki problem, sam način zapošljavanja tih ljudi. Ko može da radi? Koje su škole koje mogu da se završe za te stvari?.. Jer ipak su oni u neposrednom kontaktu sa korisnicima, faktički, 24 sata sa njima, non-stop ... Kada izaberete takvog čoveka, smatram da on treba minimum mesec dana da provede kod stručnog radnika - socijalnog radnika, defektologa - gde bi mu ovaj objasnio neke, za početak, teorijske stvari. Sa kim će da se bavi, da razlikuje neke stvari, da zna na koji način da radi, kako se pruža nega i podrška itd., a onda tek da ga uputite, odnosno pustite da radi.“ (*socijalni radnik*)

- (b) promenom postojećih pravilnika kojima se regulišu zarade zaposlenih; pravilnicima bi trebalo predvideti nadoknade za: rad vikendom i državnim praznicima, rad u noćnoj smeni, prekovremeni rad, kao i beneficiran radni staž za zaposlene u ovom tipu ustanova;

„Nekada je bio plaćen rad vikendom, sada nemamo plaćen vikend.“ (*negovateljica*)

„Nemamo plaćene vikende, kad radimo noć, to je plaćeno nešto minimalno, smešno je to što dobijemo kao nadoknadu za noćne smene, rad državnim praznicima isto... pa, plaća se, ali... Na primer, kada se ode u drugu ustanovu, kao pratnja korisnika u bolnicu... dešavalo se da smo noću išli u pratnji... i ti, recimo, popodne odeš... smena ti se završava u 8 sati, u 7 sati odeš u bolnicu i vratiš se u ponoć. Tako da to isto nije plaćeno. Kao ni oblačenje samrtnika, isto.“ (*negovateljica*)

„Ja mislim da u psihijatrijskim bolnicama imaju beneficirani radni staž, a socijalne ustanove nemaju... oni to nekako smatraju valjda da ne treba. A mislim da treba, ovde ima sagorevanja na radu puno.“ (*medicinska sestra*)

- (c) zaposliti veći broj osoblja različitih profila;

„Mislim, prvenstveno, na noćnu smenu, jer pacijente treba stalno opservirati, jer na 25 pacijenata samo 2 sestre je baš, baš malo. Možda bi jedna sestra trebalo da radi na naviše 7-8 pacijenata.“ (*medicinski tehničar*)

„Imam jedan primer. Znači, po pravilniku o zaštiti pacijenata. Prvo, fiksacija pacijenta podrazumeva da bi na 15 minuta trebalo da budu mereni parametri. Ako kažemo da imamo uglavnom dve sestre u toku smene, i ako imamo tri pacijenta koji su fiksirani, to je automatski neizvodljivo. Plus, imamo i ostale pacijente kojima treba da se odredi terapija, da se bude u trpezariji za vreme obroka... znači, sve je potpuno neizvodljivo.“ (*medicinski tehničar*)

- (d) doneti standarde koji se tiču rada zaposlenih u specifičnim uslovima koji postoje u ovom tipu ustanova;

„Postoje standardi za somatske pacijente, i postoje standardi za psihijatrijske... neki standard je da, na jednog teškog pacijenta koji je na intenzivnoj nezi, treba da ide jedna sestra. Postoje sad i dalji standardi, zavisi, 7-8 pacijenata za intenzivnu negu, ako je pacijent na veštačkim plućima... trenutno, u našoj bolnici fali 60 sestara, po sistematizaciji... Ako imate 300 pacijenata u bolnici, a, po si-

stematizaciji, imate 50 ili 60 sestara manje, to onda mnogo govori i o kvalitetu rada.“ (*medicinska sestra*)

„Ne može da bude isti standard i ista procedura u svim ustanovama socijalne zaštite, jer smo svi različiti na neki svoj način. I prikazani rezultati u određenim ustanovama ne mogu da budu verifikovani u odnosu na neke druge institucije.“ (*defektološkinja*)

„U nekim tekstovima koje sam nalazila, čitala sam iskustvo jedne socijalne radnice u Engleskoj. Ona radi u nekoj službi koja se bavi... kod njih su inače izdvojene službe, ne kao kod nas. Mi se bavimo svime, od zbrinjavanja i nasilja, do beskućnika, do socijalnih pomoći i starateljstava, i svime se bavimo. Oni to sve imaju izdvojeno. Ona kaže da je u jednom momentu najviše vodila 12 porodica... Trenutno sam zadužena za 200 i nešto predmeta. To je 200 i nešto porodica, i to je 200 i nešto nećijih života... Što od tih nekih, najbanalnijih, materijalnih problema koji postoje, do nasilja, koja zahtevaju ozbiljan kontinuirani rad. I, onda se dešava... i potpuno se slažem sa kolegama iz domova... kada smo mi neposredni staratelji, vrlo često ne znamo korisnike, a kamoli da se saglasimo sa njihovom terapijom, jer vrlo često ne znamo ni od čega su oni bolesni.“ (*socijalna radnica*)

„I jedna negovateljica zadužena u najboljem slučaju za 20 korisnika. Kada sam bila u Češkoj (ne mogu da se setim kako se zove ustanova), bilo ih je 4.“ (*lekarka*)

„Po standardu, zaista jedan defektolog ide na 150 korisnika.“ (*defektološkinja*)

(e) povećanja broja ustanova zdravstvene i socijalne zaštite koje zbrinjavaju rezidencijalne korisnike;

„U našoj zemlji ovakvih ustanova nema dovoljno.“ (*socijalna radnica*)

Pojavljivanje ovog motiva u narativima zaposlenih, pre svega, treba tumačiti kao posledicu frustracije zbog osećanja da se sistem zapravo ne bavi ovom vrstom ustanova, a ima određena očekivanja od njih. To, po mišljenju zaposlenih, rezultira nerealnim i neprilagođenim standardima o broju pacijenata/korisnika o kojima brinu pojedini zaposleni, pravilnicima o zaradama u kojima se ne prepoznaje rad i zalaganje zaposlenih i sl. Najdramatičnija posledica ove tenzije između sistema i zaposlenih u zdravstvenim i socijalnim rezidencijalnim ustanovama koje zbrinjavaju pacijente/korisnike sa mentalnim teškoćama, jeste osećanje da je u postojećim okolnostima izuzetno teško pružiti uslugu koja odgovara profesionalnim očekivanjima zaposlenih, i zbog toga se, unutar narativa

naših ispitanika, pojavljuje i ovaj motiv koji je u suprotnosti sa zvaničnom politikom države koja se zalaže za jačanje procesa deinstitutionalizacije i otvaranje mogućnosti za izmeštanje ove vrste usluga u lokalnu zajednicu. O slaganju zaposlenih u ovoj vrsti ustanova sa strateškom usmerenošću državne politike ka procesima deinstitutionalizacije brige o osobama sa mentalnim teškoćama, svedoči i poslednja njihova preporuka.

- (f) podsticanjem projekata koji pružaju podršku i osnažuju korisnike da učine iskorak ka samostalnom životu, poput projekta *Kuća na pola puta*;

„Povećala bih broj domova, naročito za pacijente, kao što postoji u Starom Lecu projekat „Kuća na pola puta“, za pacijente koji mogu uz jedan nadzor da funkcionišu. Na primer, 3-4 pacijenta u jednoj kući... postoji medicinska sestra, ali oni su sami. Da je što više takvih projekata, mi bismo onda redukovali broj naših pacijenata, ako ne za 1/3, onda bar za pola. I oni bi imali medicinsku zaštitu i socijalno, ne bi bili kod kuće, kad već nemaju nikoga, i bili bi zadovoljniji, imaju svoje životinje... to se opet svodi na socijalni problem, na tu njihovu resocijalizaciju. Eto, ja bih to menjala.“ (*psihološkinja*)

„Ja mislim da treba tu stigmatizaciju razbiti. Nekada je bilo, takve institucije su na kraju sela, jesmo i mi bili, ova naša psihijatrija je negde bila kod groblja, lokacija jedna takva, na kraj mesta je bilo, i prosto, onako, plašio si se kad ideš tamo, jer tamo su ljudi... Otprilike, takav odnos imaju građani. Menja se to. Mi sad imamo program izvođenja duševno obolelih lica (gde ima i mentalno retardiranih, sa psihičkim izmenama) u stanove i kuće, mi to zovemo *kućice*, zaštićeno stanovanje, imamo negde oko 20 i nešto. Do sada, prošao je taj projekat, ima više već od 2 godine, do sada nismo, na primer, imali (barem koliko sam ja upućena) problema sa komšijama. Znači da se i ljudi dosta menjaju u odnosu prema duševno obolelim licima, ali mislim da je to i zahvalnost, jer je bilo i preko radija i u medijima, informisanost i direktorka, a i oni su se sami, znači, uverili da takvi ljudi žive među njima, žive i u centru, žive i na periferiji, na više mesta, ima nekih 4-5 lokaciji, uvideli su da ništa problematično nisu imali. Mislim da je to najbolji put, kad se ti sam uveriš da taj neko neće ni da te dira, ni da te ubije.“ (*socijalni radnik*)

Ovakva percepcija nekih zaposlenih u ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite za smeštaj osoba sa mentalnim teškoćama, pokazuje da oni prate zvaničnu politiku države usmerenu, makar na načelnom nivou, ka procesu deinstitutionalizacije.

(g) Jačanje veza između ovih ustanova i lokalne zajednice, s jedne strane, i porodica korisnika sa druge, kroz:

(h) obezbeđivanje podrške porodicama koje imaju članove sa mentalnim teškoćama u vidu pomoći negovatelja i otvaranja klubova

„I lokalna samouprava treba da da podršku. U smislu klubova, u smislu negovatelja.“ (*socijalna radnica*)

(i) otvaranje centara za mentalno zdravlje izvan bolnica

„Ja sam uključena, kao i mojih par kolega i koleginica, u rad Centra za mentalno zdravlje, koji je sastavni deo ove bolnice, ali je izmešten izvan zidova ustanove, smešten je u centru grada, po uzoru na inostrane modele, kod nas to još nije zaživelo u punoj meri, koliko bi trebalo, ali ima velike koristi od tog centra, jer imamo uvid da su značajno duže remisije pacijenata, jednostavno, to je isto vid destigmatizacije, deinstitutionalizacije. Pacijenti su zadovoljni svojim boravkom, osmišljeno je vreme koje provode tamo, putem raznih rekreativnih i kreativnih radionica, zadovoljniji su, pod kontrolom su i terapijski, i što se tiče neki drugih edukativnih veština, ne znam šta bih još rekla... To je primer boravka pacijenata van bolnice, van ustanove, gde akcenat nije stavljen samo na porodicu, već i na društvo, ali ne u klasičnom institucionalnom smislu, već u smislu podrške, savetovanja, potpunijeg osmišljavanja vremena. Treba raditi na nivou države na razvoju. Na primer, po bosanskom modelu, tamo skoro svaka opština ima takav centar.“ (*lekarka*)

(j) formulisanje zakonske regulative koja bi regulisala odgovornost porodice prema članu sa mentalnim teškoćama

„Pre svega, bih malo promenila zakone u smislu da je odgovornost i na porodici, da se malo da na tom značaju. Majka te je rodila, stvorila, odgajala, ne možeš tek tako da je napustiš. Ili da se odrekne... Da postoje te zakonske regulative, da ne može biti samo da je lekar konačano onaj koji odgovara za pacijente, i koji ih čuva.“ (*socijalna radnica*)

(k) edukacija stanovništva

„Jako je važno raditi na edukaciji stanovništva... i bilo čega što bi bilo pra-

vi antistigma-program. Jer, ovako, ako imate antistigma-programe koji su usredsređeni samo na zdravstvo, vi onda imate antistigmu koja pravi stigmu. Imate jednosmernu ulicu, i nemate odgovor na realne životne probleme, tako da sve to mora da ide paralelno, i po nivoima, i mora da se počne mnogo rano. Već od obdaništa morate raditi edukaciju za ljudska prava i sva ostala, kako to već ide.“ (*lekarka*)

PERCEPTIONS OF INTERVIEWEES ON THE STANDARDS OF PROVIDING HEALTH SERVICES AND RESPECTING THE STANDARD OF HUMAN RIGHTS OF RESIDENTS IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS

Summary

The text reconstructs the perceptions of different social actors involved in the process of medical and social care of patients with mental difficulties who are residents of health and social resident facilities in the territory of the Republic of Serbia on the standards of providing health and social services from the perspective of respecting human rights standards. The analysis is focused on three reference frameworks: (a) institutional, (b) professional and (c) normative framework relating to respecting human rights in the provision of medical and social services. The analysis was carried out based on empirical data collected by focus group interviews with various social actors (doctors, nurses and medical technicians, caregivers, social workers, psychologists, special pedagogues and lawyers who are employed in these institutions, as well as representatives of various stakeholders).

Key words: *healthcare system, social system, mental health, human rights*

Literatura:

Ćirić-Milovanović Dragana, Šimoković Lea, Marković Milan, Petrović Mira, Milojević Nataša, Lazarević Snežana, Zavišić Valentina (2012): *Sklonjeni i zaboravljeni: Segregacija i zanemarivanje dece sa smetnjama u razvoju i odraslih osoba sa intelektualnim teškoćama u Srbiji*, Inicijativa za prava osoba sa mentalnim invaliditetom MDRI-S, Beograd.

Lečić-Toševski Dušica, Ćurčić Vojislav, Grbeša Grozdanko, Išpanović-Radojković Veronika, Jović Vladimir, Kokora Gordana, Mihailović Goran, Miličević-Kalašić Aleksandra, Stanković Zoran, Stanojković Milan, Vučković Nikola (2005): „Zaštita mentalnog zdravlja u Srbiji – izazovi i rešenja“, Psihijatrija danas, Suppl., Vol. 37, br. 1, str. 9-25.

Mapa puta deinstitucionalizacije u Republici Srbiji: mogući način sprovođenja procesa deinstitucionalizacije (2014), Visoki Komesarijat Ujedinjenih nacija za ljudska prava i Ambasada Kraljevine Norveške u Republici Srbiji, Beograd.

Milačić-Vidojević Ivona i Dragojević (2011): „Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica“, *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, Vol.10, br. 2, Beograd, str. 319-337.

Milenković, Miloš, Isidora Jarić i Ognjen Radonjić. 2014. O uticaju benevolentne asimetrije na metodološki dizaj istraživanja. *Antropologija* 14(3): 27-44.

Milenković, Miloš, Isidora Jarić i Valentina Sokolovska. 2014. O nekim teorijsko-metodološkim problemima istraživanja Romske populacije u sociologiji i etnologiji/antropologiji. *Etnoantropološki problem* 9(4): 849-970.

Pejaković Ljubomir i Zajić Gradimir (2014): *Deinstitucionalizacija rezidencijalnih ustanova socijalne zaštite u Srbiji: trenutni status i preporuke za dalje unapređenje procesa deinstitucionalizacije*, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd.

Stefanović Milan, Milovanović Dobrosav, Stefanović Jovana i Dragošan Ivan (2015): „Vodič za primenu Zakona o inspekcijском nadzoru“, Ministarstvo za upravu i lokalnu samoupravu i USAID, Beograd.

Stojanović Snežana i Van der Vilen Hans (2011): *Priručnik za pružaoce socijalnih usluga za osobe sa intelektualnim teškoćama u Srbiji: Primena iskustava iz Holandije*, Balkanski fond za lokalne inicijative (BCIF), Beograd.

Uredba o mreži ustanova socijalne zaštite, *Službeni glasnik RS*, broj 16/2012. i 12/2013.

Uredba o mreži zdravstvenih ustanova, *Službeni glasnik RS*, broj 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014. i 92/2015.

Wright, E.R., Gronfein, W.P. i Owens, T.J. (2000): „Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients“, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 41/1, pg. 68–90.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

342.726-056.34(082)

364-787.22-056.36(082)

OBEZBEDIVANJE zdravstvene zaštite osobama sa mentalnim smetnjama u skladu sa ljudsko-pravnim standardima / [urednici Marta Sjeničić, Milan Marković]. - Beograd : Institut društvenih nauka, Udruženje pravника za medicinsko i zdravstveno pravo Srbije - SUPRAM, 2017 (Beograd : Finegraf).
- 219 str. ; 25 cm

“Ovaj tematski zbornik rezultat je projekta ‘Standardi u pružanju zdravstvene zaštite osobama smeštenim u rezidencijalne ustanove’, koji je finansijski podržala Evropska unija uz sufinansiranje Kancelarija za saradnju sa civilnim društvom Vlade Republike Srbije.” --> kolofon. - Tiraž

500. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. - Summaries.

ISBN 978-86-80456-02-7

1. Сјеничић, Марта [уредник]

a) Особе са сметњама у менталном развоју - Правна заштита - Зборници b)

Особе са сметњама у менталном развоју - Социјална заштита - Зборници

COBISS.SR-ID 251560460