
МАПА ПУТА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

МОГУЋИ НАЧИН СПРОВОЂЕЊА ПРОЦЕСА
ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ

Београд 2014. године

Израду документа помогли

Драгана Ћирић Миловановић
Инес Булић Цојоцариу

Уз подршку



Високи Комесаријат Уједињених нација
за људска права



Амбасада Краљевине Норвешке
у Републици Србији

„Установа је свако место на којем се људи који су обележени као људи са неком врстом инвалидитета изолоују, издвајају и/или приморавају да живе заједно. Установа је такође свако место где људи не управљају, или им није дозвољено да управљају својим животом, нити да доносе свакодневне одлуке. Установу не дефинише само њена величина.“

Европска коалиција за живот у заједници

Одлуке којима се особе са психичким сметњама шаљу у изолацију или се издвајају из заједнице, укључујући и непотребну институционализацију, су саме по себи дискриминаторне и супротне праву на интеграцију у заједницу садржаном у међународним стандардима. Издвајање и изолација као такви такође укорењују стигму око психичких сметњи.

Специјални извештач УН за право на здравствену заштиту, Пол Хант

УВОД

Историја занемаривања и закључавања особа са менталним сметњама¹ иза затворених врата установа или сопствених домова дуга је и срамотна. Слично великом броју других земаља, ни Република Србија није чинила много да исправи ову неправду нанесену људима који чине део нашег друштва. Упркос уставним гаранцијама којима је обезбеђена заштита особа са инвалидитетом и новим измењеним и допуњеним законима који су у већем делу усклађени са међународним стандардима о људским правима, особе са менталним сметњама су и даље изоловане од остатка друштва.

Шира јавност није упозната са животом особа са менталним сметњама у установама. Разлог за то је што су ове установе затворене, приступ посетиоцима се често не дозвољава, а кретање корисника је ограничено. Ситуација није много боља ни за особе са менталним сметњама које живе са својим породицама. Услед искључености из образовног система, потпуног изостанка са тржишта рада и непостојања системске подршке која би требало да им омогући развој социјалних вештина и да их оспособи за што самосталнији живот, може се рећи да се ови људи налазе под реалним ризиком да буду смештени у институцију оног тренутка када породица више не буде могла да брине о њима.

Политике деинституционализације и бриге и подршке у оквиру заједнице су у последње време широм Европе унапредовале у правцу пружања резиденцијалних или других услуга у оквиру заједнице којима се пружа подршка самосталном становању особа са инвалидитетом, а све у складу са начелима Конвенције Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом. Све више се препознаје да живот у оквиру заједнице на равноправној основи са другима представља основно право и да владе треба да пруже неопходну подршку којом се омогућава да људи уживају то право.²

Последица ових кретања је да су многе земље, укључујући и Републику Србију, отпочеле процес трансформације пружања услуге бриге и подршке особама са инвалидитетом – од смештаја у специјализоване установе према пружању подршке у породици и заједници. Кључни изазов је да се осигура да овај процес буде спроведен на начин којим се уважавају права корисника, смањује ризик од штете и обезбеђују позитивни исходи за све укључене појединце. Овај процес треба да осигура да нови системи пружања бриге и подршке уважавају права, достојанство, потребе и жеље сваког појединца и његове породице.

¹Израз „менталне сметње“ у овом контексту укључује интелектуалне и психо-социјалне сметње.

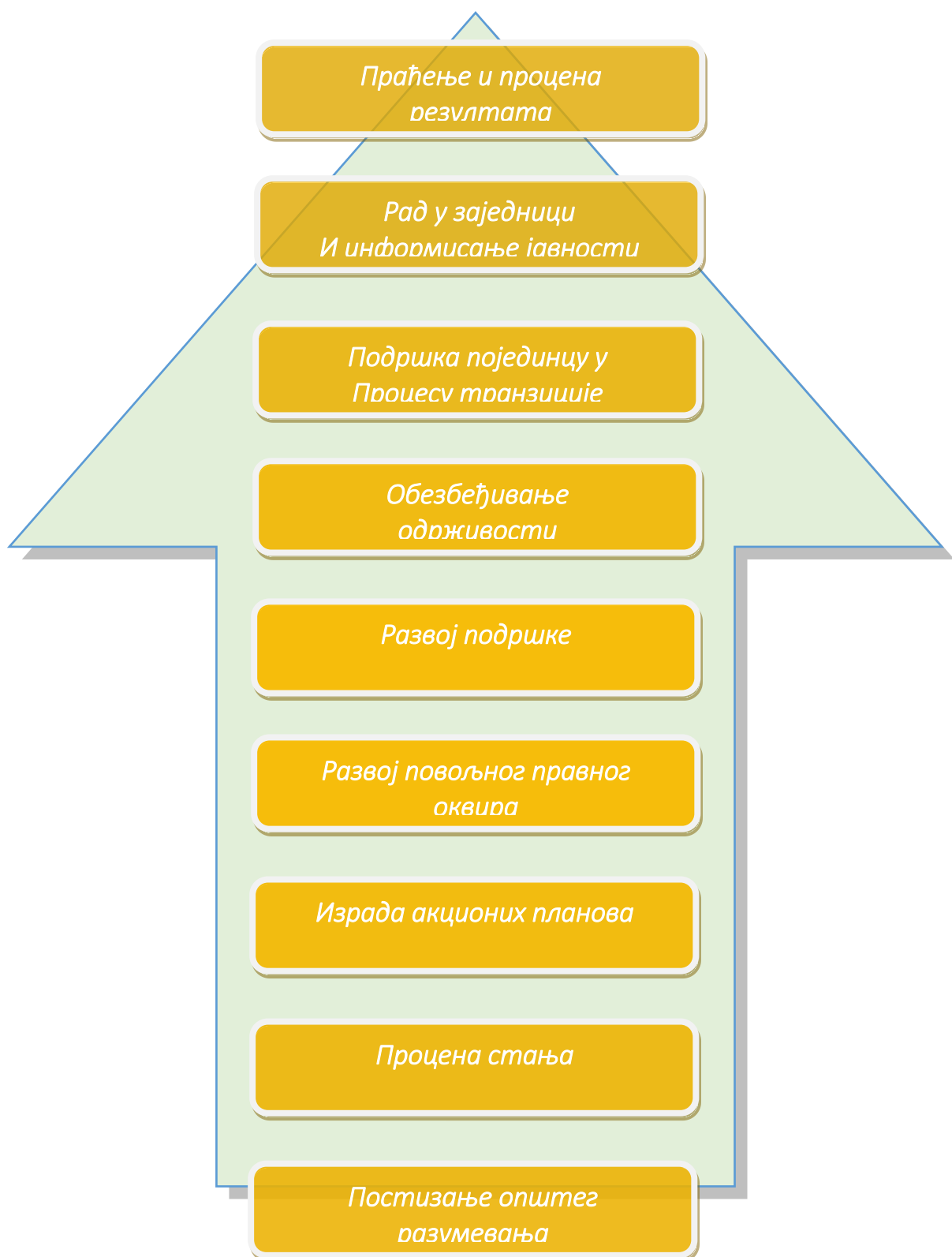
²Конвенција Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом, члан 19.

Овај рад садржи податке о тренутном стању у специјализованим установама у Републици Србији када су у питању особе са менталним сметњама, и о текућем процесу реформи система социјалне заштите и заштите менталног здравља, и предлаже потенцијалне правце за процес деинституционализације у Републици Србији. Рад је заснован и на више места цитира објављене Јединствене смернице за прелазак са институционалне заштите на бригу и подршку у заједници,³ које је припремила Европска експертска група за прелазак са институционалне заштите на подршку у заједници⁴. Смернице истичу различите елементе процеса и приказују искуства стечена у међународној пракси – укључујући и примере добре праксе, потенцијалне ризике, као и изазове и препреке у развоју висококвалитетних услуга у оквиру заједнице. Нека од стечених сазнања током низа година су: значај визије, потреба да се укључи цивилно друштво, потреба да се окупе све заинтересоване стране и кључна улога вођства у управљању овим процесом.

Иако смернице нису представљене по принципу „корак по корак“, имајући у виду чињеницу да се државе не налазе на истој полазној тачки, овај документ предлаже кораке које треба предузети у складу са тренутном ситуацијом у Републици Србији, и то:

³<http://deinstitutionalisationguide.eu/>

⁴Ову групу, која је раније била позната под именом *Ad Hoc* експертска група за прелазак са институционалне заштите на подршку у заједници, је у фебруару 2009. године основао тадашњи комесар за запошљавање и социјална питања, Владимир Шпидла, с циљем решавања питања реформе институционалне заштите у Европској унији.



ЗНАЧЕЊЕ КЉУЧНИХ ИЗРАЗА⁵

„УСТАНОВА“

Значење израза „установа“ или „институционална заштита“ се у зависности од правног и културног окружења државе другачије поима. Ове Смернице из тог разлога користе исти приступ као и *Ad Hoc* извештај.⁶ *Ad Hoc* извештај не дефинише установу према капацитету, односно броју корисника, већ о њој говоре као о „институционалној култури“. Према томе, „установом“ сматрамо сваку услугу резиденцијалног типа у оквиру које:

- су корисници изопштени из шире заједнице, односно приморани да живе заједно;
- корисници не контролишу свој живот у довољној мери, као ни одлуке које на њих утичу;
- потребе саме организације имају предност у односу на личне потребе корисника.

У исто време, капацитет представља битан фактор када се развијају нове услуге у оквиру заједнице. Животно уређење мањег обима у којем су услуге већ прилагођене појединцу ће лакше омогућити избор и самостално одређење корисника⁷, као и услугу која је усмерена на потребе. Када се развијају стратегије за прелазак са институционалне заштите на подршку у заједници, поједине земље бирају да ограниче максимални број корисника који могу бити смештени у исто окружење, на пример, одређењем броја особа које могу живети у стану или згради.⁸ Овакав приступ може осигурати да се институционална култура не претаче у нове услуге.

Међутим, не сме се заборавити да ни мали смештајни капацитет сам по себи не гарантује укидање институционалне културе у окружењу. Постоји још читав низ фактора који утичу на квалитет услуге, као што су степен могућности избора који користе корисници услуга, затим ниво квалитета пружене услуге, учешће у заједници и системи контроле квалитета који се примењују. У неким случајевима људи могу бити приморани да прихвате неки третман како би приступили услугама у

⁵ Преузето из смерница

⁶ Извештај *Ad Hoc* експертске групе

⁷ Извршна здравствена служба (2011.) Време је да се промени пракса групног становања: Стратегија за инклузију у заједницу, Извештај Радне групе о групном становању, страна 68

⁸ У Шведској је на пример смештај у оквиру заједнице осмишљен тако да има највише шест засебних одељења или станова, и мора се налазити у обичној згради. (видети Таунслија са сарадницима (2010.), *Примена политика којима се подржава самостално становање особа са инвалидитетом у Европи: сажети извештај*. Бисел: АНЕД, страна 19)

заједници.⁹ У тим случајевима, институционална култура ипак доминира, упркос чињеници да сама услуга и није институционална по свом карактеру.

„УСТАНОВЕ ЗА ОСОБЕ СА ПСИХИЧКИМ СМЕТЊАМА“

Психијатријске установе се на више начина разликују од домова за социјалну заштиту и других врста резиденцијалних установа у којима бораве особе из других група. Окружење у којем станују особе са психичким сметањима често су превасходно медицинског карактера. То су обично психијатријске болнице или одељења психијатрије у општим болницама, у којима послове води медицинско особље. Основа за пријем у у овакву установу је психијатријска дијагноза, а лечење је такође медицинске природе, и тим процесом управљају психијатри и друго медицинско особље. Поред тога, установе психијатријског типа често финансирају органи надлежни за здравље, или се њихов рад омогућава из здравственог буџета, а не из социјалног. Стога треба направити јасну разлику између психијатријског лечења као вида услуге у оквиру здравствене заштите, и институционализације као облика социјалног третмана према или против особе са психичким сметањима. Један од основних разлога за институционализацију је недостатак социјалних служби у заједници, што доводи до дискриминације и социјалног изопштавања особа са психичким сметањима.

„УСТАНОВЕ ЗА ДЕЦУ“

У Смерницама УН о алтернативној бризи о деци не постоји дефиниција за „установу“; у тексту тих смерница оне се изједначавају са „великим резиденцијалним објектима“.¹⁰

На основу Смерница УН, а у одсуству универзално прихваћене дефиниције, Еуроцхилд саветује да се израз „установа за децу“ дефинише као „(често велико) резиденцијално окружење које није направљено тако да одговори на потребе деце, нити личи на породично окружење, и које показује све особине типично институционалне културе (није уређено према потребама појединца/појединке, прати строге рутине, третман се врши по клишеу, присутна је социјална дистанца, одликује се зависношћу, недостатком одговорности, итд.)“. Поред ових, помињу се и одлике организоване рутине, структуре која нема ништа лично, и великим бројем деце по неговатељу.

⁹ Видети на пример Шмуклера и Апелбаума, Притисци, утицаји, присила и приморавање у лечењу у оквиру менталних служби, Журнал о менталном здрављу, 17(3), јун 2008., стране 233–244.

¹⁰ Уједињене нације (2009.) Смернице за алтернативну бригу о деци. Њујорк: Уједињене нације, став 23.

Када се доноси одлука о томе шта је установа, УНИЦЕФ гледа на то „да ли деца имају редован контакт и да ли уживају заштиту родитеља или других чланова породице, или примарних старатеља, и колико је вероватно да ће већина деце смештена у тим објектима остати у њима на неодређени временски период“. Они међутим, признају да ниједна од дефиниција није свеобухватна, и да ће зависити од контекста у различитим државама.¹¹

Постоје различити типови дечјих установа, укључујући и „домове за одојчад“, у које се обично смештају бебе и деца узраста до четири године, затим „дечји домови“ и „интернати“.¹² Установе за децу се често називају и „сиротишта“, упркос чињеници да већина смештене деце нису сирочад.¹³

У многим земљама се установе за децу налазе у надлежности различитих министарстава, те тако попримају особине оних надлежних органа који управљају тим установама.¹⁴ Често су домови за одојчад у надлежности здравствених служби и стога су по својој природи медицинске установе. Преовлађујући дечји домови и резиденцијалне школе за децу са сметњама у развоју и инвалидитетом су обично у надлежности министарства просвете, и често су примарно оријентисане на образовање. Деца са сметњама у развоју су обично у надлежности министарства за социјалну заштиту. У неким земљама се та деца смештају заједно са одраслима у установе за одрасле особе са инвалидитетом, при чему им се пружа слаба заштита од повређивања.

Подела надлежности за дечје установе између различитих министарстава често резултира раздвајањем браће и сестара и редовним селидбама из једне установе у другу.¹⁵

„ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА“

У овим Смерницама се израз 'деинституционализација' избегава колико и кад је год то могуће, јер се под њим најчешће подразумева само затварање установа. На местима на којима је овај израз употребљен, он се односи на процес развоја низа услуга у заједници, укључујући и превенцију којом се смањује потреба за институционалном заштитом.

UNICEF дефинише деинституционализацију као „потпун процес планирања промене, смањење капацитета и/или затварање резиденцијалних установа, и

¹¹ UNICEF: Консултације у вези са дефиницијама о формалној бризи о деци, стране 12-13.

¹² Брауни, К. (2009.) *Ризик од повређивања деце млађег узраста смештене у установама*. Лондон: Save the children, страна 2.

¹³ Милер и Брауни, *op.cit.*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

успостављање низа других услуга за бригу о деци уређених стандардима заснованим на правима и оријентисаним ка резултату.”¹⁶

„УСЛУГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ“

Израз „услуге у оквиру заједнице“ или „брига и подршка у заједници“ се у овим Смерницама односи на читаву лепезу услуга којима се појединцима омогућава да живе у заједници, односно када је реч о деци, да живе у породичном окружењу, насупрот боравку у установи. Овај израз обухвата опште услуге, као што је становање, здравствена заштита, образовање, запошљавање, култура и рекреација, односно услуге које би требало да буду доступне свима без обзира на природу њихових сметњи или степена потребне подршке. Овај израз се такође односи и на специјализоване услуге, као што је лична помоћ особама са инвалидитетом, привремена нега, и друго. Поред тога се односи и на бригу о деци у породици или у заједници налик породици, укључујући и бригу и подршку коју пружа друга породица и превентивне мере за рану интервенцију и породичну подршку. Услуге у заједници су детаљније описане у Поглављу 5.

„ПРЕВЕНЦИЈА“

Превенција чини саставни део процеса преласка са институционалне заштите на бригу и подршку у породици.

Када је реч о деци, овај израз укључује широк спектар приступа којима се подржава живот у породици и спречава потреба за смештај детета у установу алтернативне бриге, другим речима, одвајање од његове или њене уже или шире породице или старатеља.¹⁷

Када је реч о одраслима, превенција се односи на широку лепезу услуга подршке појединцима/појединкама и њиховим породицама, с циљем да се спречи потреба за институционализацијом. Што се тиче старијих лица, треба се усредсредити на превенцију болести и губитка виталних функција, као и на поновно успостављање самосталности. Превенција се односи на опште и специјализоване услуге (видети Поглавље 5 за примере).

„АЛТЕРНАТИВНА БРИГА“

Алтернативна брига се односи на бригу о деци без родитељског старања. Она не представља алтернативу за институционалну заштиту, јер алтернативна брига може укључити и смештај у установу.

¹⁶UNICEF (2010.) *Код куће или у дому? Формална брига и усвајање деце у источној Европи и централној Азији*, страна 52.

¹⁷Save the children UK (2007.), *Definicije u vezi sa zaštitom i brigom o deci*, страна 11.

Алтернативна брига се осим тога још дефинише као „формални или неформални споразум на основу кога се води брига о детету барем током ноћи, изван родитељског дома, било на основу одлуке судског или управног органа или прописно акредитованог тела, било на иницијативу детета, његових родитеља или примарних старатеља, или пак спонтане одлуке пружаоца услуга бриге о детету у одсуству родитеља. То укључује неформално хранитељство код рођака или у породици са којом дете нема родбинске везе, формални смештај у хранитељску породицу, друге облике смештаја у породицу или у заједницу налик породици, у сигурне куће ради бриге о детету у ванредним околностима, транзитне центре у ванредним ситуацијама, друге краткорочне или дугорочне резиденцијалне установе, укључујући и домове за групно становање и стамбене јединице за независно становање деце уз надзор.¹⁸

Не постоји експлицитна дефиниција у Смерницама УН којом би се направила разлика између „бриге у породици“ и „бриге у заједници налик породици“, мада се обе сматрају различитим у односу на институционалну заштиту. Када су у питању услуге за бригу о деци у заједници које су у развоју, следеће дефиниције могу бити корисне.¹⁹

Брига у породици

Краткорочно или дугорочно организована брига о детету, на основу споразума, а не налога надлежног органа, у оквиру којег се дете смешта у домаће окружење, у где је/су глава(е) породице изабрана/е и припремљена/е за пружање овакве бриге, и која у току тог периода прима материјалну и нематеријалну подршку.

Брига у заједници налик породици

Уређење у оквиру којег се брига о деци врши у малим групама, на начин и под условима који подсећају на засебну породицу, са једном или више родитељских фигура као старатеља, али не у уобичајеном домаћем окружењу тих особа.

¹⁸*Ibid*,

¹⁹ Најдел Кантвел (2010.) Прерађене дефиниције у вези са формалном алтернативном бригом о деци: Рад са дискусијом.

СВЕДОЧЕЊЕ 1: САМОСТАЛНО СТАНОВАЊЕ

„Шта за мене значи самостално становање? Мислим да је то веома дубоко питање, питање које мења живот, и које значи много тога. Претпостављам да могу да кажем да је оно променило мој живот, и знам да је променило животе многих других особа са инвалидитетом са којима сам ја дошао у контакт [...] Мислим да је тешко ту поруку пренети до свих оних који можда и не зависе од других и од њихове помоћи у свакодневном животу. Међутим, мени је то подарило живот, рад (радио сам веома много) и могућност и избор да радим оно што желим, као што и ви радите. Мислим да за неког са ограничењима налик мојима, за неког са озбиљним сметњама као што су моје, да је то слобода. За мене је то слобода да могу да радим оно што желим, када то желим и онако како то желим, јер уз себе имам људе који ме могу подржати да тако и урадим.“¹

* Цитат излагања Џона Еванса ОБЕ, члана Експертске групе за прелазак са институционалне заштите на подршку у заједници у Заједничкој комисији за људска права (2012), *Остваривање права особа са инвалидитетом на самостално становање*. Лондон: Гроњи дом, Доњи дом, страна 10.

Израз „самостално становање“ се често користи уместо израза „живот у заједници“ када је реч о особама са инвалидитетом и старијим лицима. Он не значи „уради сам“ или „сам си себи довољан“. Самостално становање је израз који подразумева да људи могу да изаберу и да донесу одлуку о томе где ће и са ким живети, и како ће организовати свој свакодневни живот. За то је потребно следеће:

- приступачно окружење,
- приступачна превозна средства,
- доступност техничких помагала,
- приступ информацијама и средствима комуникације,
- приступ услугама личне подршке, као и подучавања о животним и вештинама потребним за запослење и
- приступ услугама у оквиру заједнице.²⁰

Израз такође препознаје и подржава старатеље у породици, укључујући и потребу да се помогне у одржању или унапређењу квалитета њиховог живота.²¹

²⁰Европска мрежа за самостално становање (2009) ENIL кључне дефиниције у области самосталног становања, доступне на адреси: <http://www.enil.eu/policy/>

Када је реч о деци, израз самостално становање значи "самостално становање под надзором", и у том случају се мисли на децу од 16 година старости и више. То су стамбене јединице у којима деца и омладина живе у оквиру заједнице, сами, или у малим групама, и где се подстичу и оспособљавају за самосталан живот.²²

„КОРИСНИЧКЕ ГРУПЕ И ПОРОДИЦЕ“

Ове Смернице се односе на четири 'корисничке групе', и то на:

- децу (са или без инвалидитета);
- особе са инвалидитетом;
- особе са психичким проблемима;
- старија лица.

Конвенција УН о правима детета дефинише дете као „свако људско биће које није навршило осамнаест година живота, уколико се, по закону који се примењује на дете, пунолетство не стиче раније“.²³

Конвенција УН о правима особа са инвалидитетом каже да се под изразом 'особа са инвалидитетом' подразумева и „оне који имају дугорочна физичка, ментална, интелектуална или чулна оштећења која у интеракцији са разним препрекама могу ометати њихово пуно и ефикасно учешће у друштву на једнакој основи са другима“.²⁴

Израз 'особа са психичким проблемима' се односи на лица која имају психијатријску дијагнозу и која се у складу с тим лече. Мада су и ове особе укључене у дефиницију особа са инвалидитетом из Конвенције УН о правима особа са инвалидитетом, треба напоменути да се многи међу њима не идентификују као лица са инвалидитетом. Међутим, у овим Смерницама, израз „особе са инвалидитетом“ укључују и особе са психичким, односно менталним проблемима.

На нивоу УН не постоји прихваћена дефиниција за старија лица. Међутим, према Светској здравственој организацији, у развијеним земљама се сматра да 65 година представља старосну границу од које се особа може сматрати старијом особом.²⁵ Треба

²¹Видети COFACE, Европска повеља о старатељима у породици, доступна на адреси: <http://www.coface-eu.org/en/Policies/Disability-Dependency/Family-Carers/>

²² Најдел Кантвел, op.cit..

²³ Конвенција УН о правима детета, члан 1.

²⁴ Конвенција УН о правима особа са инвалидитетом, члан 1.

²⁵ Светска здравствена организација, Дефинисање старије особе <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

напоменути да вероватноћа настанка инвалидитета расте с годинама.²⁶ Сходно томе, подгрупа 'веома старих лица' заслужује посебну пажњу.²⁷

Важно је истакнути да се разграничења између корисничких група на појединим местима не разазнају, јер нпр. 'деца' подразумевају децу са и без инвалидитета, док 'особе са инвалидитетом' понекад укључују и лица старија од 65 година, и обрнуто.

На многим местима се породица (и старатељи у породици) посматрају заједно са корисницима услуга. У овим Смерницама, овај израз има шири смисао, и укључује не само родитеље и супружнике, већ и партнере, браћу и сестре, децу и чланове шире фамилије.

²⁶ Р. Дејвис (2005.) Обећавајуће праксе у социјалним службама у заједници у централној и источној Европи/земљама бившег Совјетског Савеза и балтичким земљама: Оквир за анализу, *USAID*, страна 15.

²⁷ *Ibid.*, страна 15.

ОСНОВНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ

РЕЧ ЈЕ О ЉУДСКИМ ПРАВИМА

Свака особа без изузетка има право и заслужује да буде укључена и да јој буду пружене све могућности за учешће у животу заједнице, без обзира на ниво потребне подршке. Много пута се показало да особе које су се сматрале исувише „онеспособљенима“ да имају користи од укључивања у заједницу напредују у окружењу у којем су увежене, у којем оне активно учествују у свакодневном животу заједнице, где се њихова самосталност негује и где имају могућност избора. Програми широм света су показали да је могуће одговорити на све врсте потреба, и да се то боље чини у оквиру заједнице, чиме се омогућава изражавање индивидуалности и ближа контрола у циљу спречавања злоупотреба.²⁸

Право на самосталан живот и укључивање у заједницу проистиче из појединих основних стандарда људских права који су садржани у системима Савета Европе и Уједињених нација. Члан 8. Европске конвенције о људским правима гарантује право на уважавање приватног и породичног живота за све грађане. Институционализација у било којем животном добу нарушава ово право. Члан 19. Конвенције УН о правима особа са инвалидитетом каже да све особе са инвалидитетом – деца и одрасли – имају право на живот у заједници. Он такође даје и смернице за све што је укључено у концепт самосталног становања и укључивања у заједницу. Као држава уговорница оба ова споразума, и бројних других међународних уговора, Република Србија има обавезу да поштује основне стандарде људских права.

Упркос чињеници да Члан 19. не позива изричито на затварање резиденцијалних установа, бројна разматрања стручњака све више указују да је та обавеза садржана у овом члану. Приликом планирања преласка са институционалне заштите на подршку у заједници, не смеју се занемарити критеријуми прогресивне реализације,²⁹ као ни чињеница да су одређене обавезе непосредне природе и да захтевају неодложно деловање³⁰. То су, на пример, право особа са инвалидитетом на избор места становања, где ће и с ким живети, као и приступ услугама без дискриминације.

²⁸CommDH/IssuePaper (2012)3, страна 7, Савет Европе, Комесар за људска права, *Право особа са инвалидитетом да живе самостално и буду укључене у заједницу*.

²⁹Мада постепена реализација државама уговорницама, а посебно државама у развоју, даје извесну флексибилност у испуњавању циљева конвенције, она не ослобађа државе уговорнице од одговорности да та права заштите. Чак и када је у питању постепена реализација, државе уговорнице имају обавезу да покажу да предузимају кораке у максималном износу њима доступних ресурса у остваривању одређених права.

³⁰Забрана дискриминације, обавеза да се предузимају кораци, претпоставка недозвољавања регресивних мера и задовољавање минимума основних елемената права представљају обавезе за које се захтева неодложно деловање у складу са међународним људским правом.

ОБАВЕЗЕ У СКЛАДУ СА КОНВЕНЦИЈОМ УН О ПРАВИМА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Члан 19. Конвенције УН о правима особа са инвалидитетом утврђује право свим особама са инвалидитетом да „живе у заједници, да имају једнак избор као и други“ и захтева од држава уговорница да особе са инвалидитетом „имају приступ већем броју кућних, резиденцијалних и других услуга за пружање подршке у заједници, укључујући личну подршку која им је потребна за живот и укључивање у заједницу, као и спречавање изолације или изопштавања из заједнице“.

Како би се остварила ова права, државе уговорнице су у обавези да „усвоје све потребне законодавне, административне и друге мере“ и да „се уздрже од сваког деловања и праксе која није у складу са овом конвенцијом“.

ОБАВЕЗЕ У СКЛАДУ СА ЕВРОПСКОМ КОНВЕНЦИЈОМ О ЉУДСКИМ ПРАВИМА

Државе уговорнице Европске конвенције о људским правима су у обавези да свакоме у својој надлежности гарантују људска права и слободе. Ова Конвенција је од великог значаја јер је правно обавезујућа и казне се могу изрицати у случају кршења права.

У члану 3. се каже да „Нико не сме бити подвргнут мучењу или нечовечном или понижавајућем поступању или кажњавању“, и то без изузетка. Кршење одредаба из овог члана може наступити када пракса која се спроводи у некој установи има такав утицај на живот неке особе да прелази постављену границу.

Чланом 8. Конвенције гарантује се право поштовања личног и породичног живота, дома и комуникације са другима и прописује да евентуалномешање јавне власти у уживање овог права мора бити како неопходно тако и пропорционално. Овај члан се, на пример, може применити у случајевима када су деца произвољно одвојена од своје породице, или када смештај утиче на могућност детета или одрасле особе да остане у контакту са својом породицом.

ПОГУБНИ ЕФЕКТИ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ

Показало се да институционално окружење само по себи изазива неповратне последице по физички, психички и социјални развој особе. Недостатак приватности, самосталности и поштовања нечијег личног интегритета може спречити емотивни и социјални развој појединца. Изрази попут „социјалног лишавања“ и „научене беспомоћности“ су сковани како би се описали психолошки ефекти живота у

институцији.³¹ Показало се и да језички и интелектуални развој такође трпи и да институционализација може довести до различитих психичких сметњи, укључујући и агресивност и депресију.³² Из тих разлога, али и као резултат усвајања Конвенције УН о правима особа са инвалидитетом и других инструмената у области људских права, институционализација се све више препознаје као лоша политика и кршење људских права.

БОЉЕ КОРИШЋЕЊЕ РЕСУРСА

Чињеница је да се институционална заштита не може преко ноћи заменити услугама подршке у заједници. Међутим, неопходна је јасна посвећеност државе овом циљу која подразумева израду акционог плана, као први корак у испуњавању обавезе затварања установа за особе са инвалидитетом.³³ Свако даље улагање средстава у облике заштите који не подржавају право на живот у заједници, представља кршење одредаба Конвенције, јер је у супротности са обавезом државе да се уздржи од решења којима се не остварују права загарантована Конвенцијом.³⁴ На основу наведеног можемо рећи да је обавеза улагања ресурса за живот у заједници непосредне природе.

Системи бриге и подршке у заједници који се односе на самостално становање и становање уз подршку, када се правилно успоставе и под правилном управом, дају боље резултате за особе које ове системе користе: бољи квалитет живота, боље здравствено стање и способност да допринесу заједници. Улагање у такве услуге, дакле, представља боље коришћење новца пореских обвезника. Истраживања трошкова услуга подршке особама са инвалидитетом у оквиру заједнице наспрам трошкова институционалне заштите су показала да трошкови остају углавном исти, али да се квалитет живота корисника услуга и њихово задовољство пруженим услугама побољшавају.³⁵ Тамо где се показало да је институционална заштита јефтинија, разлог за то је био мањак ресурса, што је опет знатно допринело лошим резултатима.³⁶

Када је реч о психичким сметњама, постоје многобројни примери који показују да када особа има ваљану подршку, изостаје потреба за лековима. Иако су службе за ментално здравље најчешће усмерене искључиво на фармакотерапију, међународни стандарди позивају на пружање широког спектра третмана, укључујући: радну и

³¹К. Груневалд (2003) *Затварање установа за особе са интелектуалним сметњама. Свако може да живи у отвореном друштву*

³²*Ibid*

³³Open Society Mental Health Initiative: Заједница за све: Спровођење члана 19, Водич за праћење напредовања у спровођењу члана 19. Конвенције о правима особа са инвалидитетом, децембар 2011. године, страна 17, доступна на http://www.soros.org/initiatives/health/focus/mhi/articles_publications/publications/community-for-all-20111202/community-for-all-uide-20111202.pdf

³⁴Комитет УН за економска, социјална и културна права (CESCR), општа обавеза бр. 3: Природа обавеза држава уговорница (члан 2, став 1. Споразума), 14.12.1990. године, Е/1991/23, став 9.

³⁵Д. Мекдејд и Г. Торникрофт, *op. cit.*, страна 10.

³⁶Пауер, страна 22.

групну терапију, индивидуалну психотерапију, сликање, глуму, музику и спорт, приступ објектима за рекреацију и вежбама на отвореном, као и образовне и могућности запослења, чиме се унапређује самосталност и функционисање.³⁷

³⁷Осми генерални извештај Комитета за спречавање мучења, став 37, доступан на: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-8.htm>

ТРЕНУТНО СТАЊЕ

СТАЊЕ РЕФОРМЕ

Деинституционализација на свим нивоима представља један од основних циљева социјалне политике Републике Србије од 2002. године. Међутим, примећује се да је напредак у овом домену веома спор, а деинституционализација одраслих није много унапредовала од 2002. године. Чини се да национална политика изражава општу тенденцију ка деинституционализацији, али да не постоје конкретни планови за престанак смештања особа у резиденцијалне установе. Неки од тих пропуста се могу приписати одсуству преко потребних механизма контроле и надзора (подзаконских аката, надзорних органа, примене казнене политике за неиспуњавање законских обавеза, итд.), док се неки могу приписати недостатку институционалне поршке, отпору ка променама и неспремности различитих државних сектора да сарађују.

Влада Републике Србије је 2007. године донела Стратегију за унапређење положаја особа са инвалидитетом.³⁸ Деинституционализација, или прелазак са институционалне заштите на подршку у заједници, није укључена у опште циљеве стратегије,³⁹ али се помиње у мери 4 специфичног циља 5, и мери 1 специфичног циља 6.⁴⁰ У исто време, деинституционализација није дефинисана ни једним државним документом, нити су предвиђени било какви конкретни кораци или рокови.

Други документ који је релевантан за реформу институционалне заштите је Стратегија развоја социјалне заштите,⁴¹ која на реалан начин идентификује све недостатке у систему социјалне заштите, а посебно оне који се тичу особа са инвалидитетом. Њен специфични циљ 2 се односи на реализацију мреже услуга у оквиру заједнице. Општи и специфични циљеви ове стратегије су углавном испуњени доношењем новог Закона о социјалној заштити.⁴² Она садржи детаљан преглед будућих планова за деинституционализацију. У оквиру специфичних циљева, ова стратегија дефинише правац реформи резиденцијалних услуга за децу и одрасле са инвалидитетом. У њој је указано на то да постојећу мрежу специјализованих установа

³⁸Службени гласник Републике Србије, бр. 1/2007, Стратегија за унапређење положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији.

³⁹Увођење појма инвалидитета у опште развојне планове, израда делотворне правне заштите уз примену планова превенције, развој мера програмске политике у образовању, запошљавању, раду и становању, уз обезбеђивање да особе са инвалидитетом имају приступ изграђеном окружењу, транспорту, комуникацијама и јавним услугама.

⁴⁰Јачање породица особа са инвалидитетом кроз пружање адекватне подршке, чиме се помаже интеграција особа са инвалидитетом у заједницу.

⁴¹Службени гласник Републике Србије, бр. 108/2005, 71/05, Стратегија развоја социјалне заштите.

⁴²Службени гласник Републике Србије, бр. 24/2011, Закон о социјалној заштити.

треба преиспитати заједно са услугама и квалитетом постојећег смештаја у специјализованим установама.⁴³

Република Србија је 2007. године донела Стратегију и Акциони план развоја заштите менталног здравља.⁴⁴ Ова стратегија у оквиру деинституционализације утврђује и успостављање система услуга у оквиру заједнице за особе са психичким сметњама, као и смањење броја кревета у психијатријским болницама. Рок за успостављање услуга у оквиру заједнице је децембар 2014. године, а рок за смањење броја болничких кревета у психијатријским болницама је децембар 2017. године. Иако се затварање болница за дуготрајни боравак помиње у стратегији, оно се не помиње као елемент акционог плана.

У складу са акционим планом, усвојен је и Закон о заштити особа са менталним сметњама.⁴⁵ Међутим, овај закон је израђен у процесу који није укључио нити кориснике, нити њихове репрезентативне организације, што за резултат има мало или нимало побољшања у односу на постојеће законодавство. Он је проузроковао многобројне критичке реакције Заштитника грађана⁴⁶ и цивилног друштва⁴⁷. Закон је усредсређен на болничке капацитете, и искључиво се ослања на стручност медицинске професије, док с друге стране не уважава особе са психичким сметњама у другим окружењима, као што су установе социјалне заштите, док развој услуга у заједници попут центара за заштиту менталног здравља у оквиру заједнице препушта првенствено установама примарне здравствене заштите. На тај начин се наставља постојећа пракса, којом се особе са менталним сметњама лишавају слободе само на основу мишљења психијатра, без адекватне заштите у том процесу.

ПОДАЦИ О РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИМ УСТАНОВАМА ЗА ОДРАСЛЕ ОСОБЕ ЗА ИНВАЛИДИТЕТОМ И ОСОБЕ СА ПСИХИЧКИМ СМЕТЊАМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ⁴⁸

Смештај у специјализоване установе и даље је најчешћа алтернатива за живот у биолошкој породици која се нуди деци и одраслима са инвалидитетом. Иако нови

⁴³*Ibid.*, страна 38.

⁴⁴<http://www.zdravlje.gov.rs/tmpmz-admin/downloads/zakoni1/Strategija%20Razvoja%20Zastite%20Mentalnog%20Zdravlja.pdf>

⁴⁵Закон о заштити особа са менталним сметњама (Службени гласник РС бр. 45/13), доступан на: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2013/Jun/Jun2013ZakonZastitiLicaSaMentalnimSmetnjama.pdf>

⁴⁶Мишљење заштитника грађана о нацрту Закона о заштити особа са менталним сметњама, <http://www.ombudsman.rs/index.php/lang-sr/2011-12-11-11-34-45/2654-2012-12-20-08-51-16>

⁴⁷http://www.ian.org.rs/dogadjaji/New%20Folder/Komentari_IAN%205%20decembar.pdf

⁴⁸Ваља напоменути да анализа овог типа има два велика недостатка: један су непоуздани, нејединствени и подаци који недостају, а други се односи на недостатак јасно дефинисаних стандарда за смештај и негу. Подаци се налазе у различитим форматима, непрецизни су и непоуздани, што све онемогућава дубинску анализу. Стандарди или недостају или су застарели и потичу из старомодних система заштите.

Закон о социјалној заштити⁴⁹ садржи низ услуга⁵⁰ које би требало да подстакну и омогуће живот у заједници, оне још увек нису постале саставни део система социјалне заштите и нису доступне корисницима. У исто време, надлежност за развој тих услуга је пренесена на локалне самоуправе, што у пракси може изазвати велику несразмеру у расположивости различитих услуга на локалном нивоу – како због неразумевања потреба корисника од стране надлежних, тако и због разлике у ресурсима којима располажу (људских, материјалних и финансијских).

Превасходни разлог за смештај у специјализоване установе је само присуство инвалидитета, или одређених врста сметњи, и немогућност уживања одговарајуће бриге и подршке у породици. Главни разлози за смештај одраслих са инвалидитетом у специјализоване установе су: одсуство блиских рођака, неспремност или онемогућеност породице да се брине о тој особи, социо-економски ризици и неодговарајућа породична брига.⁵¹ Објашњење да одрасли немају блиских сродника, или да немају довољно средстава, није одговарајуће образложење за ускраћивање могућности становања у сопственим домовима уз подршку заједнице.

Други кључни проблем је што се деца и одрасли упућују у специјализоване установе према њиховој категорији инвалидитета/дијагнози, без обзира на њихово место становања.⁵² То отежава одржавање веза са породицом и повратак у природно окружење и представља кршење Конвенције о правима особа са инвалидитетом⁵³, те члана 8. Европске конвенције о људским правима. Такође, оваква пракса представља вид дискриминације.⁵⁴

Постоје два основна типа смештаја особа са психичким сметњама у специјализоване установе: психијатријске болнице и домови за социјалну заштиту. Главна разлика између ова два типа смештаја је што су психијатријске болнице, углавном, медицинске установе, које се финансирају из буџета за здравствствену заштиту, основа за пријем особе у болницу је медицинска дијагноза, а сврха боравка терапеутска. За разлику од болница, установе социјалне заштите или домови за смештај особа са психичким

⁴⁹Службени гласник Републике Србије, бр. 24/2011, Закон о социјалној заштити.

⁵⁰Неке од њих су: помоћ у кући, становање уз подршку, свратиште, дневни центри итд. (Службени гласник Републике Србије, бр. 24/2011, Закон о социјалној заштити, члан 40). Ова листа није коначна што отвара бројне могућности за осмишљавање услуга које би на најадекватнији начин одговориле на потребе корисника.

⁵¹Извештај о раду установа за социјалну заштиту за особе са инвалидитетом, 2010.

⁵²Према извештају о раду установа за социјалну заштиту за особе са инвалидитетом за 2010. годину, само 10 до 15 процената корисника долази из општина у којима се те установе налазе, или пак из околних општина.

⁵³Конвенција о правима особа са инвалидитетом, члан 23, став 4.: „Ни у ком случају дете неће бити одвојено од родитеља са инвалидитетом на основу инвалидности било детета, било једног или оба родитеља.“

⁵⁴Конвенција о правима особа са инвалидитетом, члан 2: „Дискриминација по основу инвалидности« значи **свако прављење разлике, искључивање или ограничавање по основу инвалидности** чији циљ или последица јесте ограничавање или поништавање признања, уживања или сповођења свих људских права и основних слобода у областима политике, економије, социјалних, културних, грађанских права и било којој другој области.“

сметњама су немедицинске установе, често без терапеутске намене, и оне би требало да одговарају на потребе појединаца за социјалном заштитом (нпр. смештај, подршка у свакодневном животу, и друго). Ипак, постоје установе социјалне заштите за особе са психичким сметњама које представљају мешавину ова два типа збрињавања. То може да збуни кориснике који често верују да се у установи социјалне заштите налазе ради третмана,⁵⁵ не схватајући да су у установу смештени да би у њој вероватно остали до краја живота.

Међутим, ова класификација не значи искључиво да су корисници одређене установе искључиво особе чије сметње и животно доба одговарају намени те установе. Другим речима, млади са сметњама су такође смештени у установама за старија лица; деца и млади са интелектуалним сметњама су смештени у установе за одрасле са интелектуалним сметњама; одрасли са интелектуалним сметњама се често смештају у социјалне установе за особе са психичким сметњама, као и у психијатријске болнице; док се дугорочни психијатријски пацијенти смештају у домове социјалне заштите.

Оваква ситуација доприноси критици система институционалне заштите, која није само застарела и медицински оријентисана, већ и логички недоследна и без разумне основе. Питање категоризације установа у складу са дијагнозом корисника никада није успела да одговори на потребе и права особа са менталним сметњама, а камоли да пружи одговарајућу рехабилитацију, лечење и негу. Ова ситуација је очигледна у пракси.

ТАБЕЛА 1. БРОЈ КОРИСНИКА У УСТАНОВАМА ЗА ДЕЦУ И МЛАДЕ ПРЕМА СТАРОСНОЈ СТРУКТУРИ

	Деца (0-17)	Млади(18-25)	Одрасли (26-64)	Старији(65+)	УКУПНО
Установе за децу и младе	665	265	1	0	931
Установе за децу и младе са сметњама у развоју	467	330	738	18	1.553
Установе за малолетне преступнике	90	24	0	0	114
УКУПНО	1.222	619	739	18	2.598

Према последњим подацима из 2012. године у великим резиденцијалним установама у Републици Србији борави 8.345 одраслих особа са интелектуалним и психо-

⁵⁵Налази су засновани на разговорима са корисницима за време посета домовима за социјалну заштиту за особе са менталним сметњама.

социјалним сметњама – 1.086 пунолетних особа у 4 дома за децу и младе са сметњама у развоју (табела 1),⁵⁶ 4.278 особа у 15 установа социјалне заштите за одрасле са инвалидитетом,⁵⁷ и 2.981 у 5 психијатријских болница.⁵⁸ У овом броју нису исказана лица смештена у психијатријским клиникама, психијатријским институтима, психијатријским клиникама за децу и адолесценте, и одељењима за психијатрију у општим болницама.

ОСОБЕ СА ПСИХИЧКИМ СМЕТЊАМА У УСТАНОВАМА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Систем социјалне заштите у Републици Србији укључује 5 установа за децу и младе са сметњама у развоју и 15 установа за одрасле са инвалидитетом.⁵⁹ Током 2011. године, укупан број одраслих са инвалидитетом у установама социјалне заштите износио је 5.709. Овај број укључује 1.086 особа у установама за децу са сметњама у развоју, а 4.623 особе се налазе у установама за одрасле са инвалидитетом.⁶⁰ Подаци о корисницима према типу њиховог инвалидитета показују да је од укупног броја корисника у 2011. години било 42,3% „ментално оболелих“ особа,⁶¹ 32% са интелектуалним сметњама, 14,1% са вишеструким сметњама;⁶² 9,4% особа су особе са физичким и сензорним сметњама, док 2,1% има „первазивне развојне поремећаје“.⁶³

Објављени државни подаци⁶⁴ показују да се особе са, на пример, интелектуалним сметњама смештају у све типове установа социјалне заштите и да је број корисника са неком врстом интелектуалних сметњи у стварности већи него што је то приказано у тим подацима. Разлог за то је, између осталог, и тај што структура сметњи укључује нејасну категорију „комбиноване“ или „вишеструке“ сметње – која може укључивати и интелектуалне сметње. Подаци за домове за стара лица још нису анализирани, али према подацима Заштитника грађана, ове установе представљају дом и за изванредан број млађих и старијих особа са интелектуалним сметњама.⁶⁵

⁵⁶Извештај о раду установа за социјалну заштиту за децу и младе за 2011. годину.

⁵⁷Извештај о раду установа за социјалну заштиту одраслих за 2011. годину.

⁵⁸Подаци које је у новембру 2012. године прикупио Београдски центар за људска права.

⁵⁹Службени гласник Републике Србије бр. 98/2010, Одлука о мрежи установа за социјалну заштиту за резиденцијални смештај корисника.

⁶⁰Извештај о раду установа за социјалну заштиту одраслих за 2011. годину, страна 4.

⁶¹Израз који се званично користи, а који није у складу са Конвенцијом о правима особа са инвалидитетом и односи се на особе са психо-социјалним сметњама.

⁶²Најчешће се односи на особе са церебралном парализом или другим физичким и интелектуалним сметњама.

⁶³Дијагноза која се најчешће користи за особе са аутизмом.

⁶⁴Извештај о раду установа за социјалну заштиту особа са инвалидитетом за 2010. годину, Републички завод за социјалну заштиту, <http://www.zavodsz.gov.rs/PDF/naslovna/god-izvestavanja/OSI.pdf>

⁶⁵Специјални извештај Омбудсмана о инспекцији спроведеној у домовима за социјалну заштиту за старија лица у 2010. години <http://www.ombudsman.rs/index.php/lang-sr/izvestaji/posebni-izvestaji/2108--2010>

ОСОБЕ СА ПСИХИЧКИМ СМЕТЊАМА У ПСИХИЈАТРИЈСКИМ БОЛНИЦАМА

Поред установа социјалне заштите за особе са инвалидитетом, постоји и пет великих психијатријских болница које су у надлежности Министарства здравља, у којима бораве особе са интелектуалним и психо-социјалним сметњама. Док податке о установама социјалне заштите треба узети са резервом,⁶⁶ званичне податке чак и о броју особа у психијатријским болницама је тешко прибавити.

ТАБЕЛА 2. КАПАЦИТЕТИ ПСИХИЈАТРИЈСКИХ БОЛНИЦА⁶⁷

Назив болнице	Број болничких кревета	Број пацијената	Приближна дужина боравка (у данима)
Вршац	900	825	116
Горња Топоница	800	720	121
Нови Кнежевац	300	272	70
Лаза Лазаревић	500	412	38
Ковин	1.000	752	108

У складу са Уредбом о плану мреже здравствених установа, укупан број постеља за психијатрију у свим здравственим установама у Републици Србији износи 5.300 и то у установама за краткотрајну хоспитализацију 2.050 постеља, а у специјалним психијатријским болничким установама 3.250 постеља, од којих је предвиђено да се до 1.500 постеља користи за збрињавање и лечење поремећаја у акутној фази, а до 1.750 постеља за хоспитализацију пацијената оболелих од хроничних психијатријских болести.⁶⁸

Ови подаци се, међутим, разликују од оних добијених од психијатријских болница. Према подацима из новембра 2012. године, које је прикупио Београдски центар за људска права,⁶⁹ капацитет пет психијатријских болница у Републици Србији је био 3.500 болничких кревета, док је број пацијената био 2.981. Дужина боравка у ових 5 психијатријских болница се креће од 38 до 121 дан. Тај број не даје јасну слику, јер су у њега укључени пацијенти који бораве краће и они који у болници бораве дужи временски период.

⁶⁶Извештај о раду установа за социјалну заштиту за децу и младе за 2011. годину.

⁶⁷Подаци добијени од Београдског центра за људска права прикупљених путем захтева за приступ информацијама од јавног значаја.

⁶⁸Према подацима које је Министарство здравља доставило Заштитнику грађана у децембру 2012. године. Министарство није доставило податке о тренутном броју пацијената у овим установама.

⁶⁹Подаци добијени путем захтева за приступ информацијама од јавног значаја.

КЉУЧНА ПИТАЊА У ОБЛАСТИ ЉУДСКИХ ПРАВА

Иако се установе умногоме и знатно разликују, постоје проблеми који су својствени свакој од њих. Постојање тих проблема је неизбежно у затвореном систему који се одликује сегрегацијом и изолацијом,⁷⁰ губитком осећања личног идентитета, одсуством приватности, строгим рутинама и неодговарајућом заштитом од занемаривања и злостављања. Пренасељеност и недостатак приватности су и даље основне карактеристике ових установа. Недостатак разумевања потреба корисника је такође основна одлика, као и неједнак третман корисника у зависности од степена и природе њихових сметњи. Наиме, корисници са најсложенијим тешкоћама добијају најмање пажње и стручне подршке, иако њихово стање захтева интензивну негу и рехабилитацију. Одрасли корисници се суочавају са проблемима механичког спутавања⁷¹ и изолације⁷². Проблеми којима без одлагања треба посветити пажњу су претерана употреба лекова и ускраћивање неопходног медицинског третмана од стране система здравствене заштите.

ЗАНЕМАРИВАЊЕ И ЗЛОУПОТРЕБА

Оскудица окупационих програма за особе са најсложенијим сметњама, или њихово потпуно одсуство, доводи до слабљења социјалних и психолошких функција. Услед неактивности, особе теже да испоље „непожељно“ понашање – цепају своју одећу, уништавају ствари, њишу се напред-назад, самоповређују се, испољавају агресивно понашање према другим корисницима и особљу, што све неизбежно доводи до честог прибегавања примени изолације и хемијског и физичког спутавања.

Корисници најчешће добијају комбинацију неколико група лекова, као и комбинације старијих и новијих лекова у дозама које изазивају знатне нуспојаве – нешто што се може закључити по изгледу корисника (претерана саливација, споро кретање, недостатак изражавања).⁷³ Непрестано држање људи под дејством антипсихотика, а посебно када се не води ваљана евиденција и регистрација нуспојава, може довести до

⁷⁰Одлука државе да одвоји и изолира особе са психичким проблемима тако што ће их сместити у установе затвореног типа представља фундаментални облик дискриминације, и противна је праву на становање у оквиру заједнице, које прописују међународни стандарди. Дискриминација особа са инвалидитетом и њихова изолација на основу психичких сметњи су забрањене домаћим и међународним правом. Одвајање и изолација сами по себи повећавају стигму која окружује особе са психичким сметњама.

⁷¹Механичко спутавање укључује везивање руку и/или ногу за кревет, столицу, или за инвалидска колица помоћу завоја, чаршафа, каишева итд.

⁷²Осим закључавања у посебну просторију, изолација подразумева и боравак особа у кревету или кревету из којег сами не могу да изађу.

⁷³Иницијатива за права особа са менталним инвалидитетом– MDRI-S 2012, *Склоњени и заборављени: Сегрегација и занемаривање деце са сметњама у развојуи одраслих особа са интелектуалним тешкоћама у Србији*

сметњи, неповратног оштећења нервног система или изненадне смрти.⁷⁴ Иако је претерана употреба лекова чешћа код одраслих корисника, забрињава и то што се антипсихотици у великој мери преписују и деци.⁷⁵

ФИЗИЧКО СПУТАВАЊЕ И ИЗОЛАЦИЈА

Када давање лекова није довољно за одржавање контроле над корисницима, примењују се мере спутавања и изолације. Дуготрајна терапија антипсихотикима, примена физичког спутавања и изолације изазива код ових особа огромну патњу и веома је опасно. Држање људи под дејством лекова, у изолацији и спутане, повећава осећање понижености и људе чини рањивијим и подложнијим занемаривању и злостављању, чак и када се те мере примењују због мањка особља или зато што особље није у могућности да пружи одговарајући третман. Према међународним стандардима, распрострањена злоупотреба лекова, дуготрајаног спутавања и држање особа у изолацији представља свирепу, нечовечно и понижавајуће поступање или кажњавање. У неким случајевима дуготрајна примена ових мера може достићи ниво тортуре.⁷⁶

Осим примене физичког спутавања и изолације, велики број деце и одраслих који се не могу самостално да се крећу спутани су самим тим што су остављени да леже у креветима или креветима са гвозденом оградом, из којих не могу да изађу без помоћи. Многе од ових особа пате од церебралне парализе која, без одговарајућег третмана, доводи до дислокације удова.⁷⁷ Особа која не може да се креће услед стања својих удова и зглобова налази се под изузетно високим ризиком од сколиозе или кривљења кичме. Истежање и одржавање правилног положаја је најбитније за спречавање појаве деформитета.

Пружање адекватног третмана додатно је онемогућено смештањем непокретних корисника на горње спратове без лифтова, чиме им се у потпуности ускраћује могућност кретања. Мали број запослених није у могућности да износи кориснике напоље нити до кабинета за физикалну терапију. Тиме се корисници држе у вишеструкој изолацији, без икакве могућности да изађу из свог кревета.

⁷⁴Изненадна и необјашњива смрт пацијената у психијатријским болницама, Аплеби и сарадници (2000)

⁷⁵Иницијатива за права особа са менталним инвалидитетом– MDRI-S, *Склоњени и заборављени: Сегрегација и занемаривање деце са сметњама у развоју одраслих особа са интелектуалним тешкоћама у Србији*

⁷⁶Чарлс Х. Зинах са сарадницима, 2010.

⁷⁷Санда М. Нетина, Липинкотски приручник о праксама неговања 194, (девето издање, 2010).

ГУБИТАК ПОСЛОВНЕ СПОСОБНОСТИ И ЛИШАВАЊЕ СЛОБОДЕ

Многе одрасле особе смештене су у установе за дуготрајни боравак или болнице након поступака који су покренули њихови законски старатељи, против њихове воље или без претходно дате сагласности.

У децембру 2011. године, од 5.364 одраслих особа смештених у установе социјалне заштите, 3.493 њих било под неким видом старатељства. У установама за одрасле са инвалидитетом, већина корисника је била под непосредним старатељством, и то 38,9%, за 27,5% њих старатељи су били рођаци, док 33,6% није било под старатељством.

**Извештај о раду установа социјалне заштите за одрасле за 2011. годину*

У Републици Србији је присутна забрињавајућа пракса да је смештање особа са менталним сметњама у установу социјалне заштите праћено одузимањем пословне способности. Практично, ситуација је таква да особе са менталним сметњама нису консултоване о томе да ли желе да буду смештене у установу јер је уврежено веровање да оне не могу да праве избор за себе. Одлуку доносе њихови старатељи, обично у сарадњи са центрима за социјални рад. Корисници се не могу слободно кретати осим ако немају одобрење старатеља, нити могу доносити било какве одлуке о свом свакодневном животу. Особе под потпуним старатељством губе готово сва грађанска права и морају имати старатеља који ће за њих доносити правоснажне одлуке у већини области њиховог живота.⁷⁸ Чињеница да особе под старатељством не могу да доносе никакве важније одлуке о свом животу, као што су одлуке о томе где, како и с ким би желеле да живе, намеће потребу да се овај институт врло опрезно проиумењује како би права појединаца у што већој мери била заштићена од евентуалних злоупотреба.

Стручна литература и истраживања указују да породице често користе старатељство како би „одстраниле“ и непожељног члана породице са психичким сметњама „сместили“ у установу.⁷⁹ У објављеном тематском документу⁸⁰ бившег Комесара за људска права, Томаса Хамарберга, државама уговорницама је препоручено да „Прекину „добровољно“ смештање особа у затворене болнице и установе социјалне заштите против воље те особе уз сагласност старатеља или правних заступника. Смештај у установе затвореног типа без сагласности те особе увек треба сматрати лишавањем слободе и подвргавати контроли у складу са Чланом 5. Европске конвенције о људским правима“.

⁷⁸Савет Европе, Комесар за људска права, *Ко доноси одлуку? Право на пословну способност за особе са интелектуалним и психосоцијалним сметњама*, КоммDH/рад (2012а)2, став 2.1.

⁷⁹MDAC-Shine (2011.) *Далеко од очију – Људска права у психијатријским установама и домовима за социјално старање у Хрватској, Будимпешта – Загреб*, доступно на: http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/croatiareport2011_en.pdf

⁸⁰КоммDH/рад (2012)2, Савет Европе, Комесар за људска права, *Ко доноси одлуку? Право на пословну способност за особе са интелектуалним и психосоцијалним сметњама*.

Смештај особа у специјализовану установу по налогу старатеља је осудио и Европски суд за људска права, који је у недавном случају решио да системи треба више да придају значаја одлукама које доноси сам појединац.⁸¹ Европски суд за људска права је такође изјавио да постоји потреба за успостављањем процедуралних заштитних мера, како би се избегло истовремено лишавање слободе и губитак пословне способности.⁸²

ПРИСИЛНИ СМЕШТАЈ И ПРИСИЛНО ЛЕЧЕЊЕ

Већи број особа са инвалидитетом које бораве у установама, без обзира на психијатријску дијагнозу, примају антипсихотике, често без сопствене сагласности. Постоје и докази да се у другим установама за децу и одрасле са инвалидитетом примена психијатријских лекова користи произвољно за контролу понашања када не постоји психијатријска дијагноза нити редовно преиспитивање терапије.⁸³

Питање присилног смештаја и присилног лечења је од посебног значаја за особе са психичким сметњама, које могу бити смештене у психијатријску болницу, спутане, приморне да узимају лекове или подвргнуте другим медицинским поступцима против своје воље. Присилни смештај у установе особа са психичким сметњама се често дешава истовремено са потпуним лишавањем пословне способности, након чега ове особе више не доносе одлуке својевољно.

Иако је законом предвиђена обавеза суда да лично саслуша лице према коме води поступак лишавања пословне способности, истовремено је омогућен и изузетак од ове обавезе, када суд може да одустане од саслушања лица ако би то могло да буде штетно по његово здравље или ако саслушање уопште није могуће због душевног или физичког стања тог лица. У пракси се исувише често користи изузетак, те суд доноси одлуку без саслушања лица према коме се води поступак.

⁸¹Станев против Бугарске 36760/06 (2012) Европски суд за људска права46, (2012) M.H.O 1.

⁸²Варбанов против Бугарске (31365/96, Европски суд за људска права 2000-IV), Штукатуров против Русије (44009/05, Европски суд за људска права2008-I), Салонтаји-Дробњак против Србије (36500/05, Европски суд за људска права 2009-II)

⁸³Иницијатива за права особа са менталним инвалидитетом– MDRI-S, Склоњени и заборављени: Сегрегација и занемаривање деце са сметњама у развојуи одраслих особа са интелектуалним тешкоћама у Србији

ПРЕДЛОГ МАПЕ ПУТА

I. ПОСТИЗАЊЕ ОПШТЕГ РАЗУМЕВАЊА ПРОЦЕСА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

ЧИЊЕНИЦЕ:

Национална политика изражава општу склоност ка деинституционализацији, али не постоје конкретни планови за окончање праксе смештаја у специјализоване установе. Пропусти се могу приписати:

1. Непостојање јасног плана спровођења процеса деинституционализације
2. Недовољна укљученост јавног сектора у процес и отпор према променама
3. Одсуство механизма координације органа надлежних за спровођење процеса деинституционализације

АКТИВНОСТИ:

Укључити све актере, а нарочито кориснике услуга, у транспарентну дискусију на националном нивоу о општем поимању процеса деинституционализације и његовом управљању у земљи.

Осмислити структуру и механизме укључивања и координације свих актера у процесу деинституционализације.

КОРАЦИ:

1. ОДРЕЂИВАЊЕ ЈАСНОГ КОНЦЕПТА (ПЛАНА) СИСТЕМА ЗАШТИТЕ И ПОДРШКЕ ЗА ОСОБЕ СА ИНВАЛИДИТЕТОМ У ЗАЈЕДНИЦИ, ЗАСНОВАНОГ НА НАЧЕЛИМА ЉУДСКИХ ПРАВА

Спровођење деинституционализације се мора ослањати на основна начела и вредности утканих у општим међународним споразумима о људским правима која се тичу остваривања и заштите права особа са инвалидитетом. Оно мора да садржи и мере за спречавање даље институционализације, као и мере усмерене на повратак особа које се налазе у специјализованим установама у заједницу. Поред тога, спровођење деинституционализације захтева промену општег поимања особе са психичким сметњама – од пацијената и пасивних објеката заштите до грађана са једнаким правима као и промоцију принципа пуног учешћа и укључивања у друштво, слободу избора, контроле и независности.

2. ИЗРАДА СТРАТЕШКОГ ДОКУМЕНТА ЗА УПРАВЉАЊЕ ПРОЦЕСОМ РЕФОРМЕ У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ И ДРУГИМ СИСТЕМИМА

Кратак документ јавне политике би требало да изрази јасну политичку вољу, наводећи основна начела за деинституционализацију и утврђујући основне мере и документа за њену примену, заједно са одређивањем временског рока за њихово усвајање и расподелу људских, материјалних и финансијских ресурса.⁸⁴ Од кључног је значаја да овај документ буде мулти-секторски са јасном поделом одговорности, те да реформу у систему социјалне заштите и другим системима усмерава према:

- a) затварању установа,
- b) развоју услуга у оквиру заједнице
- c) развоју инклузивних општих услуга.

Важно је да овакав документ усвоји Влада, како би се осигурала сарадња свих сектора, а пре свега здравства, социјалне заштите и образовања. Још је важнија израда акционих планова, како усвојена јавна политика не би била декларативна без обавезе примене, што је досада, најчешће, био случај. У земљама у којима је реформа спроведена успешно, показало се да је пресудан фактор у процесу реформе било постојање свеобухватних краткорочних и дугорочних планова.⁸⁵

3. УКЉУЧИВАЊЕ ШТО ВЕЋЕГ БРОЈА ЗАИНТЕРЕСОВАНИХ АКТЕРА

У овај процес треба укључити представнике свих сектора јавне управе, а не само система социјалне и здравствене заштите. За укључивање особа са инвалидитетом у друштво од великог значаја су и сектори образовања, културе, запошљавања, транспорта и финансија, правосуђа, као и други. Дискусија треба да укључи што више заинтересованих страна – стручњаке, пружаоце услуга, организације цивилног друштва, независне институције (Заштитник грађана, Повереник за заштиту равноправности), али пре свега особе са психичким сметњама које су до сада биле изузете из свих разговора, и њихове породице где је то релевантно.

4. УСПОСТАВЉАЊЕ И УПРАВЉАЊЕ СТРУКТУРОМ ЗА КООРДИНАЦИЈУ

4.1 Састав структуре за координацију

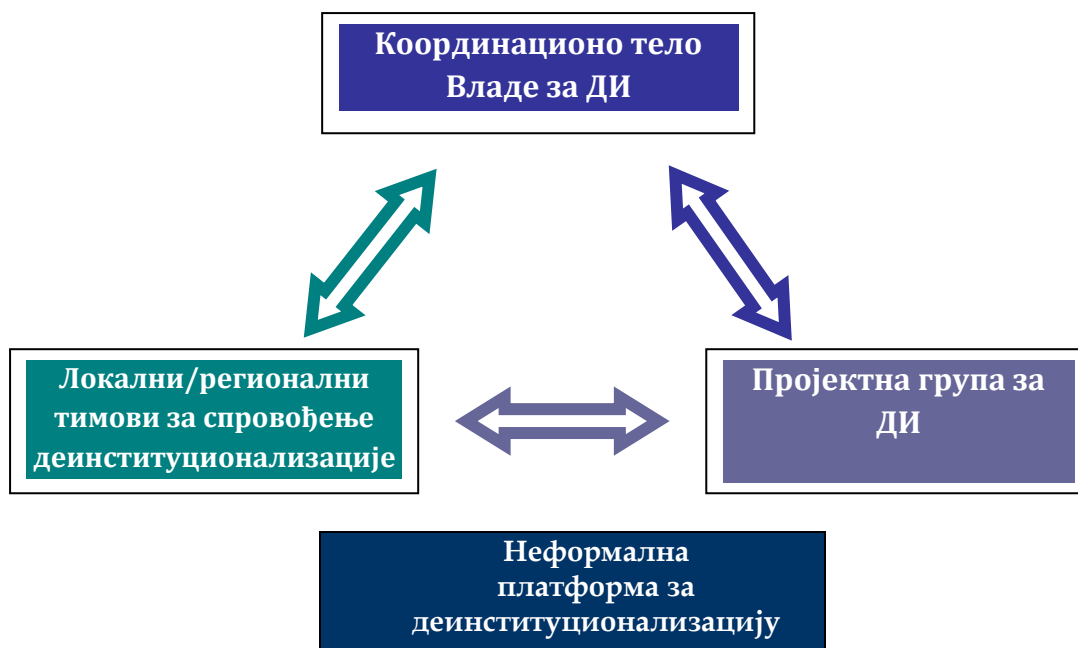
Како би се координација спровела на што функционалнији начин и омогућила директну комуникацију свих релевантних структура у овом процесу неопходно је

⁸⁴Видети на пример Стратегију за деинституционализацију система социјалних услуга и алтернативне бриге о деци, Словачка, водич, страна 65.

⁸⁵Смернице, референца 187: Фрајхоф и сарадници.

створити структуру са различитих нивоа одговорности. Једна од могућих структура која би се могла размотрити је следећа:

- **Координационо тело Владе за деинституционализацију:** циљ осигурати блиску сарадњу свих органа државне управе који имају своју улогу у процесу и међусекторске политичке подршке.
- **Пројектна група за деинституционализацију:** Ова група би била састављена од стручњака који су укључени у деинституционализацију на оперативном нивоу, укључујући особе које имају експертизу, а долазе из цивилног друштва, академских кругова итд. Таква експертска група имала би за циљ да обезбеди надзор над процесом и да осигура испуњавање стандарда квалитета, као и да обезбеди потребна техничка знања током целог процеса.
- **Локални тимови за спровођење деинституционализације у одабраним јединицама локалне самоуправе:** локални тимови за спровођење деинституционализације могу бити основани у ЈЛС где већ постоје планови за затварање установа. Циљ локалних тимова за спровођење деинституционализације био би да се осигура то да планиране реформе одговарају локалним потребама. Тимови треба да окупе кључне актере на локалном нивоу који су директно укључени у реализацију процеса, тако да процес не воде директори локалних установа, већ локална заједница у партнерству са установама које су у процесу затварања и у партнерству са актерима са националног нивоа.
- Поред ових тела, **неформалне платформе** (за деинституционализацију уопште, или посебне платформе за децу и за одрасле) могу да окупају кориснике услуга и организације које их представљају, непрофитне пружаоце услуга у оквиру заједнице и друге групе за заступање које подржавају деинституционализацију и које треба подстаћи да обављају независно праћење процеса како би могле редовно да пружају информације другим структурама. Представник/ци неформалних платформи могу да учествују у раду три званичне структуре – Међусекторске групе, Комитета стручњака и локалних/регионалних тимова за спровођење деинституционализације.



4.2. Предлог оперативних модалитета структуре за координацију

Рад Координационог тела Владе за деинституционализацију и Пројектне групе за деинституционализацију, као и рад локалних тимова за спровођење деинституционализације треба да се темељи на смерницама садржаним у свеобухватној стратегији деинституционализације и акционим плановима (видети одељак I Мапе пута), који су засновани на процени потреба на локалном, регионалном и националном нивоу (видети одељак II Мапе пута).

Стратегију би требало да усвоји Влада за дужи временски период не краћи од 8-10 година, како би се осигурало учешће свих релевантних министарстава у њеној реализацији, као и то да она траје дуже од мандата једне Владе. Као што је описано у одељку III Мапе пута, стратегија треба да буде реализована путем акционих планова, којима треба одредити посебне активности које спроводе различити носиоци активности на централном нивоу власти, као и друге заинтересоване стране. За различите групе корисника могу се израдити одвојени акциони планови.

Састав тела за координацију

Координационо тело Владе за деинституционализацију

Оснивање овог тела Владе треба предвидети у стратегији за деинституционализацију. Идеално би било да овим телом председава премијер или потпредседник Владе, а у њеном саставу би били државни секретари из свих релевантних министарстава (нарочито оних надлежних за социјална питања, просвету, здравље, децу и омладину, правду и финансије).

Пројектна група за деинституционализацију

Пројектну групу може основати једно од министарстава (нпр. Министарство надлежно за послове у области социјалне политике), које би председавало групом, израђивало пројектне задатке и бирало чланове. Министарство би, такође, требало да има улогу секретаријата пројектне групе односно вршило стручне и административне послове неопходне за њено адекватно функционисање.

У саставу пројектне групе требало да буду сви они који су укључени у процес деинституционализације, укључујући:

- представнике Министарства социјалне политике (сви релевантни сектори)
- представнике других релевантних министарстава (здравља, просвете, правде, финансија итд.)
- представнике региона
- представнике јединица локалне самоуправе
- представнике релевантних завода, фондова агенција (запошљавање, здравље, осигурање итд.)
- представнике пружалаца услуга (нпр. удружење директора установа)
- представнике међународних организација, као што су UNDP и UNICEF
- представнике корисника услуга
- стручњаке из цивилног друштва и с универзитета

Пројектна група може, по потреби, формирати комисије како би се олакшао рад на различитим деловима акционог плана.

Локални тимови за спровођење деинституционализације

Локални тимови за спровођење деинституционализације могу помоћи да се осигура власништво над процесом на локалном нивоу и имати улогу у осигуравању тога да сви планови одговарају локалним потребама. Треба уложити напоре у изградњу капацитета тих тимова на почетку процеса и у обезбеђивање подстицаја за локалну заједницу како би она имала проактивну улогу. У саставу локалних тимова требало би да буду:

- представници релевантних органа државне управе организовани изван седишта органа (нпр. за социјалну заштиту, децу, здравље, запошљавање, образовање)
- представници јединица локалне самоуправе надлежни за активности у процесу деинституционализације.
- представници установа које учествују у процесу
- представници корисника услуга (нпр. особе са инвалидитетом које живе у заједници и њихове породице или представници корисника установа, уколико је то могуће)
- други представници цивилног друштва/група из заједнице

остали важни актери на локалном нивоу

Задаци тела за координацију

Координационо тело Владе за деинституционализацију

Координационо тело Владе треба да прати укупно спровођење стратегије и акционих планова и да осигура да различити сектори и тела спроводе релевантне делове стратегије/акционих планова. Треба да планира и годишње ревидирање акционих планова како би они одговарали новим потребама и могли да одговоре изазовима на терену.

Координационо тело треба да осигура да процес ужива пуну подршку Владе и да јавност о њему буде на адекватан начин обавештена. Рад координационог тел може резултирати у предузимању потребних корака, као што је реформа законодавства или обезбеђивање додатне финансијске подршке процесу.

Пројектна група за деинституционализацију

Пројектна група може да пружи подршку следећим активностима:

- праћење и координација процеса деинституционализације
 - подстицање боље координације између различитих актера који су важни за процес деинституционализације
 - предлагање потребних корака који су потребни како би се процес деинституционализације наставио или унапредио
 - идентификовање препрека и изазова у процесу и предлагање начина да се они превазиђу
- пружање доприноса приликом оцене напретка у реализацији стратегије деинституционализације и акционих планова

Локални тимови за спровођење деинституционализације

Локални тимови за спровођење деинституционализације могу имати важну улогу у осигуравању укључености и информисаности актера на локалном нивоу о реформама које се спроводе у њиховој заједници. На тај начин, процес неће бити доживљен као нешто што је наметнуто „одозго“ већ као промена која је потребна у циљу побољшања живота локалног становништва. Задаци тимова за спровођење деинституционализације могу укључити следеће:

- израду локалних акционих планова
- идентификовање локалних потреба и ресурса
- подизање свести локалног становништва о правима особа са инвалидитетом и о користима које сви имају од инвестирања у услуге у оквиру заједнице

- осигуравање услова да особе које живе у установама, а које имају корене (или породицу и пријатеље) у заједници, добију подршку да остану у тој заједници (а да нису присиљени да се преселе негде другде зато што нема доступних услуга које су им потребне)
- осигуравање тога да особље установа пружи подршку процесу и да, када год је то могуће, настави да у заједници пружа подршку особама са инвалидитетом
- рад са другим локалним (или регионалним) тимовима за спровођење деинституционализације, како би се испуниле потребе особа које долазе из других заједница, или особа које се селе у друга места
- одржавање координације са националним нивоом како би се осигурала потребна финансијска и стручна подршка локалним плановима

Коначно, локални (или регионални) тимови за спровођење деинституционализације треба блиско да сарађују са онима који могу на практичан начин да пруже подршку процесу деинституционализације путем обука за особље, развоја индивидуалних планова подршке и помоћи људима да се преселе у заједницу. То се може постићи постављањем саветника (или тима) који улази у састав тима за спровођење деинституционализације. Самозаступници траба такође да буду у великом делу укључени у припремање особа које живе у установама за прелазак у заједницу и за обезбеђивање трајне подршке. То може бити од помоћи при осигуравању тога да потребе и приоритети корисника буду од кључне важности у процесу.

II ПРОЦЕНА СТАЊА

ЧИЊЕНИЦЕ:

Постојећи подаци о тренутној ситуацији о положају особа са инвалидитетом, како оних који живе у затвореним установама тако и оних који живе у заједници, (укључујући њихов број, расположиве ресурсе у институцијама и заједници) су недовољни и лошег су квалитета, чиме се веома отежава спровођење било какве дубље анализе. Подаци су непрецизни и непоуздани јер се формат извештавања разликује од једне државне установе до друге. Дешава се, такође, да се различити подаци добијају од надлежних министарстава, центара за социјални рад, установа социјалне заштите, психијатријских болница итд., на шта је Републички завод за социјалну заштиту скренуо пажњу у свом извештају.⁸⁶

АКТИВНОСТИ:

Потребно је извршити анализу свих ресурса – финансијских, материјалних и људских – у постојећим системима заштите и подршке за одређене групе корисника у свим сегментима – социјалном, здравственом, образовном, итд. На основу тих података, потребно је припремити стратегију и акциони план развоја људских и материјалних ресурса, као и финансирања процеса деинституционализације у будућности.

КОРАЦИ:

1. АНАЛИЗА СИСТЕМА

Системи социјалне заштите, здравствене заштите и образовања играју кључну улогу у спречавању одвајања особа са инвалидитетом од њихових породица и њиховог смештаја у специјализовану установу. Стога је неопходно извршити анализу сваког од тих система како би се идентификовали постојећи проблеми и потребе. Недостатак услуга у било ком од ових система представља непосредну препреку за одржавање породица на окупу.

Ова анализа је посебно корисна за одређивање полазне позиције за реформу, за идентификацију приоритета, као и потенцијалних изазова. Такође, може бити корисна и за развој превентивних мера и услуга.⁸⁷

⁸⁶Извештај о раду установа за социјалну заштиту и смештај деце и младих за 2011. годину, страна 47

⁸⁷На пример, ако анализа извора пријема у установу покаже да велики број деце долази из локалног породициштва, то указује на потребу за пружањем услуге у тој болници, те се може донети одлука о додељивању социјалног радника породицишту.

2. ПРОЦЕНА РАСПОЛОЖИВИХ РЕСУРСА⁸⁸

Важно је имати на уму да планирање деинституционализације захтева укључивање свих система и ангажовање свих расположивих ресурса – финансијских, материјалних и људских – како би се обезбедила делотворност и исплативост процеса. Познавање расположивих ресурса, или оних који ће постати расположиви по окончању процеса деинституционализације, помоћи ће у доносиоцима одлука у планирању и расподелу ресурса за пружање услуга бриге и подршке у заједници.

Особље које ради у установама и у заједници представља највећи ресурс и ове људе треба подржати у спровођењу процеса реформе (ту спадају стручњаци из различитих области – здравства, социјалног рада, образовања – као и неговатељи, волонтери итд.) У зависности од квалификација, знања и вештина особља може се јавити отпор према променама који углавном потиче од недостатка јасних и потпуних информација о томе шта се и зашто планира, и шта се од њих очекује.

Стручњаци и запослени у сервисима социјалне заштите, здравственим и другим установама требало би да буду упориште развоју система подршке у заједници, али је неопходно да усвоје нову парадигму и развију одговарајуће способности и вештине за рад са корисницима – како у области образовања које је кључно за процес друштвене инклузије, педагошки рад уопште, као и рад на пружању подршке за осамостаљивање и укључивање корисника у живот заједнице.

Свеобухватна процена **финансијских ресурса** и трошкова који се доводе у везу са одржавањем специјализованих резиденцијалних установа је неопходна како би се осигурало њихово делотворно коришћење у развоју нових услуга. Потребно је обезбедити гаранције да ће уплаћени новац бити искоришћен за развој услуга у заједници, када број особа под институционалном заштитом буде опадао. Стварање система у којем новац прати корисника чини да потребна подршка без обзира на место боравка корисника буде и доступна, и прилагођена потребама особе која користи услугу.

Посебну пажњу треба посветити **материјалним ресурсима** јер управо у том делу најчешће долази до грешака. Простор ослобођен измештањем једне групе корисника никако се не сме користити за смештање друге групе корисника, или на било који начин који подстиче издвајање корисника и одвлачи значајне ресурсе за развој других услуга у заједници.⁸⁹

⁸⁸Више података о коришћењу ресурса се може наћи у Поглављу VI: Обезбеђивање одрживости система услуга у оквиру заједнице, страна 29.

⁸⁹Попут коришћења домова за децу бет роитељског старања као домове за децу са сметњама у развоју.

3. КОРИШЋЕЊЕ ПОСТОЈЕЋИХ УСЛУГА У ОКВИРУ ЗАЈЕДНИЦЕ

Важан ресурс који треба имати у виду пре развоја нових услуга у оквиру заједнице су **услуге које већ постоје у заједници**. Овим се помаже у избегавању ризика изградње два паралелна система када то није потребно, и доприноси се делотворној и ефикасној употреби расположивих ресурса. Анализа услуга не би требало да буде искључиво усмерена на социјалне и здравствене службе. Такође треба испитати и друге постојеће службе у областима као што је образовање, запошљавање, рекреација, итд. Важно је да буду укључене све релевантне институције на локалном, регионалном и националном нивоу, и да оне буду спремне да подрже појединце који те услуге користе.

Примери тих услуга у Републици Србији су службе за дневни боравак и предшколске установе, патронажна медицинска служба⁹⁰ (посета породицама са новорођенчадима), геронтодомаћнице за старија лица,⁹¹ друштвени клубови, клубови за старе, спортски клубови, итд. Веома је важно да ове услуге буду инклузивне и приступачне свим људима без обзира на њихов инвалидитет. Препреке се не могу само наћи у физичком окружењу у виду неприступачних објеката, већ и у наставним програмима, приступима учењу и подучавању, или у постојећим културама.

III ИЗРАДА И ТЕСТИРАЊЕ АКЦИОНИХ ПЛАНОВА

ЧИЊЕНИЦА:

До сада није урађен ниједан акциони план који би водио затварању неке од великих установа резиденцијалног типа за особе са менталним сметњама. Унапређење рада у установама углавном је препуштено ентузијазму и доброј вољи појединаца.⁹²

АКТИВНОСТ:

Израда специфичних акционих планова којима би се јасно дефинисали краткорочни и дугорочни кораци које треба предузети, уз јасно наведене временске рокове и распоређене ресурсе⁹³ (имајући у виду и доступне и потребне), и са јасним планом евалуације на основу које се омогућава процена и благовремено реаговање у случају потребе.

⁹⁰Посећивање породица са новорођенчадима је добра метода за рану интервенцију која је од кључног значаја за спречавање институционализације.

⁹¹Услуге пружања неге старијим лицима у њиховим домовима може послужити и као помоћ породицама са децом/одраслима са инвалидитетом.

⁹²MDRI-S извештај: *Склоњени и заборављени*, 2012, стр. 59.

⁹³Смернице, Поглавље 6, страна 99

КОРАЦИ:

1. ИЗРАДА РЕАЛНИХ АКЦИОНИХ ПЛАНОВА УЗ УКЉУЧИВАЊЕ СВИХ НАДЛЕЖНИХ ИНСТИТУЦИЈА И ДРУГИХ ЗАИНТЕРЕСОВАНИХ СТРАНА

Свеобухватни планови трансформације треба да садрже стратегију за спречавање пријема нових корисника у установе, за шта је посебно важна локална анализа стања, ресурса и потреба корисника. То се пре свега односи на прикупљање информација о томе одакле долазе захтеви за пријем нових корисника, те утврђивање узрока таквог стања како би се развиле услуге које су потребне конкретним локалним заједницама.

Када је у питању напуштање институција одосно, повратак корисника у заједницу, потребно је утврдити која су то „кључна“ улагања у услуге у оквиру заједнице која су потребна у датом окружењу, укључујући и становање.⁹⁴ Уз то је потребно планирати и друге облике услуга, као што су центри за дневне активности и друге услуге подршке.

Програм подршке у заједници треба да одговара на стварне потребе корисника, и потребно је обезбедити његово финансирање. Такође, треба размотрити потпуну прерасподелу ресурса из установа. План такође треба да укључи израду и спровођење програма којим ће се пружати неопходна подршка у процесу транзиције за кориснике, особље и породице корисника услуга, као и за локалну заједницу.⁹⁵

Акциони план треба да као минимум садржи следеће елементе:⁹⁶

- план усвајања и измена прописа – подзаконских аката, процедура, стандарда итд.
- састав и улогу управљачког тима;
- активности које су у складу са циљевима и мерама у стратегији;
- временски рок;
- надлежне институције и одговорне особе;
- услуге које ће бити развијене;
- трошкове, расположиве ресурсе и неопходна средства;
- начин процене и праћења примене акционог плана.

2. ИЗБОР НЕКОЛИКО „ПИЛОТ“ ЛОКАЦИЈА КАКО СЕ ПРОЦЕС ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ У ПРАКСИ ВИШЕ НЕ БИ ОДЛАГАО

Установе у којима су утврђени случајеви озбиљног кршења људских права и оне где ситуација захтева неодложно исељавање корисника из установе, треба издвојити као приоритетне. Планови потпуне трансформације за две до три

⁹⁴Пожељно је да места становања буду расута, а не груписана (са не више од 6-8 корисника по једној стамбеној јединици).

⁹⁵Више података у Поглављу VII

⁹⁶Смернице, страна 72

одређене установе треба, пре свега, да садрже стратегију за спречавање пријема нових корисника која ће се ослањати на анализу стања (ресурса и потреба корисника), како на подручју на коме се установа налази, тако и у оним локалним заједницама из којих корисници долазе.

За сваку установу неопходно је утврдити планове ⁹⁷који би требало да буду од помоћи у спровођењу националног акционог плана на локалном нивоу.⁹⁸

1. Планови за припрему/подршку и прелазак корисника у објекте за становање у оквиру заједнице, а на основу њихових појединачних потреба и склоности.
2. Планови за развој услуга у оквиру заједнице, који узимају у обзир потребе и склоности корисника.
3. Планови за поновно ангажовање и обуку запослених, узимајући у обзир склоности појединаца и захтеве нових услуга.
4. План за алтернативну употребу парцела и/или објеката специјализованих установа.
5. Потребна средства и изворе средстава.
6. Припрема локалне заједнице – нпр. подизање јавне свести и образовне активности у конкретним локалним заједницама.

3. ИЗРАДА ПЛАНА ПРАЋЕЊА И ПРОЦЕНЕ ПРИМЕНЕ АКЦИОНОГ ПЛАНА

Уграђивање плана праћења и процене у акциони план је од изузетног значаја.⁹⁹ Њиме се обезбеђују пратеће информације о напредовању реформе и указује се на проблеме који се на том путу сусрећу, што се након тога решава благовремено, пре него што проблеми прерасту у кризу. Оквир треба да садржи: индикаторе за праћење и процену, одговорности за координацију процеса и временског оквира (нпр. у којим периодима се врши ревизија плана).

Вероватно је да ће се планови мењати како спровођење реформе буде напредовало. То би требало схватити и планирати као део процеса спровођења активности: праћење, преглед и ревизија активности на основу примера добре праксе, али и начињених грешака. Међутим, веома је важно да преглед и ревидирање планова не доведе до бесконачног одлагања промена, те да предложене промене буду засноване на вредностима и начелима људских права, и да буду развијене у процесу консултација са свим кључним заинтересованим странама.

⁹⁷DECLOC извештај, страна 55.

⁹⁸Смернице, важно упутство 6: Планови за затварање установа, страна 73

⁹⁹Смернице, страна 72

IV ФОРМИРАЊЕ ПОВОЉНОГ ПРАВНОГ ОСНОВА ЗА УСЛУГЕ У ОКВИРУ ЗАЈЕДНИЦЕ

ЧИЊЕНИЦЕ:

Република Србија је 2011. године направила велики корак напред доношењем Закона о социјалној заштити,¹⁰⁰ којим су услуге у заједници уведене у правни систем с намером да омогуће да особе са инвалидитетом добију потребну подршку и остану у свом природном окружењу. Међутим, промене у законодавству у области социјалне заштите нису довољне да осигурају да особама са инвалидитетом буду загарантована и омогућена сва њихова права. Становање у оквиру заједнице излази из оквира система социјалне заштите, и треба узети у обзир све његове аспекте. Да би били у могућности да живе у заједници на равноправној основи као и други чланови заједнице, особама са инвалидитетом морају бити гарантована и омогућена једнака права на образовање, запошљавање, избор места за живот, остварење грађанских права, право на ступање у брак, право гласа, као и сва друга права која остварују особе без инвалидитета.

АКТИВНОСТ:

Израда повољног правног оквира који обезбеђује суштинску равноправност особа са инвалидитетом и установљвање и развој услуга подршке за животу локалној заједници.

КОРАЦИ:

1. ОБЕЗБЕДИТИ ПРИСТУП ОПШТИМ УСЛУГАМА И СЛУЖБАМА

Канцеларија високог комесара за људска права препоручује да „законодавни оквир“ у складу са Конвенцијом УН о правима особа са инвалидитетом, „укључи и признавање права на приступ услугама подршке које су потребне за омогућавање самосталног становања и укључења у живот заједнице, као и да гарантује пружање подршке самосталном становању, које ће бити уређено на основу сопственог избора и склоности појединца...“¹⁰¹

Да би деинституционализација била успешна, одрасли који имају потребу за туђом негом и подршком, а који станују у заједници или се селе у заједницу из установе, треба да имају приступ општим услугама и службама. Оне укључују, приступ социјалном становању, образовању, запошљавању, здравственој заштити, транспорту, спортским и културним садржајима, као и другим службама које други припадници заједнице користе. Зато је неопходно да се

¹⁰⁰Службени гласник Републике Србије, бр. 24/2011, Закон о социјалној заштити

¹⁰¹Годишњи извештај високог комесара УН за људска права и извештаји Канцеларије високог комесара и генералног секретара, A/HRC/10/48, страна 16

законима и другим прописима којима се забрањује и кажњава дискриминација обезбеди да различите групе, као што су особе са психичким сметњама, не буду дискриминисане у смислу њиховог приступа општим услугама и службама. Подједнако је важно да грађанска и политичка права, као што су право гласа, право на заснивање брака и породице, не буду ускраћена појединцима на основу инвалидитета, старости или лишења пуне пословне способности. У развоју заједнице за све, државе треба да настоје да уклоне препреке за учешће у свим аспектима живота.

2. АНАЛИЗА ПРИМЕНЕ ПРОПИСА И РЕВИЗИЈА ПРОПИСА КОЈИМ СЕ УРЕЂУЈУ ПРАВА И ОБЛАСТИ ОД ЗНАЧАЈА ЗА ЖИВОТ У ЗАЈЕДНИЦИ

Иако је последњих година донет један број прописа којима се значајно унапређује могућност живота у заједници особама са инвалидитетом, у њиховој примени дошло је до низа потешкоћа који реализацију наведених политика у великој мери ограничава.

Постојећи правни основ у Републици Србији којим се уређује питање пословне способности није адекватан, односно није усклађен са међународним обавезама које је Република Србија преузела. У Иницијалном извештају Републике Србије о примени Конвенције о правима особа са инвалидитетом наводи¹⁰², наводи се да домаће законодавство садржи одредбе и решења у вези са пословном способношћу и предузимањем мера старатељске заштите које је потребно реформисати и ускладити са одредбама и обавезама преузетим Конвенцијом. Такође, Европски суд за људска права оцењује да одузимање пословне способности представља озбиљно мешање у право појединца на поштовање приватног живота гарантованог чланом 8. Европске конвенције о људским правима.¹⁰³

С обзиром на наведено, неопходно је предузети извесне кораке како би се законодавство Републике Србије ускладило како са Европском конвенцијом о људским правима тако и са Конвенцијом о правима особа са инвалидитетом.

Такође неопходно је обезбедити ефикаснију заштиту особа које се налазе под старатељством. То између осталог укључује периодичну ревизију судских поступака како би се гарантовало да особа која се ставља под старатељство има могућност да ступа у правни поступак за оспоравање старатељства, или начина на који се старатељство спроводи.

И поред тога што је Закон о социјалној заштити предвидео могућност успостављања различитих сервиса подршке, они нису у довољној мери

¹⁰² Иницијални извештај Републике Србије о примени Конвенције о правима особа са инвалидитетом (2012), параграф 155. http://www.ljudskaprava.gov.rs/images/konvencije/inicijalni_izvestaj_na_srpskom_jeziku.pdf

¹⁰³ Штукатуров против Русије, представка бр. 44009/05, параграф 90; и Салонтаји Дробњак против Србије, представка бр. 365000/05, параграф 144.

развијени због тога што начин поверавања ових послова јединицама локалне самоуправе није адекватно праћен финансијским средствима тј. није обезбеђена одрживост њиховог финансирања.

Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом је још један од закона који је направио помак напред у омогућавању остваривања права особа са инвалидитетом и то у области која је од виталног значаја за њихов самосталан и потпун живот у заједници. Нажалост у пракси његова примена није дала очекиване резултате, обзиром да послодавци своју Законом прописану обавезу најчешће испуњавају плаћањем пенала уместо запошљавања особа са инвалидитетом.

Примену прописа којима се унапређује положај особа са инвалидитетом често отежава и доношење нових прописа из других области који су, због неадекватне анализе ефеката, међусобно неусклађени и отежавају остваривање гарантованих права.

С обзиром на наведено потребно је извршити свеобухватну анализу примене прописа неопходних за пуно остваривање права особа са инвалидитетом на живот у заједници и природно окружење и дати препоруке за ревизију правног оквира и усклађивање праксе у овој области између свих релевантних носиоца активности.

3. ПОНОВНО РАЗМАТРАЊЕ ПРОПИСА О ПРИСИЛНОМ СМЕШТАЈУ У УСТАНОВЕ И ПРИСИЛНОМ ТРЕТМАНУ

Зеленом књигом Европске комисије за 2005. годину признато је да присилно упућивање на боравак у установи и присилни третман „озбиљно утичу“ на права пацијента, и да их треба примењивати као последњу могућу меру, када не успе ни једна мање рестриктивна алтернатива. Поред тога, државе би требало да обезбеде да њихови правни оквири у овој области не ускраћују опције особама са психичким сметњама на живот у оквиру заједнице.¹⁰⁴

Правни основ који се односи на присилну хоспитализацију и третман је непотпун и у великој мери у супротности са опште прихваћеним стандардима. Према налазима *Европског комитета за спречавање мучења* до којих се дошло током посете 2011. године, у процедурама присилне психијатријске хоспитализације није примењена независна стручна медицинска процена, а многи од изабраних испитаних пацијената нису ни знали за препоруке интерне психијатријске комисије, као ни за доступне судске одлуке и правне лекове. Штавише, присилно хоспитализовани психијатријски пацијенти нису

¹⁰⁴Fundamental Rights Agency, *op.cit.* (2012).

примили ефективну правну помоћ и нису им достављене копије судских одлука, што је у пракси онемогућило остваривање њиховог права на жалбу.¹⁰⁵

Извештај специјалног известиоца УН о мучењу каже да „Лишавање слободе на основу менталне болести није оправдано ако је у основи такве одлуке дискриминација или предрасуде против особа са инвалидитетом. У складу са Европском конвенцијом о људским правима, психичке сметње морају бити одређеног степена тежине да би се њима оправдало задржавање; државе уговорнице су у обавези да докажу да је задржавање неопходно ради заштите и безбедности те особе или других особа.“ Специјални извештач још додаје да је „од кључног значаја да се у потпуности забране мере присиле или мере до којих се није дошло консензусом, укључујући и обуздавање и изолацију особа са психолошким или интелектуалним сметњама, те да се таква забрана примењује на свим местима на којима долази до лишавања слободе, укључујући и психијатријске и установе за социјалну заштиту.“¹⁰⁶

4. ДОНОШЕЊЕ НОВОГ ЗАКОНА О МЕНТАЛНОМ ЗДРАВЉУ И ОДГОВАРАЈУЋИХ ПОДЗАКОНСКИХ АКТА БЕЗ ОДЛАГАЊА¹⁰⁷

Сврисходне измене прописа које се односе на особе са психичким сметњама се не могу постићи без координације релевантних министарстава, пре свега Министарства здравља и Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања. Међутим, постојеће стање показује да таква координација не постоји. Треба размотрити доношење новог, свеобухватног закона, а све изоловане иницијативе оставити по страни до успостављања међусекторске комуникације и до проналажења одговарајућих решења.

¹⁰⁵Европски комитет за спречавање мучења, *CPT/Inf* (2012) 17

¹⁰⁶*A/HRC/22/53*, Извештај специјалног известиоца о мучењу и другим облицима свирепог, нечовечног и понижавајућег поступања или кажњавања, Хуан Е. Мендес, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

¹⁰⁷Препорука Европског комитета за спречавање мучења, *CPT/Inf* (2012) 17, став 131.

V РАЗВОЈ ПОДРШКЕ У ОКВИРУ ЗАЈЕДНИЦЕ

ЧИЊЕНИЦЕ:

Принципи Закона о социјалној заштити¹⁰⁸ су у складу са концептима становања у заједници и социјалне инклузије маргинализованих особа, укључујући и особе са психичким сметњама. На пример, начело најмање рестриктивног окружења обавезује на пружање социјалних услуга примарно у правцу најмање рестриктивног окружења, док избор тих услуга омогућава кориснику да остане у свом природном окружењу. Закон поред тога уводи и начело приступачности (физичке, географске и економске) и појединачног приступа.¹⁰⁹ Новоусвојена подзаконска акта требало би да обезбеде спровођење ових начела у пракси. Међутим, спуштање надлежности за развој и финансирање услуга на локални ниво донело је доста изазова, нарочито када је у питању расположивост услуга у различитим локалним заједницама.

АКТИВНОСТ:

Осигурати спровођење подзаконских аката којима се уређују услуге подршке у заједници, нарочито њихова доследна и равноправна примена од стране локалних самоуправа. Посебну пажњу треба посветити подршци породицама и обезбеђивању да особе које напуштају установе не остану без подршке која им је потребна – у најмањој мери оне коју је добијала током боравка у установи.¹¹⁰

КОРАЦИ:

1. УСПОСТАВЉАЊЕ ОСНОВНИХ НАЧЕЛА

Пре развоја услуга, важно је изградити прецизан модел и утврдити начела на којима би оне требало да буду засноване, уважавајући права свих корисника. Развој услуга прилагођених потребама корисника у заједници је кључни фактор за спречавање институционализације и сврсисходне социјалне инклузије. То не мора да значи формирање нових специјализованих услуга, већ може значити преформулацију постојећих служби у инклузивне и свима приступачне услуге, без обзира на инвалидитет корисника. Да би се обезбедила пуна социјална инклузија, службе за пружање услуга својим корисницима

¹⁰⁸Службени гласник Републике Србије, бр. 24/2011, Закон о социјалној заштити

¹⁰⁹*Ibid.*, члан 52, став 1.

¹¹⁰Било је случајева да особа изгуби подршку, посебно финансијску, када напусти установу и врати се у породицу. Због тога треба посебно повести рачуна о томе да особе које напуштају установе не остану без потребне подршке.

морају да пружају могућност избора и контроле, и да обезбеде да су корисници ваљано информисани о изборима који су им на располагању.

2. ПОСВЕЋИВАЊЕ ПОСЕБНЕ ПАЖЊЕ УВОЂЕЊУ ДЕЛОТВОРНИХ ПРЕВЕНТИВНИХ МЕРА

Превентивне службе представљају суштину доброг процеса трансформације. Уколико се узроци за смештај неке особе у установу не отклоне, процес ће неизбежно водити пријему нових особа са инвалидитетом у установе. Од посебног је значаја за особе са психичким сметњама да услуге буду развијене тако да им се може лако приступити у кризном тренутку, као што су центри за ментално здравље, прихватилишта, вршњачке групе за подршку, итд.

3. СЛУЖБЕ ЗА ПОДРШКУ ОДВОЈЕНЕ ОД РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИХ/СМЕШТАЈНИХ УСЛУГА

Службе које пружају могућност обезбеђивања места за становање, као што је становање уз подршку, али и запошљавање уз подршку су од великог значаја. Људи треба да уживају једнако право на подршку без обзира на место становања, што је још један разлог што институционална заштита у облику у којем је сад имамо није погодна, јер особе престану да примају подршку оног тренутка када напусте установу. Ово је изазов који су описале многе породице које су тражиле савет када су желеле да своје чланове врате кући након боравка у установи. Највећи изазов од свих описаних био је приступ службама здравствене заштите.¹¹¹

4. СПРЕЧАВАЊЕ ПРЕСЛИКАВАЊА ИНСТИТУЦИОНАЛНЕ КУЛТУРЕ

Када се размишља о врстама услуга које треба обезбедити, важно је имати на уму да институционална култура није својствена искључиво установама или болницама – она се често налази и у услугама које се пружају у оквиру заједнице. Блок-третман у резиденцијалном смештају и присилни налози за третман у заједници такође стварају институционалну културу. Она се може пресликати у свакој поставци у којој се заједно налазе особе са сличним сметњама, у којој владају формалне дневне рутине, и у којима се не поштују воља и склоности корисника.¹¹²

5. РАЗВОЈ ОПШТИХ НАЦИОНАЛНИХ СТАНДАРДА КВАЛИТЕТА БРИГЕ И ПОДРШКЕ

У систему који се ослања на институционалну заштиту, као што је систем који је заступљен у Републици Србији, стандарди се углавном усмеравају на техничке аспекте бриге и подршке, а не на квалитет живота корисника услуга.

¹¹¹Податак из евиденције ресурс центара MDRI-S.

¹¹²То је посебно проблем у специјализованим дневним боравцима за децу и младе са менталним сметњама. Корисници имају мало контаката са људима или активностима у заједници, и уместо да иду у школу или на посао, они проводе време у центру у којем је брига најчешће ограничена на медицинску и физичку рехабилитацију.

Шта више постојећи технички стандарди су застарели и требало би их поново размотрити. Недавно су усвојени стандарди за нове услуге, а неки од њих су примењени. Нажалост, они су такође техничке природе и не укључују у довољној мери стандарде квалитета живота.

Како би се избегло пресликавање институционалне праксе у заједници, од изузетног је значаја да се успоставе стандарди на основу којих ће се пратити, процењивати и контролисати квалитет услуга. Потребно је развити опште стандарде за квалитет бриге и подршке, засноване на начелима људских права, који се једнако могу применити на све пружаоце услуга. Проба спровођења и праћења примене стандарда мора бити део овог процеса.

Успостављање основних начела на којима треба градити услуге може бити први корак у процесу развоја стандарда квалитета, где у основи почива укључење особа које користе услуге, њихових репрезентативних организација, као и њихових породица, где је то прикладно. Као полазна основа може се користити „Добровољни европски оквир за контролу социјалних служби“.¹¹³

РИЗИЦИ КОЈИ СЕ ДОВОДЕ У ВЕЗУ СА УСПОСТАВЉАЊЕМ СТАНДАРДА¹¹⁴

Ризици који се доводе у везу са развојем стандарда¹¹⁵ укључују ситуације у којима се они развијају за услуге које саме по себи не могу произвести добар квалитет живота корисника, као што је то случај код институционалне заштите. Стандарди такође не треба да буду претерано детаљни или строги, јер би то онемогућило добар одговор на потребе корисника. Постоје ситуације у којима услуге које се пружају у оквиру заједнице морају испуњавати одређене стандарде који више одговарају институционалној поставци, као што су правила о поручбинама, посетама, и прописи који се односе на здравље и безбедност.

Стандарди каткад могу бити апстрактни; инструменти за процену квалитета се могу претворити у чек листе. Одређени ризик постоји и код дефинисања минималних стандарда, јер се може десити да се средства обезбеђују само за те минималне стандарде и пружаоци услуга у том случају немају подстицаја да пруже услугу која би превазилазила тај минимум.

У многим земљама стандарди имају тенденцију усредсређивања на оно што је физички опипљиво, као што је капацитет објекта и простора уопште, количина и квалитет хране. Међутим, исто тако је важно обезбедити мерљиве стандарде и за квалитет услуге и живота.

¹¹³Смернице, страна 140

¹¹⁴Смернице, *важно упутство* 12, страна 137

¹¹⁵UNICEF i SB, *op. cit.*, str.8.

Стандарди имају пун ефекат само ако се успостави ефикасан систем инспекцијског надзора и благовременог поступања инспекцијских служби уколико они нису испуњени.

VI ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ОДРЖИВОСТИ СИСТЕМА ПРУЖАЊА УСЛУГА У ЗАЈЕДНИЦИ

ЧИЊЕНИЦЕ:

Иако нови Закон о социјалној заштити¹¹⁶ предлаже читав низ услуга којима се подстиче и омогућава становање у оквиру заједнице, ове услуге још нису системски успостављене и нису доступне корисницима. До сада су се услуге у заједници развијале и финансирале, углавном, преко пилот-пројеката.

АКЦИЈА:

Преусмерити све расположиве ресурсе из институционалне заштите ка услугама и подршци у оквиру заједнице. Да би се систем пружања подршке у заједници учинио одрживим, потребно је да сви релевантни ресори – социјалне заштите, здравља, образовања итд. – планирају развој нових услуга те да за њих обезбеде одговарајуће ресурсе.

КОРАЦИ:

1. ОБАВЕЗЕ ФИНАНСИРАЊА МОРАЈУ БИТИ УГРАЂЕНЕ У ПРОГРАМСКЕ ПОЛИТИКЕ

Јасно је да се установе не могу у потпуности затворити док се не успоставе услуге у заједници. То значи да ће се у одређеном периоду, до окончања процеса преласка, услуге институционалне заштите и услуге подршке у заједници спроводити истовремено (паралелно), што ће привремено условити двоструке трошкове.¹¹⁷ Двоструки трошкови се могу решавати утврђивањем прелазних извора финансирања, и пажљивим управљањем затварања старих служби и успостављања нових услуга у заједници.¹¹⁸

Република Србија може користити средства из инструмента претприступне помоћи за покривање неких двоструких текућих трошкова у процесу преласка са институционалне заштите на бригу и поидршку у оквиру заједнице. Да би то било могуће, потребно је у Уговору о партнерству и Оперативним програмима за предстојећи период програмирања идентификовати деинституционализацију различитих група као једну од приоритетних радњи.

**Смернице, важно упутство 10: Потенцијал за коришћење фондова ЕУ за финансирање трошкова транзиције, страна 103*

¹¹⁶Службени гласник Републике Србије, бр.24/2011, Закон о социјалној заштити.

¹¹⁷DECLOS извештај, страна 84.

¹¹⁸Малејр и Брауни, *op.cit.*, страна 89.

Ваља нагласити да процес деинституционализације може бити успешан и у сиромашним земљама.¹¹⁹

2. РАЗВОЈ СТРУЧНЕ РАДНЕ СНАГЕ

Важно је имати на уму да институционално окружење утиче на особље колико и на кориснике, и да велики изазов представља проналажење квалификованог особља за пружање услуга у оквиру заједнице, јер такве службе готово да нису ни постојале пре неколико година. Из тог разлога, једно од кључних начела у развоју одговарајуће радне снаге јесте избор особља према њиховим вештинама у раду са корисницима, а не према њиховом формалном образовању.

Потребно је организовати интензивну обуку и обезбедити подршку за особље које ради у установама како би им се помогло у раду изван институционалних вредности, праксе и просторија. Програм обуке треба испробати у „пилот установама“. Након пробе, треба реализовати национални програм обуке тренера. Структуре из званичног образовног система треба укључити ради накнадног ширења стеченог знања широм земље.

ОБУКА КОЈУ СУ СПРОВЕЛЕ ОСОБЕ СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

У оквиру једног иновативног приступа едукацији и обуци, особе са инвалидитетом подучавају студенте и неговатеље читавом низу питања која се односе на инвалидитет, укључујући и дискриминацијске ставове и праксе, вештине комуникације, физички приступ, потребу за превентивном заштитом и последице лоше координације служби подршке. Обука коју врше особе са физичким, сензорним и инвалидитетима који се односе на ментално здравље могу побољшати знања о проблемима с којима се сусрећу особе са инвалидитетом.

** Светска здравствена организација и Светска банка, страна 79*

Руковођење је идентификовано као једно од суштинских начела за успешну реформу. Међутим, честа смена руководиоца резултира недостатком доследности и одговорности у руковођењу службама. У контексту реформе служби, што је дуготрајан процес, ово представља велику препреку и може зауставити или вратити уназад напредак постигнут у правцу успостављања услуга у оквиру заједнице. Стога се препоручује да се успостави систем запошљавања и управљања људским ресурсима који би у социјалним, здравственим и образовним установама обезбедио стручан кадар са континуиране у раду а што је пре свега неопходно у односу на највише руководећа места. Посебну пажњу треба посветити обуци и задржавању чланова вишег и средњег руководећег слоја.¹²⁰

¹¹⁹Република Молдавија, мада једна од најсиромашнијих земаља у Европи, је успела да затвори установе и ресурсе пребаци у службе за пружање услуга у заједници. Смернице, студија случаја 23, страна 105

¹²⁰Светска здравствена организација (2010b), страна 9

3. ДОБРО КОРИШЋЕЊЕ ПОСТОЈЕЋИХ МАТЕРИЈАЛНИХ РЕСУРСА

Постојеће државне парцеле и објекте не треба користити за специјализоване установе резиденцијалног типа или било које друге услуге које могу довести до издвајања корисника или нискоквалитетне неге. Улагање у такве услуге може заробити корисне ресурсе који се могу искористити за развој квалитетних услуга за пружање подршке у заједници.

Ти објекти се могу дати у закуп или продати у циљу стицања додатних финансијских средстава за увођење нових услуга. Бивше установе се могу претворити у школе, болнице или социјалне станове.¹²¹

Важно је да се процена физичких ресурса у заједници врши заједно са локалним властима како би се одредило и на који начин оне могу учествовати у укључивању особа са инвалидитетом у заједницу; то је посебно важно јер су локални органи одговорни за развој и подршку службама у заједници које на најбољи начин испуњавају потребе њихових грађана.

¹²¹Милер и Брауни, страна 91.

VII ПОДРШКА КОРИСНИЦИМА И ЊИХОВИМ ПОРОДИЦАМА У ПРОЦЕСУ ПРЕЛАСКА СА ЈЕДНОГ ОБЛИКА БРИГЕ И ПОДРШКЕ НА ДРУГИ

ЧИЊЕНИЦЕ:

Више од 50% корисника борави у установама дуже од 10 година.¹²² Они су систематски лишавани основних људских права, и ускраћено им је да доносе одлуке које се тичу њихових живота.

АКЦИЈА:

Укључити кориснике у све фазе процеса деинституционализације и обезбедити да они не остану без подршке након одласка из установе. Прелазак са једног вида бриге у подршке на други треба постепено и пажљиво припремати, посебно посвећујући пажњу и пружајући подршку онима који су најосетљивији, а треба уложити максималне напоре да се смањи стрес и да се особа подржи кроз целокупан процес преласка са једног вида бриге и подршке на други.

КОРАЦИ:

1. ИЗРАДА ПОЈЕДИНАЧНИХ ПЛАНОВА

Прелазак са институционалне заштите на бригу и подршку у заједници се мора пажљиво испланирати и заснивати на потребама и склоностима појединца. Израда појединачних планова представља методу којом се обезбеђује доследност између потреба особе, њених жеља у погледу начина становања и подршке коју треба да прими.¹²³

2. РАЗМАТРАЊЕ И ПРЕВАЗИЛАЖЕЊЕ ПОСТОЈЕЋИХ ИЗАЗОВА У ПРОЦЕСУ ПЛАНИРАЊА ПРЕЛАСКА СА ЈЕДНОГ ВИДА БРИГЕ И ПОДРШКЕ НА ДРУГИ

1. **Избегавати „серијски“ приступ** – када се појединци смештају и/или третирају према уоченим потребама групе. Овај ризик се може избећи применом процеса планирања који је оријентисан и прилагођен појединцу. Свака особа треба да има могућност да одлучи где ће и с ким живети, тако да резултирајуће уређење заиста буде прави дом за ту особу.
2. **Имати у виду погубне ефекте институционализације.** Доношење одлука може представљати изазов за људе који су дуго времена провели у установи. По изласку из окружења у којем владају строге дневне рутине и правила, и

¹²²Извештај о раду социјалних установа за смештај особа са инвалидитетом за 2010. годину

¹²³Смернице, одељак 7, стр.112

којим доминирају патријархални односи,¹²⁴ особа може бити тешко да формулише и изрази своје склоности и да сама доноси одлуке. Зато је кључно да људи током процеса планирања имају приступ информацијама, саветима и подршци у самосталном становању. У овом процесу је од суштинског значаја и подршка других особа са инвалидитетом које већ самостално станују (а које су искусиле институционалну заштиту), и које могу да одиграју улогу узорног примера.

3. **Избегавати медијализацију** – превасходно или доминирајуће фокусирање на здравље или здравствено стање које се сматра извором потешкоћа (медицински модел инвалидитета) и дати предност социјалном моделу инвалидитета. Да би се избегла медијализација, процена мора бити потпуна, заснована на „социјалном моделу инвалидитета“, уз примену приступа инвалидитету у складу са начелима заштите људских права. Мада се и службе за ментално здравље често искључиво усредсређују на фармакотерапију, међународни стандарди дају предност социјалним методама рехабилитације и позивају на пружање широког спектра терапија.¹²⁵

3. УПОЗНАТИ ОСОБУ СА НОВИМ ОКРУЖЕЊЕМ

Важан део припреме може укључити и упознавање особе са новим окружењем и људима, као и успостављање односа. На пример, ако се особа сели у стамбену јединицу коју опслужује особље, овај процес може подразумевати посете тих чланова особља из новог стамбеног окружења особи у установи и успостављање односа. Касније, то може укључити посете корисника услуга новом окружењу, можда са неким ко ужива поверење те особе. Стрес од промене се може ублажити тиме што би се пренело што више намештаја и личних ствари особе, и задржали кључни чланови особља за рад у новом окружењу, а у складу са жељама и интересима те особе.

4. ОСПОСОБИТИ ЉУДЕ ЗА САМОСТАЛНО СТАНОВАЊЕ

Неки људи који живе у установама нису имали прилику да развију основне вештине неопходне за вођење свакодневног живота, или су те вештине заборавили услед боравка у установи. Стога је корисно да им се пре него што напусте установу пружи помоћ у развоју свакодневних животних вештина. То може укључити на пример обуку за управљање домаћинством, што укључује кување, чишћење, прање веша, пеглање, прање посуђа, одржавање личне хигијене, баратање новцем и набавком, коришћење јавног превоза и јавних служби, безбедност и успостављање социјалних односа. Међутим, степен до

¹²⁴Извештај *Ad Hoc Европске експертске групе*

¹²⁵То може укључити: радну и групну терапију, појединачну психотерапију, сликање, глуму, музику у спорт, приступ рекреативним просторијама и вежбању на отвореном, као и образовне и могућности запошљавања у циљу унапређења самосталности и функционисања. Осми генерални извештај Комитета за спречавање мучења, став 37, доступан на: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm>

којег су различити људи у могућности да развију те вештине је различит. Дакле, потребно је обезбедити и приступ широком спектру услуга подршке у оквиру заједнице.

Треба имати у виду да већи број особа са интелектуалним сметњама вештине најбоље стиче и памти у окружењу у коме треба и да их упражњавају. Стога је најпримереније поменути обуку спроводити тамо где ће живети након изласка из институције.

5. ПРУЖАЊЕ ПОДРШКЕ НЕГОВАТЕЉИМА

Особе које се старају о деци или одраслима са инвалидитетом такође треба охрабрити и пружити им одговарајућу подршку и обуку, када је то потребно, како би се обезбедила боља нега. У том смислу су важне услуге које омогућавају одмор од обавеза пружања неге, јер се тиме спречава физичко и емотивно исцрпљивање.¹²⁶

¹²⁶Примере подршке неговатељима погледати смерницама, страна 132

VIII ИНФОРМИСАЊЕ ЈАВНОСТИ О ПРОЦЕСУ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ

ЧИЊЕНИЦЕ:

Негативни ставови и предрасуде према особама са менталним сметњама могу представљати препреку у преласку на услуге бриге и подршке у заједници уколико се о њима не води рачуна.¹²⁷

АКТИВНОСТИ:

Израда националних политика и акционих планова у процесу деинституционализације мора тећи паралелно са информисањем јавности о самом процесу. Тиме се умањује стигма која је уврежена у вези са особама са менталним сметњама и институционалном заштитом те јача подршка реформи.

КОРАЦИ:

1. Прилагођене активности информисања за све важне циљне групе: кориснике и њихове представнике, професионалце, националне и локалне креаторе програмске политике, чланове породица, општу јавност.
2. Директан рад са локалним заједницама како би се решили њихови страхови, као и спровођење локалних, регионалних или националних медијских кампања за промоцију самосталног становања и вредности инклузије. Организације особа са инвалидитетом и родитеља могу бити вредан ресурс у припреми и спровођењу тих кампања. „Учење кроз искуство“ је најбољи начин за превазилажење предрасуда према одређеним групама људи. Дакле, кампање треба да теку паралелно са непосредним искуствима заједничког становања са или поред особе са инвалидитетом.
3. Позабавити се раном идентификацијом циљних заједница у размишљању и планирању оријентисаном на особу. Са тим знањем, напори власти и заједнице се могу усредсредити на обезбеђивање одговарајуће припреме и расподеле ресурса у тим заједницама.

ЛЕКЦИЈЕ НАУЧЕНЕ У РАДУ СА ЗАЈЕДНИЦАМА¹²⁸

¹²⁷Смернице, студија случаја 36: Негативни ставови према особама које живе у установама, страна 133

¹²⁸Смернице, важно упутство 11, страна 134

1. Размишљање и планирање оријентисано на особу треба да резултира раном идентификацијом циљних заједница.
2. Када се донесе одлука о затварању установе, треба развити детаљан план затварања, заједно са стратегијом за саопштавање ове одлуке и процеса јавности.
3. У предвиђању отпора заједнице, власти и локални/регионални органи се морају добро припремити, располагати са јасним подацима о томе шта је планирано и зашто је ова одлука у најбољем интересу свих, а посебно треба истаћи интересе и права грађана који су део овог процеса.
4. Треба развити информативне и чињеничне листе са предвиђеним питањима и недумицама у вези са затварањем установа, и треба их прилагодити локалним условима.
5. Потребно је обезбедити медијска саопштења и стратегије за промоцију плана и решавање отпора, како би се обезбедила усредсређеност на права различитих група корисника услуга и уважавање интереса других.

IX ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА РЕЗУЛТАТА

ЧИЊЕНИЦЕ:

Реформски процеси су по својој природи дуготрајни и подразумевају више или мање успеха у реализацији планираних активности, односно резултата. Ризици су често непредвидиви или их је тешко избећи. Истовремено процене резултата од стране креатора и спроводиоца политика нису довољно објективне да би указале реалне проблеме и биле ваљан основ за будуће планове. Да би се осигурала објективна процена реализације одређеног процеса, како би се примереније и реалније планирали даљи кораци, неопходно је осигурати поред унутрашње процене и независну процену резултата. Планирање и спровођење процеса деинституционализације који је изразито комплексан и тражи врло тесну сарадњу многих актера такође подразумева јасне и дефинисане методе праћења и процене резултата, како унутрашње тако и спољне-независне.

АКТИВНОСТИ:

Потребно је разрадити систем процене резултата процеса деинституционализације са јасним роковима за њихово спровођење. Како би се ефекти овог процеса ваљано проценили неопходно је у изради Стратегије дефинисати мерљиве индикаторе резултата који су планирани и одредити носиоце како унутрашње тако спољне-независне процене резултата.

КОРАЦИ:

1. За спровођење процеса интерне евалуације процеса могла би се задужити пројектна група којој би у припреми и изради извештаја стручну и административну подршку пружали запослени у ресорним министарствима која воде овај процес.
2. АП за спровођење процеса деинституционализације треба да предвиди и активности евалуације са јасно одређеним роковима и носиоцима ове активности.
3. Спољна евалуација процеса деинституционализације требало би да се базира на извештајима како удружења грађана која се баве питањима из ове области, извештајима стручних образовних и научних институција, извештајима међународних организација као и посебног извештаја Заштитника грађана као независног државног органа који је надлежан за заштиту људских права.
Полазно стање Заштитник грађана за израду посебног извештаја о стању у овој области биће стање које је идентификовано у овом документу, а нови извештај Заштитника грађана требало би да буде израђен најраније за три године од усвајања овог документа.

АНЕКС 1

ЧЕСТО ПОСТАВЉАНА ПИТАЊА¹²⁹

КОЛИКИ КАПАЦИТЕТ ТРЕБА ДА ИМА РЕЗИДЕНЦИЈАЛНА УСЛУГА, А ДА НЕ ПРЕРАСТЕ У УСТАНОВУ?

Што су смештајни капацитети мањи, то су већи изгледи да ће услуга бити више оријентисана на личност и да ће се омогућити лакша социјална инклузија. Међутим, чак и најмањи капацитет резиденцијалне услуге може садржати културу установе. Неке од особина те културе укључују:

- деперсонализацију – одузимање личне имовине, знака и симбола индивидуалности и људскости;
- строгу рутину – строго утврђено време устајања и одласка на спавање, време obroka и активности, без обзира на личне склоности или потребе;
- групни третман – рад са људима у групама без приватности или индивидуалности;
- социјално удаљавање – указује на различит статус запослених и корисника.

Треба се дакле усредсредити на циљ да резиденцијални капацитети, ако уопште постоје, буду мали, и да не стварају културу установе.

ДА ЛИ ЈЕ МОГУЋЕ ОБЕЗБЕДИТИ ВИСОКОКВАЛИТЕТНУ БРИГУ И ПОДРШКУ У УСТАНОВИ?

Иако је могуће побољшати квалитет бриге и материјалне услове, живот у установи се никада не може упоредити са животом у заједници. Односи са породицом и пријатељима и учешће у животу заједнице се не могу постићи ако се станује у неком од домова. Живот у заједници не представља само место где неко живи, већ и начин на који неко живи: развој односа, одлазак у школу или на посао, одлазак у биоскоп или на спортска догађања и опште уживање у животу како то раде и други. Једна од кључних особина установа јесте да оне раздвајају људе од заједнице: то се неће променити без обзира на квалитет бриге или на материјалне услове.

¹²⁹Преузето из смерница

НЕКИ ЉУДИ ВИШЕ ВОЛЕ ДА ЖИВЕ У РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИМ УСТАНОВАМА ИЛИ У ОДВОЈЕНИМ ЗАЈЕДНИЦАМА.

Свако би требало да буде у могућности да бира где ће и како живети, и тај избор треба поштовати. Међутим, понекад људи могу донети одлуку да се преселе у резиденцијалну установу јер у заједници немају адекватну подршку, или зато што доминантни поглед на њих као на људе ниже вредности само врши већи притисак на њих да се повуку из друштва. Они можда не желе да буду „терет“ својим породицама, или могу трпети притисак од својих породица да се преселе у резиденцијалну установу. Неке одлуке везане за избор живота ван заједнице могу бити засноване на страху од непознатог (својих сопствених породица), јер никада нису имали прилике да живе било где осим у установи. Дакле, треба уложити напор да се развије низ могућности у оквиру заједнице, и да се осигура да се на све људе гледа као на вредне припаднике друштвене заједнице.

ПОСТОЈЕ ДЕЦА И ОДРАСЛИ КОЈИМА ЈЕ ПОТРЕБНА 24-ВОРОЧАСОВНА НЕГА 7 ДАНА У НЕДЕЉИ. ЗАР РЕЗИДЕНЦИЈАЛНА УСТАНОВА НИЈЕ БОЉА ЗА ЊИХ?

Непрестана нега се може пружати у било ком облику смештаја – у резиденцијалној установи, али и код куће те особе. Та особа и њена породица би требало да буду у могућности да изаберу где ће и коју ће врсту подршке примати. Људи ретко када требају медицинску негу 24 сата 7 дана у недељи, што значи да они могу живети самостално или са својим породицама (у случају деце), а по потреби имати приступ медицинској нези. Такође треба разматрати и неговати потребе неформалних неговатеља заједно са потребама детета или одрасле особе о којој се они брину. Породице треба обучавати да пружају помоћ према процедурама које обично прати медицинско особље, као што је исхрана на цевчицу или пипету. Патронажне сестре могу надгледати њихов рад, а специјализована опрема се може испоручити на кућу особе која треба негу.

САМОСТАЛНО СТАНОВАЊЕ У ОКВИРУ ЗАЈЕДНИЦЕ НИЈЕ ПОГОДНО ЗА ИЗРАЖЕНО ОСЕТЉИВЕ ОСОБЕ ЈЕР ЈЕ ТАКО ПОВЕЋАН РИЗИК ПО ЊИХОВО ЗДРАВЉЕ И БЕЗБЕДНОСТ.

Не постоји чврста основа за тврдњу да живот у оквиру заједнице намеће виши степен ризика за људско здравље или безбедност. Чести случајеви злостављања и бриге лошег квалитета у резиденцијалним установама широм света просто потврђују да је погрешно претпостављати да је живот у резиденцијалној установи безбеднија опција. У резиденцијалном, као и у становању у оквиру заједнице, потребно је обезбедити

заштиту како би се спречили ризици (али не и претерану заштиту), и осигурати благовремене и адекватне реакције којима се обезбеђује појединац.

ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА ПОЈЕДИНИХ ОСОБА СА ПСИХИЧКИМ СМЕТЊАМА МОЖЕ ПРЕДСТАВЉАТИ ОПАСНОСТ ЗА ЊИХОВЕ ПОРОДИЦЕ И ШИРУ ЗАЈЕДНИЦУ.

Иако постоји уврежено мишљење да особе са психичким сметњама представљају потенцијалну опасност за заједницу, истраживања показују да је вероватноћа да они сами постану жртве насиља 2,5 пута већа у поређењу са другим припадницима друштвене заједнице. Особе са психичким сметњама уствари требају подршку, а не изопштавање. Мада влада предрасуда да су особе са психичким сметњама или психијатријским дијагнозама од раније склоне насиљу, у стварности су оне чешће жртве (него починиоци) дискриминације, изопштавања и насиља. Дакле, када се развијају службе за бригу и подршку у оквиру заједнице, не треба да се усредсређујемо на заштиту заједнице, већ на успостављање система провера и поређења како би се осигурало да особе са психичким сметњама не буду изложене експлоатацији.

КОЛИКО БИ ТРЕБАЛО ДА ТРАЈЕ ПРОЦЕС ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ?

Дужина процеса ће зависити од низа фактора, укључујући и степен институционализације, постојања јасне и прихваћене визије, постојања јаким вођа, снаге организација оријентисаних на корисника, и од постојања довољног броја квалификованих стручњака који би управљали процесом промена. Битно је да се на деинституционализацију не гледа само као на затварање установа. Тако уско поимање може довести до ситуације у којој ће се тражити брза и лака решења, на крају и до наглог ширења резиденцијалних услуга малог капацитета, као што су групни домови, уместо развоја опција бриге и подршке у оквиру заједнице и породице. Деинституционализација изискује потпуну трансформацију система социјалне заштите и дејче заштите у правцу развоја превенције и услуга у оквиру заједнице, као и свеобухватне промене у свим другим системима (здравство, образовање, становање), како би се осигурало да сва деца и одрасли имају приступ висококвалитетним наменским службама. Стога је потребно спровести мере истовремено у већем броју програмских политика, како би се обезбедила одрживост реформи.

АНЕКС 2

Преглед важећег уређења процеса у другим земљама

Уједињено Краљевство

Описана искуства из Уједињеног Краљевства односе се на стратегију за особе са интелектуалним сметњама под називом *Унапређење услуга за особе са менталним сметњама* [Better Services for the Mentally Handicapped], која је усвојена 1971. године. Том стратегијом је први пут интеграција особа са интелектуалним сметњама, уместо изолације, идентификована као политички циљ Владе. Иако датира из седамдесетих година XX века, та стратегија је релевантна за контекст Србије јер се до тада у Уједињеном Краљевству највећи број људи са интелектуалним сметњама налазио у установама – око 55.000 места у установама, у односу на око 10.000 у заједници (Raynes, 1977). Стратегија је од тада ажурирана – најскорије измене извршене су 2001. године, када је Влада отпочела спровођење политике *Ценимо људе – нова стратегија учења о инвалидитету за XXI век* [Valuing People - A New Strategy for Learning Disability for the 21st Century¹³⁰].

Главне препоруке засноване на искуству Уједињеног Краљевства у вези са развојем услуга у оквиру заједнице за особе са интелектуалним сметњама су:

- **Створити основу за алтернативну визију** путем реализовања обука о вредностима за особље и заједнице. У обукама се треба усредсредити на разумевање права особа са инвалидитетом, сагледавање негативних последица институционалне неге, као и на то у којој је мери различит живот у институцији од живота у заједници. Домаћи примери добре праксе пружања квалитетних услуга у заједници могу се искористити да би се показало како особе са инвалидитетом могу да живе у заједници. Обуке о вредностима требало би да воде особе са инвалидитетом, њихове породице и политички лидери. То може допринети стварању позитивне масе људи који подржавају реформу.
- **Бавити се потребама људи који живе у заједници** путем проширења мреже услуга и спровођења неопходних правних реформи. Тиме ће се помоћи оснаживање заједница и осигурати спремност заједница да прихвате људе који живе у установама. За особе које живе у заједници могу се понудити пробна иновативна решења, као што су лични буџет и помоћ других лица, како би се породице особа које живе у институцијама, али и остали, „уверили“ да је живот у заједници добар за све.

¹³⁰ Видети: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/250877/5086.pdf

- **Изградити алтернативни систем управљања** путем развоја капацитета локалног вођства и локалних тела. Враћање ресурса у заједницу може бити корисно како би се избегла фрагментација одговорности на централном нивоу.
- **Успоставити регионалне или локалне тимове за спровођење процеса деинституционализације, почев од оснивања тимова у одабраним општинама.** То ће помоћи да се вођство развија у заједници уместо у установама, као и да се изађе на крај с чињеницом да нису сви директори установа стручњаци (неки од њих су можда постављени по политичкој линији). Регионални или локални тимови за спровођење деинституционализације треба да раде у партнерству са институцијама на централном нивоу. Треба осигурати то да се у националном плану предвиди инвестирање у капацитете за спровођење процеса на терену.
- **Инвестирати у стручну подршку** како би се осигурало да сви који су укључени у реформу буду адекватно обучени и да имају адекватну подршку (у Уједињеном Краљевству је то био Тизард центар на Универзитету Кент, који је 1987. године објавио рад *Развој смештаја са особљем за особе са менталним сметњама* [*Developing Staffed Housing for People with Mental Handicaps*¹³¹]. То може подразумевати, на пример, курсеве о становању уз обезбеђење подршке, пружање индивидуалне подршке, итд. Стручну подршку могу обезбедити универзитетски истраживачки центри или невладине организације.
- **Идентификовати и пружити подршку медијаторима на локалном нивоу** како би се помогло превазилажење отпора према процесу деинституционализације.
- **Успоставити процес осигуравања квалитета и праћења квалитета на централном нивоу** како би се пратило спровођење реформи. Тај процес треба да укључи независне актере из цивилног друштва и кориснике услуга. У заједницама успоставити партнерске одборе (односно, радне групе) са задатком праћења процеса реформе.
- **Унапредити квалитет** кроз јавне политике, обуке и развој (који се одвијају паралелно са процесом деинституционализације), и узимајући у обзир захтеве из заједнице (самозаступници и породице).
- **Увести финансијске подстицаје за промене** и осигурати притом да сви подстицаји буду везани за квалитет.

¹³¹ Видети: http://kar.kent.ac.uk/4873/1/Mansell_1987_DSHMHP.pdf

*

Република Чешка

Чешка Влада је у фебруару 2007. године усвојила стратегију деинституционализације под називом *Стратегија подршке трансформисању институционалних услуга социјалне заштите у други тип услуга које се обезбеђују у приордној заједници корисника и подршке социјалној инклузији корисника у друштво*. Стратегијом јесте оквирно одређена одговорност различитих министарстава, али је документ критикован због недостатка конкретних циљева (на пример, колико ће установа бити затворено) и због тога што је њиме дозвољена реконструкција установа (под насловом „хуманизација“). Министарство рада и социјалних питања је у циљу реализације стратегије основало Национални центар за подршку трансформације („Центар“), који је финансирао Европски социјални фонд (ЕСФ) у периоду 2007–2013. Вођење Центра било је поверено консултантској компанији, путем тендера, а био је оперативан од 2010. до 2013. године. Запошљавао је 50 особа, а надзор над активностима Центра обављао је Министарство.

Главни задатак Центра било је пружање подршке трансформисању установа које су биле обухваћене *Националним пилот пројектом за подршку трансформисању социјалних услуга* (финансираним из европских структурних и инвестиционих фондова) путем организовања обука, конференција, развоја методологија итд. Укупно 32 установе учествовале су у пилот пројекту (који је укључивао 1.500 корисника), а током тог периода преко 500 особа је премештено у заједнице.

Уговор Центра завршен је 2013. године (када је истекао период финансирања из Европске Уније), а потом је њихове послове преузело Министарство рада и социјалних питања.¹³² Министарство тренутно запошљава пет особа које раде на пројекту чија реализација се наставила у већини од 32 установе. На регионалном нивоу је рад на пројекту поверен једној особи за сваки регион. Иако спремност за спровођење реформи варира од региона до региона, Министарство је регионима одобрило финансијске подстицаје путем приступа знатним фондовима ЕУ.

Када је реч о Центру и примени овог модела, постоје како предности тако и мане. Имајући у виду то да је уговор био закључен са консултантском компанијом, уочено је да је она била ефикаснија од Министарства. Рад Центра отпочео је као велики пројекат који је генерисао нову енергију и идеје. Међутим, према њему је постојало и велико неповерење стручњака из система социјалне заштите (и Министарства), па је на почетку пројекта дуже време утрошено на излагање на крај с тим неповерењем. Када су решени почетни проблеми, Центар је успео да створи замајац, који је после затварања нестао (заједно с експертизом). Највећи проблем је, дакле, било питање одрживости.

¹³² Видети: www.trass.cz

Постојали су и проблеми у вези с учешћем НВО које представљају кориснике услуга јер их је Министарство углавном искључило из процеса. Иако су и Министарство и НВО били сагласни да је деинституционализација потребна, имали су различите ставове о начину на који треба спровести тај процес (укључујући и то да је било неколико НВО које су биле против деинституционализације). Центар је покушао да укључи веће организације у главне активности (као што су радне групе), али је, укупно гледано, укљученост цивилног друштва била проблематична.

Други изазови у процесу деинституционализације у Републици Чешкој односили су се на недостатак координације различитих стратегија – о деци и менталном здрављу – као и на фрагментацију одговорности између различитих министарстава и између националног и регионалног нивоа. На пример, одговорност у вези са децом била је подељна између Министарства рада и социјалних питања (деца у установама социјалне заштите), Министарства просвете (деца у систему специјалног образовања/интерната) и Министарства здравља (деца у психијатријским болницама), па је деинституционализација дејчјих услуга захтевала укљученост сва три министарства.

Мађарска

Мађарска Влада је 2011. године усвојила Стратегију деинституционализације, која обухвата период од 30 година. Стратегија је критикована због исувише дугог временског оквира и због тога што још увек омогућава изградњу резиденцијалних установа капацитета до 50 особа. Влада је 2012. године покренула програм капиталних инвестиција, који се финансирао из европских структурних и инвестиционих фондова (у даљем тексту: структурни фондови) како би подржала спровођење Стратегије. Максималан број особа у резиденцијалним установама смањен је на 25. Током 2013. године шест великих установа (са укупно приближно 700 корисника) одабрано је за учешће у програму (две од ових установа били су домови за психо-социјалну заштиту, а остатак су били домови за социјалну заштиту за особе са другим оштећењима).

Затварањем тих шест институција и другим пројектима у вези са деинституционализацијом руководи структура коју је основала Влада – **Непрофитно предузеће за једнаке могућности особа са инвалидитетом** (у даљем тексту: FSZK). Рад FSZK надзире и финансира Министарство људских ресурса (у чијем саставу су сектори за социјална питања, образовање и здравство). FSZK запошљава 40-70 особа и обезбеђује широк дијапазон подршке. Поред тога, FSZK фацилитира рад **Националног комитета за деинституционализацију**. Националним комитетом председава FSZK, а чине га представници релевантних заинтересованих страна (укључујући министарства и регионалне власти, друга Владина тела, сектор социјалне заштите, организације особа са инвалидитетом,

друге НВО и универзитете). Комитет има саветодавну улогу и може ставити вето на предлоге који нису у складу са циљевима Стратегије деинституционализације. Ипак, Комитет није много активан, а квалитет одређених предлога које је он одобрио је упитан.

Како би осигурало испуњавање стандарда квалитета, FSZK је основао **мрежу метора** који имају задатак да пружају подршку у процесу затварања шест установа. Ментори су изабрани у конкурзивном процесу, а затим су обучени и додељени одговарајућем особљу у установама. Иако је рано за процену менторског пројекта (који се завршава у априлу 2015. године), један од негативних фактора јесте то што не постоји консултовање корисника установа. Један од партнера FSZK развио је алатку за процену потреба корисника, која је пилотирана и дата менторима; међутим, подршка за коришћење алатке за процену потреба није обезбеђена.

Недавно је FSZK отпочео нови двогодишњи пројекат чији је циљ испитивање исплативости социјалне заштите за особе са интелектуалним и развојним сметњама. У оквиру пројекта ће, такође, бити ревидирана Стратегија деинституционализације, с фокусом на њен средњорочни и дугорочни утицај на услуге, а поред тога биће извршена и ревизија потреба за ресурсима и јавне потрошње. FSZK је основао **Управни одбор пројекта** у циљу пружања подршке раду на пројекту путем одабира најбољих кандидата и оснивања радне групе одговорне за спровођење препорука истраживања.

Словачка

Словачка је 2011. године усвојила стратегију деинституционализације – *Стратегија за деинституционализацију система социјалних услуга и алтернативну заштиту у Републици Словачкој*. Стратегију је израдио Министарство рада, социјалне политике и породице, а усвојила ју је Влада. Примењује се путем Националног акционог плана за прелазак са институционалне заштите у области социјалних услуга на бригу у заједници и алтернативну заштиту деце, путем пројекта који се финансирају из структурних фондова.

Министарство рада, социјалне политике и породице је 2012. године основало **Национални комитет стручњака за деинституционализацију**, као саветодавно тело министра. Комитет има око 40 чланова, укључујући представнике различитих министарстава, владиних тела, регионалних и локалних власти, НВО и представника Европске експертске групе за прелазак са институционалне заштите на подршку у заједници. Комитет има задатак да надгледа пројекте и да прати примену принципа деинституционализације, а састаје се најмање два пута годишње.

Словачка тренутно реализује национални пилот пројекат – спроводи га Агенција за запошљавање (у саставу Министарства) која директно ради са установама.

Агенција за спровођење процеса је одговорна за дневно администрирање пројекта и ангажовање стручњака (као консултаната) који могу да обезбеде неопходну експертизу за спровођење пројекта (као што је одржавање обука за особље, итд.). Сматра се да Агенција није нарочито ефикасна с обзиром на то да у раду постоји много бирократије.

На регионалном нивоу не постоје посебне структуре, те су у процес укључена одељења за социјалне услуге на регионалном нивоу. Уопштено, регионална влада и општине нису много проактивне већ прате упутства из Министарства. Поред тога, постоји јак финансијски подстицај који се обезбеђује из структурних фондова. И регионални и локални ниво су представљени у Националном комитету, а тамо где се реализују пројекти постоје и локални комитети.

Постоји и **неформална платформа за подршку услуга у оквиру заједнице** – реч је о иницијативи НВО, која укључује и представнике Министарства (са оперативног нивоа).

У погледу координације између министарстава, ситуација је далеко од идеалне. Нема координације са Министарством просвете, а координација с Министарством здравља постоји само на нивоу стручњака. То је проблематично зато што Министарство рада, које је надлежно за спровођење Националне стратегије деинституционализације, не може да одреди задатке другим министарствима. Истовремено, много се особа са проблемима менталног здравља, на пример, налази у установама за социјалну заштиту. Нема ни сарадње са Министарством финансија, које, иако показује одређено интересовање за увођење личних буџета, истовремено спроводи резове буџета. Министарство финансија није директно укључено у спровођење Стратегије.

Бугарска

Савет министара је 2010. године одобрио стратешки документ – Визија деинституционализације деце у Бугарској – чији је циљ да се до 2025. године за сву рањиву децу обезбеди заштита у оквиру заједнице. Стратегија се реализује путем Акционог плана, који се састоји од пет главних пројеката. Финансира се из структурних фондова.

Процес надзире **Међуминистарска радна група**, којом председава вицепремијер, а чине је сви заменици министара. Радна група је основана по налогу премијера, а предвиђа три места за учешће представника НВО. Поред тог тела постоји и **Експертска радна група**, којом председава председник Државне агенције за деčју заштиту, а која окупуља све координаторе и одсеке.

Поред тога, сваки пројекат који финансира ЕУ има сопствену јединицу за управљање. На регионалном нивоу је постојао план да се успостави

координациона јединица у сваком од региона, али то није било изводљиво. Уместо тога отпочело се с реализацијом посебног пројекта за развој капацитета у регионима.¹³³

Стручни капацитети долазе из НВО (због недостатка средстава из државног буџета), које спроводе већину активности у вези са обуком. Постоји посебан центар за експертизу који је успоставила ОАК Фондација и који ради са релевантним универзитетима. Основана је и коалиција дечјих НВО – Детињство 2025 – која на позив Владе ставља на располагање своју експертизу.

Научене лекције из процеса деинституционализације у Бугарској објашњене су у наставку:

- Имајући у виду сложеност координације процеса, важно је да Стратегију усвоји Савет министара (односно највише тело извршне власти), а не неко од министарстава. Постоје делови Стратегије које не може реализовати само једно министарство, а на тај начин је вероватније и да ће процес имати подршку различитих ресора.
- Требало би већи акценат ставити на управљање процесом. Које год тело да је за то надлежно оно треба да има неопходан ауторитет да предлаже измене законодавства јер је правна реформа кључни део процеса деинституционализације. Чим се покаже да услуге дају добре резултате, треба да следи системска промена у законодавству.
- Координација треба да обухвати два нивоа – вертикални (између националног, регионалног и локалног нивоа) и хоризонтални (између свих министарстава на националном нивоу и између свих огранака министарства на регионалном нивоу – на пример, сектори образовања, социјалне и здравствене заштите и правде). Мотивација за ангажовање у процесу може да дође из добре стратегије и финансијских подстицаја.
- Добар акциони план, с јасно дефинисаним корацима и одговорима на већину питања од је кључне важности. План треба редовно да се ревидира.

¹³³ Механизам координације за реализацију Стратегије и различити пројекти илустровани су овде: http://www.bgregio.eu/media/Info%20materials/English/KIDS_EN.pdf

Хрватска

Хрватска је 2011. године усвојила стратегију деинституционализације – *План деинституционализације и трансформације домова социјалне заштите и других правних лица у Републици Хрватској 2011–2016* (2018) – одлуком тадашњег Министарства здравља и социјалне заштите (сада Министарства социјалне политике и младих).

У складу са стратегијом развијен је петогодишњи пројекат с циљем деинституционализације 400 особа из две велике резиденцијалне установе у Загребу, уз помоћ фондације Отворено друштво - Иницијатива за ментално здравље, у сарадњи са Асоцијацијом за промовисање инклузије – АПИ (пружалац услуга у оквиру заједнице) и Центра за образовање одраслих Валидус. Уговор којим је отпочео пројекат потписан је 2013. године са Министарством социјалне политике и младих, уз знатну финансијску подршку фондације Отворено друштво. Две НВО, које су партнери у пројекту, обезбеђују обуке и техничку помоћ за Министарство, док се АПИ усредсређује на развој услуга у оквиру заједнице, а Валидус на обезбеђивање индивидуалне подршке и активног учешћа у друштву особа којима се пружа подршка. Особе које прелазе из установа у заједницу имају подршку групе за самозаступање која сарађује са АПИ.¹³⁴

Поред овог пројекта, 2012. године отпочела је реализација пројекта за деинституционализацију социјалних услуга, који се финансира из средстава ИРА и који је планиран да се заврши у септембру 2014. Пројекат спроводи консултантска компанија из Уједињеног краљевства и два локална партнера.

¹³⁴ Пројекат и досадашњи резултати описани су на интернет страници Министарства:
http://www.mspm.hr/djelokrug_aktivnosti/proces_transformacije_i_deinstitucionalizacije