

**Br. 25**

*Helsinške sveske*

***LJUDI NA DRUŠTVENOJ MARGINI***

Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama

(septembar 2006 – mart 2007)

br. 25

**Helsinške sveske**

**LJUDI NA DRUŠTVENOJ MARGINI**

*Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama  
(septembar 2006 – mart 2007)*

IZDAVAČ:

**Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji**

ZA IZDAVAČA:

**Sonja Biserko**

UREDNIK:

Seška Stanojlović

AUTORI:

Dr Suzana Perović

Zoran Milojković

Marijana Obradović

Ljiljana Palibrk

STRUČNI KONSULTANT:

Ivan Fišer

PRELOM:

Marija Andonović Radojević

KORICE:

Ivan Hrašovec

TIRAŽ: 200

ŠTAMPA: Zagorac, Beograd 2007.

**ISBN: 86-7208-132-3**

**Ova publikacija je deo projekta "Civilno društvo i marginalizovane grupe: inicijalni uvid u prisilni smeštaj u psihijatrijske ustanove", koji je realizovan zahvaljujući pomoći Ambasade kraljevine Holandije, u okviru Matra/KAP programa**

# LJUDI NA DRUŠTVENOJ MARGINI

Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama  
(septembar 2006 – mart 2007)

# Sadržaj

Uvodne napomene .....	7
Rezime .....	9
Specijalna neuropsihijatrijska bolnica u Kovinu .....	11
Specijalna neuropsihijatrijska bolnica "Dr Slavoljub Bakalović" u Vršcu .....	37
Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević" u Padinskoj Skeli .....	63
Zaključna razmatranja .....	85
Prikaz relevantnih zakona koji se odnose na lica koja se prinudno smeštaju u psihijatrijske ustanove i pacijente koji se stacionarno leče u ovim ustanovama .....	100
PRILOZI	
V. Prisilni smeštaj u psihijatrijske ustanove . Izvod iz 8. Opšteg izveštaja [CPT/Inf (98) 12] .....	105
Načela za zaštitu mentalno obolelih osoba i poboljšanje zaštite mentalnog zdravlja .....	123
Parlamentarna skupština Preporuka br. 1235 (1994) o psihijatriji i ljudskim pravima .....	147
PREPORUKA BR. (83)2 .....	153
V. Involuntary placement in psychiatric establishments Extract from the 8th General Report [CPT/Inf (98) 12] .....	104
Principles for the Protection of Persons with Mental Illness .....	122
RECOMMENDATION 1235 (1994) on psychiatry and human rights .....	146
RECOMMENDATION (83)2 .....	152
FOTOGALERIJA .....	158

## UVODNE NAPOMENE

Ova publikacija predstavlja rezultat rada Helsinškog odbora na projektu "Civilno društvo i marginalizovane grupe: Inicijalni uvid u prisilni smeštaj u psihijatrijske ustanove", koji je realizovan zahvaljujući pomoći Vlade Kraljevine Holandije, u okviru MATRA KAP programa.

Osnovni ciljevi ovog projekta jesu da se ostvari nepristrasan uvid u stanje u psihijatrijskim ustanovama, u uslove smeštaja i lečenja pacijenata i sve druge okolnosti vezane za njihov boravak u ustanovi; zatim, da se utvrde neusklađenosti između pravila propisanih domaćim zakonodavstvom, a pre svega međunarodnim dokumentima i faktičke situacije zatečene u ustanovi; potom da se stekne uvid u eventualne slučajeve kršenja ljudskih prava pacijenata; da se pruži podrška zakonodavnim reformama koje bi doprinele usklađivanju domaćeg zakonodavstva sa relevantnim međunarodnim standardima i ratifikovanim ugovorima; i da se utiče na podizanje svesti građana o tretmanu psihijatrijskih pacijenata u društvenoj zajednici, u bolnicama, i uslovima u kojima se leče i borave, posebno kada je reč o prisilno smeštenim pacijentima.

Navedeni ciljevi kojima se Helsinški odbor rukovodio u realizaciji ovog projekta, u skladu su sa obavezama koje je Državna zajednica Srbije i Crne Gore (SCG), a kasnije Republika Srbija, preuzela na sebe prijemom u članstvo Saveta Evrope 3. aprila 2003. godine.

Na nivou Republike Srbije, preduzeti su određeni konkretni koraci ka reformi sistema zaštite lica sa duševnim oboljenjima, time što je osnovana Nacionalna komisija za mentalno zdravlje koja je, između ostalog, izradila i Strategiju razvoja zaštite mentalnog zdravlja, koju je Vlada Republike Srbije usvojila 25. januara 2007. godine. Strategija u sedam tačaka definiše ciljeve reforme o ovoj oblasti. Pored zaštite ljudskih prava pacijenata, unapređenja mentalnog zdravlja, prevencije mentalnih bolesti, efikasnog rukovođenja i partnerskog odnosa svih subjekata u procesu, definisanja obaveze vlade da podrži planirane projekte kroz odgovarajuće finansijske i ljudske resurse, strategija predviđa da broj staromodnih psihijatrijskih klinika mora u velikoj meri biti smanjen, te i da se one zatvaraju.<sup>1</sup>

Međutim, Vlada Republike Srbije je planirala da se za rekonstrukciju postojećih stacionarnih psihijatrijskih ustanova, u ovoj godini, iz Nacionalnog investicionog plana, izdvoji 12,5 miliona evra.<sup>2</sup> Ova najava je, po našem mišljenju, u surotnosti sa ciljem Strategije koji kaže da će država ubuduće težiti da smanji broj ve-

---

1 "Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja". [www.zdravlje.sr.gov.yu](http://www.zdravlje.sr.gov.yu)

2 "Strategija za mentalno zdravlje" 24. januar 2007. Izvor Beta, [www.b92.net/info/vesti](http://www.b92.net/info/vesti)

likih psihijatrijskih klinika i da ih zatvori. Država koja je odlučila da uloži veliki novac u rekonstrukciju i sanaciju glomaznih sistema, kakve su bolnice u Kovinu, Vršcu, Gornjoj Toponici, očigledno se nije opredelila za zatvaranje staromodnih psihijatrijskih klinika, koje imaju ogromne kapacitete. Da je država, zaista, odlučila da zauzme moderniji pristup i prihvati savremene trendove u lečenju i tretmanu psihijatrijskih bolesnika, ona bi umesto u velike sisteme, novac uložila u izgradnju i otvaranje bolnica manjeg kapaciteta, kojima bi inklirali pacijenti koji teritorijalno pripadaju opštini na čijoj se teritoriji bolnica nalazi.

Nacionalna komisija je napravila predlog Zakona za zaštitu prava osoba sa poremećajima mentalnog zdravlja. U skladu sa akcionim planom Nacionalne komisije, ovaj predlog zakona trebalo bi da bude usvojen do kraja 2007. godine.<sup>3</sup>

S druge strane, svakodnevna praksa i život u psihijatrijskim bolnicama, pokazuju da je pred nama još uvek težak i dugačak put ka uspostavljanju prakse i tretmana psihijatrijskih bolesnika koji će zadovoljavati minimalne evropske standarde u ovoj oblasti.

Glavni cilj ovog izveštaja je da se neposrednim monitoringom naših psihijatrijskih bolnica utvrdi postojeće stanje, uvide nedostaci i neusklađenosti i daju neposredne preporuke za poboljšanje stanja, kako u konkretnim ustanovama, tako i na nivou celokupnog sistema lečenja i tretmana lica sa duševnim oboljenjima.

Nadamo se da će izveštaj doprineti efikasnijem ispunjavanju naših zajedničkih ciljeva i da će pomoći integraciji naše zemlje u savremene tokove evropske zajednice naroda.

Ovom prilikom želimo da se zahvalimo zaposlenima u Ministarstvu zdravlja Republike Srbije i Pokrajinskom skeretaryatu za zdravstvo i socijalnu politiku AP Vojvodine, direktorima bolnica, bolničkom osoblju i pacijentima na korektnoj saradnji i pomoći bez koje realizacija ovog projekta ne bi bila moguća.

3 "Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja".. www.zdravlje.sr.gov.yu

## REZIME

Arhitektonsko-tehnički uslovi, higijena i opremljenost u bolnicama u koje su smešteni psihijatrijski pacijenti na veoma je niskom nivou. Reč je o ustanovama koje imaju velike kapacitete, do 1000 bolesnika, koje su u suštini izolovane od društvene zajednice. Spavaonice su predviđene za smeštaj velikog broja ljudi. U bolnici u Kovinu, na akutnom odeljenju u sobama je smešteno više od 20 pacijenata. Visoki plafoni, nepostojeća toplotna i hidroizolacija, vlažni i memljivi zidovi, betonske podloge, prozori i vrata koji ne dihtuju, itd., često ne obezbeđuju ni minimum potrebnih uslova za smeštaj i lečenje bolesnika; nedostatak i prirodnog i veštačkog osvetljenja, nedovoljna provetrenost, hladni ili mlaki radijatori, deo su svakodnevnih uslova kojima su izloženi i bolesnici i zaposleno osoblje. U nekim odeljenjima (oligofreno odeljenje vršačke bolnice) životni uslovi se mogu definisati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje.

Lečenje psihijatrijskih pacijenata u ovim ustanovama je neadekvatno, jer se, uglavnom, sastoji od farmakoterapije. Pacijenti nemaju mogućnost da učestvuju u izboru lekara, niti da donose bilo kakve odluke u pogledu terapije i načina lečenja kojem se podvrgavaju. Podaci iz medicinskih kartona nisu dostupni pacijentima, članovima porodice, niti zastupnicima ili advokatima pacijenata. Kada se nalaze u ulozi somatskih pacijenata, psihijatrijski pacijenti su diskriminisani u drugim zdravstvenim ustanovama. Zdravstveno osoblje u drugim ustanovama, za lečenje somatskih bolesti, odbija da tretira i leči psihijatrijske pacijente na isti način kako se leče drugi pacijenti. Veoma mali broj pacijenata, uglavnom onih koji posećuju dnevne bolnice u sklopu psihijatrijskih bolnica, ima mogućnosti da koristi i druge pristupe u tretmanu osim farmakoterapije. Za sve ostale, što znači za „veliku većinu“, važi „skladištenje“ u psihijatrijske bolnice koje ih, praktično, izdvaja iz zajednice, čime se pospešuje njihovo brže propadanje. Veliki broj pacijenata u ovim bolnicama, faktički, živi u njima po 10 ili 20 godina, jer nema gde da ode iz bolnice i ne postoji adekvatnija institucija koja bi ove pacijente prihvatila i omogućila im postepenu integraciju u društvo.

Osoblje u bolnicama (nemedicinsko, kao i srednji medicinski kadar i više medicinske sestre) nema adekvatnu obuku za rad u psihijatrijskim bolnicama i tretman psihijatrijskih pacijenata. Osoblje nije obučeno tehnikama ne-fizičkog i manuelnog obuzdavanja agitiranih pacijenata. Srednje medicinsko osoblje i nemedicinsko osoblje nije dovoljno nadzirano u popodnevnom i noćnim časovima. Mali broj zaposlenih ostaje u popodnevnom i noćnim smenama sa pacijentima i nema adekvatan nadzor nad njima. Osoblje je zbog uslova u bolnicama, neobučenosti, nedovoljnog broja zaposlenih, nepostojanja jasne procedure za reagovanje u kriznim situacijama, izloženo velikom stresu. Osoblje je posebno nezadovoljno zbog malih primanja, s obzirom na težinu posla kojim se bave i uslove pod kojima rade.

Prava pacijenata u psihijatrijskim bolnicama nisu regulisana ni zakonskim i podzakonskim aktima. Ne postoji propisana procedura za ograničenja slobode kretanja pacijenata. Predviđena procedura žalbi i pritužbi pacijenata ne pruža dovoljne garancije da će njihove žalbe biti razmatrane nepristrasno i da će svaki slučaj kršenja prava pacijenata biti adekvatno sankcionisan. Kontakti sa spoljnim svetom, posebno onih pacijenata koji se nalaze u zatvorenim tretmanima nisu regulisani posebnim propisima, i ostvaruju se isključivo posredno, preko zaposlenih, koji imaju potpunu diskreciju u odlučivanju o tome kako i na koji način će se ovi kontakti ostvarivati. Tretman pacijenata na oligofrenom odeljenju u vršačkoj bolnici, smeštajni uslovi, broj osoblja koje o njima brine, nedostatak adekvatnog tretmana i brige o njima, može se okarakterisati kao nehuman i ponižavajući tretman.

Sredstva za ograničenje slobode kretanja nisu uopšte regulisana. Pacijenti se uglavnom smeštaju u zatvoren tretman, jer postoji opasnost od bekstva kao i u slučaju da ne prihvataju lečenje i farmakoterapiju. Njihova sloboda kretanja ograničena je isključivo na bolničko krilo u kojem su zaključani. Ne postoji jasna procedura i kriterijumi po kojima se pacijenti smeštaju u tretman, njegovo trajanje, pravo žalbe, obaveza da se ona preispita, kao ni periodična revizija odluke o smeštaju. Zbog nedostatka slobodnih mesta na drugim, otvorenim odeljenjima, pojedini pacijenti ostaju u zatvorenom tretmanu i po nekoliko godina. Fiksacija pacijenata nije propisana nikakvim zakonskim, ili podzakonskim aktom. S obzirom na činjenicu da ne postoji propisana procedura za reagovanje u kriznim situacijama, ne postoje dovoljne garancije kojima bi se sprečila mogućnost prelaska ovakvog tretmana u torturu, bilo vremensku, ili upotrebom prekomerne sile. Ne vodi se poseban registar imobilizacija, a ne postoji obaveza zaposlenih da pacijentovu porodicu, ili staraoca obaveste o upotrebi sredstava za fizičko obuzdavanje. Uznemireni pacijenti se fiksiraju kožnim kaiševima za krevet, s tim što skoro svim ustanovama ne postoji posebna evidencija o tome ko je naredio fiksiranje, zbog čega, koliko je trajalo, ko je učestvovao u imobilizaciji. Takođe, često ne postoji posebna prostorija za imobilizaciju i ona se vrši pred drugim pacijentima. Zbog nedostatka osoblja i nedovoljne obučenosti, pacijenti se koriste u obuzdavanju drugih, uznemirenih pacijenata, što se može smatrati kao ponižavajuće ponašanje, bilo za pacijente koji se obuzdavaju, bilo za one koji učestvuju u tome.

Postupak smeštaja u bolnicu nije precizno i jasno regulisan, niti korenspondira sa odgovarajućim međunarodnim normama. Sudski postupak prinudnog smeštaja pacijenata, kao i postojeća praksa rada sudova rezultuju arbitrarnim odlukama i povredama prava na fer i pravično suđenje. Ista se primedba odnosi na donošenje sudskih odluka u pogledu trajanja tretmana forenzičkih pacijenata. Sudski postupci koji se vode na osnovu zahteva da se ukine obavezno lečenje i čuvanje u ustanovi lica koja su u njih smeštena kao počinioci krivičnih dela, rezultuju arbitrarnim odlukama suda i predstavljaju povredu prava na fer i pravično suđenje.

## SPECIJALNA NEUROPSIHIJATRIJSKA BOLNICA U KOVINU

Datum posete: 3. novembar 2006. godine  
Populacija: punoletni žene i muškraci  
Broj žena: 305  
Broj muškaraca: 478  
Sastav tima: tri pravnik, neuropsihijatar i klinički psiholog

### 1. Kvalitet života

#### I

##### a) Arhitektonsko-tehnički uslovi

Specijalna neuropsihijatrijska bolnica u Kovinu smeštena je u objektima izgrađenim 1912/1913. godine, koji su služili za smeštaj vojske i oružja nekadašnje Austrougarske monarhije. Bolnica je udaljena par kilometara od centra Kovina, i mada su je u međuvremenu brojni novoizgrađeni objekti privatne i javne namene praktično povezali sa gradom, ona je upadljivo izolovana od zajednice. Na prostoru koji pokriva nekoliko hektara površine, uključujući i poljoprivrednu ekonomiju, nalazi se više desetina objekata iz pomenutog perioda, od kojih je samo jedan izgrađen 1965. godine, i jedan 1970. godine. S obzirom na arhitektonski izgled i prvobitnu namenu, teško je pretpostaviti da je njihova adaptacija u bolničke svrhe ikada bila na zadovoljavajućem nivou. Međutim, činjenica da je ceo kompleks imao samo jednu ozbiljnu i značajnu investiciju (uvođenje grejanja 1976. godine), više od bilo čega govori o odnosu društva prema psihijatrijskim pacijentima i ovoj grani zdravlja.

Osnivač Specijalne psihijatrijske bolnice u Kovinu je Pokrajinski sekretarijat za zdravstvo i socijalnu politiku AP Vojvodine. Međutim, bolnica se finansira isključivo iz budžeta Republike Srbije, tačnije iz Fonda za javno zdravlje. Godišnji budžet kojim bolnica raspolaže iznosi oko 263 miliona dinara; od tog iznosa, samo na lične dohotke zaposlenih odlazi oko 163 miliona, dok ostatak sredstava treba da pokrije troškove lečenja i održavanja objekata, što je nemoguće izvesti na kvalitetan, ili bar zadovoljavajući način. Prema proceni uprave bolnice, za funkcionisanje postojećeg sistema, bez ikakvih investicija, nedostaje oko 50 miliona dinara godišnje. Postoje i određeni vanbudžetski prihodi koje bolnica sama ostvaruje, ali oni su nedovoljni da bi se pokrio pomenuti nedostatak. Bolnica ima svega 25 mesta koja finansiraju sami pacijenti. Od toga bolnica ostvari prihod, na godišnjem nivou, od oko 9.000 000

dinara. Drugi izvor prihoda za bolnicu predstavlja imanje, ali se proizvodi koriste za lične potrebe, poboljšanje ishrane samih bolesnika.

Samo letimičan pogled na stanje objekata i opšte uslove, dovoljan je za zaključak da ova bolnica ne ispunjava ni minimalne standarde za zdravstvenu ustanovu, a o standardima CPT se ne može ni govoriti. Ovakvo stanje nije nepoznato ni pokrajinskim, ni republičkim nadležnim organima, čije inspekcije povremeno dolaze u kontrolu i nadzor; svi dosadašnji izveštaji (mada retki) konstatovali su gotovo alarmantno stanje u ovoj ustanovi i dostavili preporuke za otklanjanje brojnih građevinskih, sanitarnih i tehničkih nedostataka, ali se na tome sve i završava. Budući da se radi o državnoj bolnici koja se u potpunosti finansira budžetskim sredstvima, jasno je da sama ustanova nikako nije u mogućnosti da postupi po nalogu inspektora, pa čak ni da poštuje zakonom propisane uslove za rad. Primera radi, za obaveznu godišnju kontrolu gromobrana i kompletnih elektroinstalacija bolnica bi trebalo da plati oko 1,5 milion dinara, što ona nije u mogućnosti. Slično je i sa kontrolom i održavanjem sistema protivpožarne zaštite; iako su skoro svi objekti veliki i vrlo stari, nigde nisu istaknuti čak ni ručni protivpožarni aparati, nema alarma, ali ni vidljivih hidrofora u krugu bolnice. Međutim, realna opasnost od požara, koji bi mogao imati katastrofalne posledice (s obzirom na stanje instalacija, vrstu i broj bolesnika), očigledno nije dovoljna da izazove odgovarajuću reakciju nadležnih.

Bolnica, prema planu mreže zdravstvenih ustanova, ima kapacitet za smeštaj 1000 pacijenata. U trenutku posete, bolnica je imala ukupno 783 pacijenata. Unutrašnjom organizacijom bolnica je podeljena na medicinski i nemedicinski sektor. Medicinski sektor obuhvata 13 odeljenja: akutno psihijatrijsko muško, akutno psihijatrijsko žensko, hronično psihijatrijsko muško, hronično psihijatrijsko žensko, muško odeljenje za hronične psihoze, mešovito odeljenje za hronične psihoze, mešovito odeljenje za lečenje alkoholizma, mešovito psihogerijatrijsko odeljenje, mešovito odeljenje za neuroze i granična stanja, dnevnu bolnicu, neurologiju i interno odeljenje (za građane sa teritorije opštine, jer u Kovinu ne postoji opšta bolnica) i rehabilitaciono (sufinansirajuće) odeljenje. Nemedicinski sektor obuhvata opšti, ekonomski i tehnički deo (kuhinja, vešernica, različite službe za održavanje i sl.). Akutna odeljenja i psihogerijatrija zatvorenog su tipa, dok su ostala odeljenja otvorenog tipa, što znači da pacijenti mogu slobodno da se kreću u okviru kruga bolnice, a u zavisnosti od potreba i zdravstvenog stanja, odlaze na vikende i van bolnice.

Arhitektonsko-tehnički uslovi, opremljenost objekata, ventilacija i osvetljenje, sanitarni uslovi (sve to imajući u vidu osnovnu namenu i broj pacijenata), jesu nezadovoljavajući. Pored toga što su objekti stari, sa oštećenim i sumornim fasadama, i njihova unutrašnja arhitektura je krajnje neadekvatna za boravak i lečenje psihijatrijskih bolesnika. Nekadašnje vojničke spavaonice i oružarnice zadržale su prvobitne dimenzije, pa su sve sobe izuzetno velike i sa visokim plafonima, zbog čega je dotok prirodne svetlosti i vazduha nedovoljan; ni postojanje više dvokrilnih, visokih prozora u sobama ne može da umanjuje nedostatak svetla, a vrlo malo utiče i na provetrenost. Problem je utoliko veći zbog projektovanog kapaciteta ustanove (1000 ležajeva), pa su i pored postojanja više zgrada, zaposleni bili prinuđeni da u sobama smeste neprimereno veliki broj kreveta. Tako je na akutnom muškom odeljenju, čiji je kapacitet 81 postelja, u samo tri sobe smešteno čak 69 pacijenata; slična je situacija i na drugim odeljenjima, gde je takođe u nekoliko soba smešteno mnogo paci-

jenata (na hroničnom muškom odeljenju je 96 postelja, na akutnom ženskom 80, na hroničnom ženskom 83 postelja i sl.).

Prenaseljenost cele bolnice i svih soba je uočljiva na prvi pogled, iskorišćen je svaki slobodan prostor, pa su kreveti preblizu a u nekim slučajevima gotovo da su spojeni. Pored soba sa više od 20 pacijenata, postoje i "manje", u kojima je smešteno između 10–15 pacijenata (npr. odeljenje za hronične psihoze, mešovito odeljenje za resocijalizaciju). I u ovakvim sobama je evidentan nedostatak prostora, svetla i svežeg vazduha. Prozori su većinom u lošem stanju, slabo dihtuju, a neki su i fizički blokirani, jer su u fazi raspadanja. Manji broj prozora je zamenjen pre 5–6 godina (na akutnom muškom odeljenju, a na ostalim odeljenjima samo poneki, i to oni koji su bili polomljeni i van funkcije).

Imajući u vidu i prilično star i dotrajavao sistem daljinskog grejanja, veličinu soba i opšte stanje objekata, grejanje je slabo a na pojedinim mestima ga i nema; na unutrašnju temperaturu negativno utiču i dugački, uglavnom betonski hodnici, koji se prostiru celom dužinom objekata. Beton je, inače, u osnovi svih objekata, s tim što su pojedine prostorije prekrivene dotrajanim PVC podnim oblogama (tzv. "topli pod"); njihov kvalitet očigledno nije bio visok ni u vreme postavljanja, a danas je efekat minimalan. Pored hodnika i unutrašnjih stepeništa, go beton nalazi se i u mnogim drugim prostorijama u kojima borave i pacijenti, i zaposleni (toaleti i kupatila, interne trpezarije u okviru odeljenja, neke prostorije za dnevni boravak...).

Dodatno mučan i uznemirujući utisak stvara sveprisutna atmosfera polumraka, vlažnih i memljivih zidova; uz već pomenuti nedostatak dovoljne količine dnevne svetlosti, ni postojeće veštačko osvetljenje nije adekvatno i isuviše je slabo da bi ovakvom prostoru dalo bar pristojnu količinu svetla. Ovaj problem, koji svakako u značajnoj meri utiče na stanje i medicinski tretman bolesnika, nije moguće rešiti jednostavnim nabavkom dodatnih izvora veštačke svetlosti (mada bolnica ni to ne bi mogla finansijski da podnese), već zahteva kompletnu rekonstrukciju električnih instalacija. Sadašnje stanje je takvo da se instalacije samo održavaju u kakvoj-takvoj funkciji, kao što se i prostorije samo povremeno okreće, bez suštinskog saniranja zidova, podova ili krovova.

Bolnica raspolaže malim brojem kompjutera za rad uprave, dok na odeljenjima nema nijednog. Sva dokumentacija se vodi ručno, a lekari koriste veoma stare, mehaničke pisaače mašine. Bolnica nema svoj web-site, niti je tehnički, finansijski i kadrovski u mogućnosti da ga kreira.

Na odeljenjima, kao ni u blizini zgrada u kojima su smešteni pacijenti, nisu instalirane javne telefonske govornice (postoji samo jedna javna telefonska govornica u celom bolničkom kompleksu), a stručnom osoblju je na raspolaganju uglavnom po jedan telefon koji se nalazi u lekarskoj, ili u sobi u kojoj borave medicinske sestre. Telefon je i jedino sredstvo kojim se vrši alarmiranje i traži pomoć sa drugih odeljenja u slučajevima uznemirenja većeg broja pacijenata, ili pojave agresivnog ponašanja. Inače, video-nadzor postoji samo u pojedinim prostorijama na odeljenjima sa akutnim bolesnicima.

**b) Opremljenost**

Mogući izgovor države da je adekvatna adaptacija i značajnija rekonstrukcija bolnice u Kovinu pitanje uvek nedostajućih, bez sumnje velikih finansijskih sredstava, u potpunosti je deplasiran kad se sagleda opremljenost objekata, uključujući prostorije namenjene pacijentima, ali takođe i one u kojima boravi i radi medicinsko i drugo osoblje. Pre će biti da taj minimalni napor nije učinjen, zbog opšte nebrige društva i nedostatka bilo kakve volje i pažnje prema psihijatrijskim pacijentima i zaposlenima koji bi tim ljudima trebalo da pruže adekvatan medicinski tretman i negu.

Ne računajući odeljenja koja izlaze iz okvira čiste psihijatrije ali se, iz različitih razloga, nalaze u okviru bolnice (npr. interno i neurologija, odeljenje za lečenje alkoholizma i rehabilitaciono odeljenje, kao i dnevna bolnica), u svim ostalim odeljenjima opremljenost prostorija ne može da se uporedi ni sa jednom zdravstvenom ustanovom u Srbiji, iako su mnoge od njih i dalje u lošem stanju. Najveći broj kreveta sastoji se od zarđalih gvozdениh ramova sa istim takvim mrežastim podlogama, na kojima su uglavnom tanki, pohabani sunderi debljine 10-tak cm, koji i da su novi ne bi mogli biti adekvatna zamena za madrace; sporadično se mogu videti isti takvi kreveti relativno novijeg datuma, ali je utisak da su svi oni u upotrebi oduvek, ili su preuzeti nakon što su rashodovani u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi. Upotreba ovakvih kreveta bi se, osim u izuzetnim i kratkotrajnim situacijama, prema međunarodnim standardima, mogla smatrati kao nehuman i degradirajući tretman. U sobama uglavnom nema nahtkasni za odlaganje ličnih stvari, i to ne samo na odeljenjima sa akutnim bolesnicima (za koje osoblje smatra da bi tu mogli da sakriju predmete koji bi ugrozili ličnu ili tuđu bezbednost); nigde u sobama nema ni drugih delova nameštaja (ormara, stolica, stočića i sl.), kao ni bilo kakvih detalja i ukrasa koji bi oplemenili prostor (zavesa, slika, cveća...). Ni u jednoj sobi, niti u drugim prostorijama u kojima borave, nema znakova neposrednog uređenja enterijera od strane pacijenata (porodičnih fotografija, kolaža, crteža, bilo čega što za bolesnika ima lični značaj i vrednost). U pojedinim hodnicima postoje dotrajale klupe i polurazvaljene stolice, a slično je i u trpezarijama u kojima se pacijentima služe obroci na zarđalim, metalnim stočićima bez stolnjaka. U trpezarijama su uglavnom smešteni i televizori, pa pacijenti veći deo vremena provode u tom prostoru, sa hladnim i oronulim betonom pod nogama. Stekli smo utisak da je u akutnim odeljenjima pristup ovim prostorijama omogućen jednom broju pacijenata, a ne svima. Slični su uslovi i u sobama za dnevni boravak, u kojima pacijenti mogu sami da pripreme kafu ili čaj.

Posteljina je deficitarna, i takođe u lošem stanju. Krevetski čaršavi, jastuci i čebad istanjani su i iskrzani od upotrebe i pranja, i mada se redovno menjaju, deluju nehigijenski zbog evidentne dotrajalosti. Imajući u vidu loš kvalitet grejanja i generalno hladne prostorije, verovatno su čebad nedovoljna zaštita pri nižim temperaturama, s obzirom na to da svaki pacijent ima po jedno čebe. Najveći broj pacijenata nosi različite delove stare i pohabane odeće, trenerke i sl., koje im poklanjaju građani i koje se nakon pranja, nasumično dele pacijentima, ne vodeći računa o tome, ko je tu istu odeću prethodno koristio. Zbog opšte situacije, pacijentima je dozvoljeno da nose i sopstvenu odeću, ukoliko je porodica spremna da je higijenski održava i redovno menja. Zbog malog broja zaposlenih u vešeraju, bolnica nije u mogućnosti da brine o privatnoj garderobi koja je u upotrebi. Odeća, obuća i ostale stvari koje

pacijent ima kod sebe prilikom prijema, odlažu se u posebne prostorije i vraćaju pri otpustu iz ustanove. Prostorije u kojima se drži čista posteljina i odeća nalaze se u sklopu odeljenja, male su, mračne i zagušljive, opremljene ručno napravljenim drvenim policama po kojima su razvrstane stvari.

Lekarske sobe, kao i one u kojima borave medicinske sestre, malo su pristojnijeg izgleda, iako takođe u jadnom stanju. Po prirodi stvari, one su čistije, okrečene i sa zavesama na prozorima; uglavnom imaju itisone na podu, radni sto sa pisaćom mašinom, poneku fotelju i par stolica, ormar sa kartonima bolesnika i drugom dokumentacijom. Sav nameštaj je vrlo star i dotrajavao. Arhitektonsko-tehnički uslovi isti su kao i u svim drugim prostorijama (slabo grejanje, stari radijatori, loši zidovi i i visoki plafoni...), i jedino je osvetljenje ponegde malo bolje zbog upotrebe jačih sijalica. Ove sobe ipak deluju toplije i, koliko-toliko, oplemenjeno, zahvaljujući slikama na zidovima, ličnim predmetima i ukrasima, kao i biljkama. Naravno, one su takve zbog ličnog angažmana zaposlenih koji u njima borave, ali je sve to daleko od dobrih, pa čak i pristojnih uslova za rad.

**c) Sanitarni uslovi i higijena**

S obzirom na prethodno opisano stanje koje se samo u nijansama razlikuje od odeljenja do odeljenja (izuzev pomenutih delova za somatske pacijente, koji su u nešto boljem stanju), opservacija sanitarnih uslova i higijene deluje gotovo nepotrebno i suvišno. U toaletima i kupatilima su betonski podovi, zidovi su oronuli, truli i buđavi od vlage, ponegde ima oštećenih i vrlo starih zidnih pločica, radijatori su u najboljem slučaju mlaki (a negde i potpuno hladni), na kabinama nema vrata niti bilo kakvih zastora koji bi omogućili privatnost, prostorije su polumračne, obično sa jednom sijalicom. Sanitarna oprema (WC, lavaboi, česme, tuševi i vodokotlići) stara je više decenija, zarđala, dotrajala, često i oštećena, i teško dostupna starijim osobama i osobama sa fizičkim nedostacima; u bolnici su još uvek u upotrebi betonska korita za pranje nogu; na česmama je samo hladna voda, a na tuševima ima i tople, ali ne u svim kupatilima – tamo gde zbog problema sa grejanjem i instalacijama ne dolazi topla voda, postavljen je po jedan veći bojler sa jednom baterijom za tuširanje, što reducira broj pacijenata koji mogu da se okupaju; uza sve to, čak ni ovakva oprema nije uvek u funkciji zbog čestih kvarova i dotrajalosti. U sobama za lekare i sestre postoji najčešće samo lavabo sa hladnom vodom, dok u sobama za intervencije ponekad ima i tople vode. Sve prostorije u bolnici higijenski se održavaju u granicama mogućnosti, ali je sveprisutan osećaj ustajalog vazduha, vlage i memle; u kupatilima i, naročito, toaletima osećaju se i jaki neprijatni mirisi kao posledica očajnog stanja vodovodnog i kanalizacionog sistema, kao i upotrebe nekvalitetnih i jakih dezinfekcionih sredstava.

Svaki pacijent na prijemu u bolnicu prolazi kroz propisanu sanitarnu proceduru. Imajući u vidu stanje opreme sa jedne strane, broj pacijenata na odeljenjima, sa druge strane, teško je prihvatiti činjenicu da će svako od pacijenata, barem jedanput sedmično, imati priliku da se okupa, posebno u zimskim mesecima. U zavisnosti od kliničke slike, pacijenti se kupaju sami ili, ako nisu u mogućnosti, uz pomoć sestara. Kupanja se, uglavnom, odvijaju kolektivno, bez mogućnosti da se zaštiti privatnost. Određena higijenska sredstva obezbeđuje bolnica, a samo retki pacijenti poseduju



sopstveni toaletni pribor. Šišanje i brijanje takođe obezbeđuje bolnica, ali isključivo u svrhu elementarnog održavanja higijene. Svi pacijenti deluju zapušteno, a nijedna bolesnica nije čak ni uredno očešljana (o bilo kakvoj frizuri, npr. najjednostavnijem prikupljanju kose, nema ni govora).

#### d) Kuhinja i ishrana pacijenata

Poput ostalih objekata, i zgrada u kojoj je smeštena kuhinja stara je i oronula, sanitarno i higijenski neadekvatna za pripremu hrane i čuvanje namirnica. Pored ostalih problema, zajedničkih svim objektima u bolničkom kompleksu (građevinski uslovi, instalacije itd.), normalan rad kuhinje opterećuje i mali broj zaposlenih – svega 10, plus 3–4 pomoćnih radnika. Kao i u slučaju drugih kadrovskih potreba, bolnica nema mogućnost da angažuje dodatnu radnu snagu, pri čemu su uslovi za rad u kuhinji vrlo teški i ozbiljno ugrožavaju zdravlje zaposlenih.

Kuhinji nedostaju sudovi, a postojeći su već dugo u upotrebi, pa je pitanje u kojoj meri su i oni sanitarno ispravni, budući da su od metala. Trenutno ima dovoljno kazana i ostale opreme za pripremu hrane, nekoliko rashladnih vitrina, dovoljno sredstava za čišćenje i pranje, ali postoje povremeni problemi sa snabdevanjem vodom. Osoblje koje radi u kuhinji i ima pristup namirnicama, nema zaštitne kape ni rukavice, njihovi radni mantili su dotrajali, mada čisti, i nemaju posebnu obuću prilagođenu potrebama posla i prostora. Budući da miris hrane, po prirodi stvari, privlači razne životinje, one povremeno ulaze i u samu kuhinju; u trenutku posete u objektu je bila mačka na koju se niko od zaposlenih nije obazirao, jer je to verovatno uobičajena pojava.

Jelovnik priprema nutricionista u saradnji sa lekarima, i u njemu su zastupljene sve namirnice, uključujući meso, voće i povrće, mlečne proizvode i kolače. Posebno se priprema i pakuje u porcije hrana za pacijente koji su na dijetama. Inače, većina pacijenata zadovoljna je količinom i kvalitetom ishrane, ali u krugu bolnice ne postoji zadovoljavajuća kantina ili mini-market gde bi mogli da kupe stvari koje žele ili koje su im neophodne. Hrana se distribuira po odeljenjima u određeno vreme, ali ni u jednoj trpezariji nisu istaknuti jelovnici, niti pacijenti imaju pristup hrani i piću mimo vremena predviđenog za obroke.

#### e) Eksterijer bolnice

S obzirom na to da se bolnica sastoji od mnogo objekata izgrađenih na prilično velikoj površini, ceo kompleks ima dovoljno eksternog prostora i zelenih površina, što je veoma značajno za pacijente, ali i za zaposlene (mada udaljenost između pojedinih objekata može da predstavlja i problem, naročito u slučaju hitnih intervencija). Nažalost, ove površine ni izbliza nisu iskorišćene na adekvatan način. Iako su primetni napori elementarnog održavanja (pokošena trava između i oko objekata, očišćeni prilazi i staze), očigledan je nedostatak finansijskih sredstava koja bi omogućila kvalitetnije i lepše uređenje, kao i osoblja kojima bi to bio posao. Većina prostora se koristi samo za šetnju, upadljivo je mali broj klupa i korpi za otpatke, samo ponegde je zasađeno cveće, nema ambijentalnih ukrasa, a zelene površine su neravne, na više mesta iskopane za potrebe sanacije instalacija. Teren namenjen

sportskim aktivnostima odavno je zarastao u korov i potpuno neupotrebljiv, a nema ni stručnih terapeuta koji bi se bavili fizičkim aktivnostima bolesnika. Mali broj medicinskog osoblja ne dozvoljava posvećivanje pažnje individualnim pacijentima, pa mnogi od njih i ne izlaze van objekata jer nemaju neophodnu pratnju i podršku. Neki pacijenti povremeno, u okviru radne terapije, pomažu na poljoprivrednom imanju ili pri čišćenju zelenih površina, i to je jedini vid osmišljene upotrebe eksternog prostora.

Imajući u vidu sve navedene probleme, kao i savremene trendove u lečenju psihijatrijskih bolesti, zabrinjavajuća je namera Vlade Srbije i Ministarstva zdravlja da se u Kovinu izgradi nova zgrada sa 300 postelja, s tim što bi se drugi, postojeći objekti koji se nalaze u bolničkom krugu, renovirali. Nova zgrada bi trebalo da bude sagrađena na mestu gde se sada nalaze dve velike zgrade u kojima su smešteni akutni i hronični bolesnici, sa laboratorijom, apotekom i drugim pratećim sadržajima u prizemlju, a za tu svrhu predviđena su sredstva u okviru Nacionalnog investicionog plana (NIP). Iako široj javnosti još uvek nisu dostupni svi detalji NIP, na zvaničnoj web-prezentaciji<sup>4</sup>, kao ni prilikom brojnih promocija plana od strane ministara i drugih visokih funkcionera Vlade, nema nikakvih naznaka da bi u oblasti socijalne politike trebalo izdvojiti sredstva za zbrinjavanje i negu odraslih lica sa psihičkim problemima. Destigmatizacija i promena odnosa prema psihijatriji uopšte (a naročito prema bolesnicima) i dalje su na margini interesovanja kako zdravstvene, tako i socijalne politike. Pri takvom stanju stvari, o uključivanju pacijenata u društveni život (shodno individualnim mogućnostima i zdravstvenom stanju), nema ni govora. Veliki broj pacijenata, uključujući i one koji se nalaze na tzv. akutnim odeljenjima, trebalo bi da bude podvrgnut lečenju mimo bolnice, u zaštićenoj socijalnoj sredini (u zajednici sa porodicom, ili samostalno, ali svakako uz adekvatnu podršku socijalnih službi). Dramatična situacija u kovinskoj bolnici (a slična je i u ostalim psihijatrijskim bolnicama) i nedostatak ozbiljnih inicijativa za postepene, ali celovite promene u psihijatriji, odražavaju svu ozbiljnost opšteg stanja u društvu i svedoče o porazu humanosti i solidarnosti, i to ne samo prema nemoćnima i bolesnima.

## II

**Neusklađenosti ili odstupanja od Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ), Standarda Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (Standardi CPT) i Principa UN za zaštitu osoba sa mentalnim oboljenjima i za unapređenje brige o mentalnom zdravlju (Principi UN), Preporuka Komiteta ministara Saveta Evrope državama članicama o zakonskoj zaštiti osoba sa mentalnim oboljenjima koji su prinudni pacijenti (Principi SE) i Preporuka Parlamentarne skupštine Saveta Evrope (Preporuke SE)**

Neodgovarajući životni uslovi u ustanovi se mogu okvalifikovati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 32. i 33;

Principi UN, prin. 1. stav 1 – 5, prin. 14. stav 1. tačke a, b,c i d. i stav 2.);

- Sobe u kojima su smešteni pacijenti prevelike su i prenaseljene, ne omogućavaju dovoljno životnog prostora po pacijentu i nepovoljno utiču na njihov integritet (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 1 i para. 36. stav 1. i 2.);

- U sobama, hodnicima, kao i u drugim prostorijama u kojima pacijenti borave nema dovoljno svetla, provetravanje je loše, a grejanje vrlo slabo ili ga uopšte nema (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 1.);

- Oprema u sobama i drugim prostorijama koje koriste pacijenti stara je, dotrajala i često oštećena, u meri da ne bi smela biti u upotrebi; nema ormara za garderobu, nahtkasni, niti posebnog prostora u kome bi pacijenti čuvali lične stvari (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 2; Principi UN, prin. 9. stav 4.);

- Pacijenti nisu u dovoljnoj meri ohrabreni da razvijaju samopoštovanje, ni od strane stručnog osoblja, niti životnim uslovima u ustanovi; uglavnom ne poseduju lične stvari, niti imaju mogućnost uređenja i dekorisanja prostora u kome borave prema ličnim afinitetima (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 2.);

- Toaleti i tuš-kabine u kupatilima ne omogućavaju nikakvu privatnost; ne postoji posebna ili dodatna bolnička oprema koja bi olakšala kretanje starih i nemoćnih pacijenata, ili hendikepiranih bolesnika (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 3; Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka b);

- Izuzev u retkim slučajevima, u kojima je porodica aktivno uključena u proces lečenja i oporavka, većini pacijenata nije dostupna lična ili individualizirana bolnička garderoba (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 4.);

- Opšti uslovi ishrane pacijenata jadni su i nedostojni čoveka; oprema u trpezarijama, sudovi, aranžiranje hrane i prostora, način serviranja itd., nisu u funkciji psihosocijalne rehabilitacije i na najgrublji način vređaju dostojanstvo ličnosti (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 35. stav 1. i 2.);

- Opremljenost prostorija za terapijske aktivnosti, kao i stanje rekreativnih terena jeste nezadovoljavajuće; nedovoljan broj stručnih terapeuta dodatno otežava sam proces lečenja i rehabilitacije; nema mogućnosti, ni inicijative da se bar određenim grupama pacijenata omogući obrazovanje ili odgovarajući posao (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 37. stav 1. i 2, para. 42. i 43; Principi UN, prin. 13. stav 2 a,b,c i d.);

- Mogućnost održavanja komunikacije sa spoljnim svetom reducirana je i otežana nedovoljnim brojem telefonskih govornica koje bi bile lako dostupne svim pacijentima; bolnički režim poseta pri postojećem, veoma lošem stanju u objektima i van njega, ne obezbeđuje pristojne uslove za kontakt pacijenata sa rodbinom i prijateljima (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 54. 1. i 2; Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka c.);

- Nedopustiva je i neodrživa praksa zadržavanja pacijenata u psihijatrijskoj ustanovi isključivo zbog nedostatka nege i/ili smeštaja u spoljnoj zajednici, naročito kad se ima u vidu opšta izolovanost i degradirajući uslovi života kakvi su u bolnici u Kovinu (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 57. i 58. stav 1. i 2; Principi UN, prin. 4. i 7.).

### III

## Preporuke

- Umesto predviđene nove zgrade za 300 bolesnika, izgraditi savremenu psihijatrijsku bolnicu manjeg kapaciteta, za lečenje pacijenata koji teritorijalno pripadaju opštini, u kojima bi se pacijentima pružala medicinska nega i druga neophodna terapija, u skladu sa međunarodno priznatim profesionalnim standardima;

- Pacijente kojima je potrebno bolničko lečenje, a dolaze iz svih krajeva Srbije, izmestiti u odgovarajuće bolnice bliže prebivalištu, porodici i prijateljima;

- Sa predstavnicima ministarstava za zdravlje i socijalnu politiku, lokalnim, pokrajinskim i republičkim organima hitno pristupiti izradi plana za smeštaj i zbrinjavanje pacijenata čije stanje ne zahteva bolnički tretman, u manje socijalne ustanove pri lokalnim zajednicama, kao priveremno rešenje do njihovog potpunog integrisanja u društvenu zajednicu.

## 2. Lečenje

### I

Prema informacijama koje smo dobili od lekara, svi novopridošli pacijenti, kao i pacijenti koji se nalaze na opservaciji zbog ekspertize njihovog duševnog stanja, dobijaju farmakoterapiju. U bolnici nema pacijenta kome nije propisana farmakoterapija i koji ne konzumira lekove.

Farmakoterapija koja se primenjuje u bolnici u Kovinu u skladu je sa savremenim trendovima lečenja psihijatrijskih bolesnika. U bolničkoj apoteci i na odeljenjima ima lekova iz grupe neuroleptika, psihostabilizatora, sedativa neophodnih za lečenje psihijatrijskih bolesti. Količina lekova je dovoljna, a asortiman je raznovrstan. Bolnica poseduje lekove poslednje generacije neuroleptika koji ne daju ekstrapiramidalne simptome koji se mogu odmah primetiti na pacijentima. Paleta nepsihijatrijskih lekova je takođe raznovrsna i dovoljna (analgetici, antipiretici, antibiotici, antihipertenzivi, infuzioni rastvori...). Zaposleni svih profila trude se i uspevaju da posećuju stručne skupove iz svog domena delovanja, sarađuju sa farmaceutskim kućama i idu na različite edukacije i seminare.

Prema navodima lekara, lekovi se daju iz terapijskih razloga i ne koriste sa kao oblik kažnjavanja. Postoji dokumentacija u pisanom obliku za primenjenu terapiju. Terapijska sveska se u kovinskoj bolnici vodi datumski. Ako se lekovi daju vanredno, odnosno po potrebi, evidentiraju se kroz poseban protokol.

Istorije bolesti se vode na regularan način, sa čestim dekurzusima – periodičnim preseccima stanja bolesti. U bolnici nemaju iskustva sa davanjem na uvid dokumentacije pacijentima, članovima porodice, staraocima i pravnim zastupnicima. Takođe, ne postoji praksa prosljeđivanja medicinske dokumentacije u druge medicinske psihijatrijske ustanove ako se pacijent hospitalizuje u drugoj psihijatrijskoj

instituciji, kao ni ordinirajućem psihijatru u sredini u koju se pacijent vraća. Dokumentacija se može izneti iz ustanove jedino na zahtev suda.

Od lekara sa kojima smo obavili razgovor, dobili smo informaciju da se elektrokonvulzivna terapija u bolnici ne primenjuje, jer ustanova nema aparat. Pacijenti se za primenu EKT vode u Institut za mentalno zdravlje u Beogradu. U poslednje dve godine samo dva pacijenta su iz bolnice vođena u Institut radi primene EKT. U slučajju da se pacijent protivi primeni EKT, ne postoji nezavisno telo koje bi donelo konačnu odluku o tome, da li primeniti ovu terapiju.

Ista je situacija i sa hirurškim intervencijama somatske prirode. Odluku o intervencijama donosi tim lekara iz ustanove, na osnovu obavijenih specijalističkih konsultacija. Ako pacijent ne želi intervenciju, ne postoji nezavisno telo koje pregleda pacijenta i na taj način donosi odluku o neophodnosti predložene intervencije.

Zakon o zaštiti zdravlja Republike Srbije reguliše ovu oblast na detaljan način. Zakon je izričit u tome da svaki pacijent ima pravo da odluči o svakoj medicinskoj meri koja će nad njim biti primenjena. To znači, da je za svaku medicinsku meru potrebna pismena, usmena, ili prećutna saglasnost pacijenta, ukoliko joj se pacijent nije izričito protivio. Ovo podrazumeva da pacijent treba da bude podrobno informisan o tome kakva se medicinska mera predlaže i zbog čega, kakvi su, eventualni, efekti i posledice ove mere i kakvi su alternativni metodi lečenja, uključujući one manje restriktivne. Zakon je izričit u tome da pacijent ima pravo da odbije ovu meru, čak i ako mu je zbog toga ugrožen život. Ukoliko je pacijent poslovno nesposoban, staratelj donosi odluku umesto pacijenta. U zakonu postoji razlika u odnosu na stepen poslovne nesposobnosti. Zakon je izričit u tome da dete uzrasta iznad 15 godina ima pravo da samostalno donese odluku o primeni mere. Ova odredba bi se mogla odnositi i na lica kojima je delimično oduzeta poslovna sposobnost. Zakon jasno propisuje da svaki poslovno nesposoban pacijent treba da bude, makar uključen u proces donošenja odluke o primeni medicinske mere nad njim, u skladu sa njegovom sposobnošću za rasuđivanje. Na osnovu iznetog, evidentno je da bi se praksa primene medicinskih tretmana nad psihijatrijskim pacijentima morala potpuno promeniti, kako bi korespondirala domaćem pozitivnom pravu, a ne samo međunarodnim standardima.

Farmakoterapijski pristup u tretmanu pacijenata u Kovinu više je nego dominantan način lečenja. Pored framakoterapije, u lečenju pacijenata koristi se terapijska zajednica i povremeni razgovori psihijataru ili psihologa sa pacijentima.

Multidisciplinarni psihijatrijski tim u Kovinu sastoji se od dva do tri psihijatra, lekara na specijalizaciji psihijatrije, psihologa, socijalnog radnika i glavne odeljenske medicinske sestre. Pitanje koje se odmah nameće jeste, kako jedan zaposleni socijalni radnik može da učestvuje u radu svih odeljenskih timova kojih ima deset, ako se izuzmu interno, neurologija i odeljenje rehabilitacije.

Prema informacijama koje smo dobili od psihologa, terapijska zajednica uključuje sve na određenom odeljenju (i do osamdeset ljudi), dok na grupama obično bude desetak-petnaestak pacijenata. Postoje uslovi za individualni i grupni rad sa pacijentima. Individualnim radom najviše se bave psiholozi (psihodijagnostikom i psihoterapijom) u svojim kancelarijama, dok se u većim prostorijama odvija rad terapijske zajednice i socioterapijskih grupa.

Nema mnogo različitih pristupa i/ili orijentacija u tretmanu, obično se koriste bihejvioralne tehnike nagrađivanja, uče se socijalne veštine i sl.

Okupaciona terapija uključuje slikanje, šivenje, štrikanje, grnčariju (nedavno je nabavljena peć), sađenje cveća i sl., a cigarete su, obično, nagrada.

Tretmanu posebnih kategorija pacijenata ne pridaje se posebna pažnja (tu i tamo koristi se suport i kognitivni pristup u tretmanu depresivnih pacijenata). Potreba za nekom vrstom tretmana postoji, u osnovi, kod svih pacijenata. Individualni tretman koji upražnjava psiholog obavlja se "po potrebi", a grupne terapije odvijaju se jednom nedeljno (sa petnaestak pacijenata u grupi). Neki pacijenti nikada nemaju priliku da nasamo razgovaraju sa psihologom, neki provedu u proseku četiri sata kod psihologa kada su na psihodijagnostičkoj proceni, a jedan sat kada su na grupnoj terapiji.

Razgovori se zakazuju na jutarnjoj viziti, a pacijenti se često primaju i kada sami dođu.

Terapijska grupa se sastaje jednom nedeljno, sastanak traje jedan sat, a teme nekad određuju sami pacijenti, a nekada terapeuti (priča se o strahovima, snovima, odnosima sa ukućanima, nedostatku novca i sl.).

Pacijenti su učestvovali na Sportskim igrama psihijatrijskih pacijenata u Nišu; često se organizuju igranke, kvizovi, tombola i sl., umetničke aktivnosti se mahom odvijaju u sklopu radne terapije, a u samoj ustanovi se, ponekad, održavaju i predavanja i tribine. Problem je što je vrlo mali broj pacijenata uključen u ove aktivnosti (nema evidencije, po slobodnoj proceni manje od 10%).

O otpustu pacijenata odlučuje načelnik odeljenja (često se traži i psihološki nalaz i mišljenje).

I u kovinskoj bolnici, kao i u drugim psihijatrijskim bolnicama koje smo posetili, zaposleni su ukazali na jedan veoma bitan problem, a to je neadekvatan tretman psihijatrijskih bolesnika u zdravstvenim ustanovama koje se bave lečenjem somatskih bolesti. Lekari i drugo medicinsko osoblje ispoljavaju veliko nepoverenje prema pacijentima za koje znaju da imaju psihijatrijske dijagnoze. To nepoverenje se veoma često manifestuje tako da lekari u ovim ustanovama ne žele da zbrinu i hospitalizuju pacijente koji se leče u kovinskoj bolnici, čak i onda kada su ovi ljudi toliko bolesni da im je život ugrožen. Lekari u drugim bolnicama pruže neophodnu medicinsku pomoć jedino ukoliko se uz pacijenta neprekidno nalazi neko od zaposlenih iz kovinske bolnice. Pristaju da prime u bolnicu pacijenta i da ga tamo leče samo ukoliko su zaposleni iz kovinske bolnice spremni da dežuraju uz pacijenta 24 sata.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Psihijatrijsko lečenje nije zasnovano na individualizovanom pristupu, o njemu se ne razgovara sa pacijentom (ZZZ član 28, Principi UN, prin. 9. stav 2 i prin. 11. stav 2.), ne postoji poseban plan lečenja za svakog pacijenta, a spektar rehabilitacionih i terapijskih aktivnosti oskudan je tako da se lečenje, praktično, svodi na farmakoterapiju (ZZZ čl. 28, Standardi CPT/Inf. 98 (12) para. 37.);
- Pacijenti u psihijatrijskoj bolnici nemaju pravo na slobodan izbor lekara i

nemaju pravo na odlučivanje o tome da li će nad njima biti primenjena određena medicinska mera, ili ne, bez obzira da li su dobrovoljni pacijenti, ili su prinudno smešteni u bolnicu, (ZZZ članovi 31. 32. 33. 34 i posebno član 35. stav 4, Principi UN, prin. 11. stav 2.);

- Pacijenti ne dobijaju sistematski relevantne informacije od lekara o svom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja (Standardi CPT, Inf. (98)12. para. 41.);
- Pacijenti nemaju pravo uvida u svoj medicinski karton, niti pravo na informisanje o podacima iz svog medicinskog kartona (ZZZ član 36, Principi UN, prin. 18.);
- Pristup medicinskim dosijima pacijenata nije autorizovan, tako da poverljivost nije obezbeđena. Dosije se ne prosleđuje lekaru druge ustanove u koju se premešta pacijent, niti lekaru u zajednici po otpuštanju pacijenta (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 40.);
- Tretman pacijenata nije usmeren ka očuvanju i razvijanju njihove samostalnosti (Principi UN, prin. 9. stav 4.), naprotiv, evidentni su znaci hospitalizma, odn. zavisnosti od institucije, nezainteresovanosti za zbivanja van bolnice kao i progresivnog gubljenja sposobnosti za različite aktivnosti izvan institucije (apatija, manjak inicijative, gubitak individualne projekcije u budućnosti itd.);
- Psihijatrijski pacijenti su diskriminirani kada se pojavljuju u ulozi somatskih pacijenata (ZZZ član 20. i 26. stav 2, Principi UN, prin. 1. stav 4.);
- Zanimljivo je princip da bi svaka osoba sa mentalnim poremećajem trebalo da ima pravo da živi i radi, u onoj meri u kojoj je to moguće, u zajednici (Principi UN, prin. 3.);
- Pacijenti nemaju na raspolaganju odgovarajuće prostorije za rekreaciju niti odgovarajuće rekvizite (stolovi za stoni tenis oštećeni su, fudbalski teren je zapušten i sl.) (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 37.);
- U nekim medicinskim dosijeima nedostaju nalazi i mišljenja psihologa koji su urađeni, ali su negde "zatureni," (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 40).

### III Preporuke

- Za svakog pacijenta napraviti poseban plan lečenja;
- Doneti novi zakon o mentalnom zdravlju kojim će biti inkorporirana prava koja su predviđena međunarodnim dokumentima, pa između ostalog, da i pacijent, u skladu sa svojim duševnim stanjem, mora imati pravo na izbor lekara koji će ga lečiti i na pristanak na određenu medicinsku meru koja se nad njim primenjuje; kao i pravo da određenu meru može odbiti;
- Pacijenti moraju imati pravo uvida u svoj medicinski karton, što u određenim slučajevima može biti ograničeno, ali to ograničenje i njegovo sporvođenje mora biti propisano domaćim zakonom, na onaj način kako je propisano relevantnim

međunarodnim dokumentima;

- Zakonski regulisati obavezu da se pacijentov medicinski karton prosleđuje prilikom premeštaja pacijenta u drugu bolnicu, ili ustanove koje su od značaja za zdravlje pacijenta;
- Lekar mora konstantno da pruža iscrpne informacije pacijentu o njegovom zdravstvenom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja;
- Motivisati osoblje da na različite načine uspostavi iskren i kooperativan odnos sa pacijentom, kao i da mu stalno pomaže;
- Razvijati fundamentalne komponente psihosocijalnog rehabilitacionog tretmana (radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke i sportske aktivnosti), povećati broj radnih terapeuta, uključiti više psihologa i socijalnih radnika u pomenute aktivnosti, zaposliti stručnjaka za sportske aktivnosti, obnoviti terene, nabaviti nove rekvizite, a popraviti stare;
- Usmeriti tretman što je moguće više ka očuvanju samostalnosti pacijenata (ne praviti tazliku između terapije i rehabilitacije, započeti rehabilitaciju čim se uspostavi makar i minimalna kooperativnost pacijenta, pri započinjanju rehabilitacije, u zavisnosti od stepena oštećenja ličnosti, pristupiti, pre svega, razvijanju onog dela ličnosti koji je očuvan s ciljem što bolje socijalizacije);
- Pokrenuti tzv. zaštićene radionice i omogućiti nekim pacijentima da u njima rade (s obzirom na "tešku" psihopatologiju pacijenata, bio bi potreban duži rad u specijalnim zaštitnim radionicama u kojima bi akcenat bio više na radnoj terapiji, a manje na realnom radu);
- Boriti se protiv stigmatiziranja psihijatrijskih pacijenata (kao npr. Svetsko udruženje psihijatarata koje je pokrenulo kampanju protiv stigmatizacije shizofrenih pacijenata pod nazivom "Otvorite vrata"), posebno edukovati zdravstvene radnike jer se pokazalo da je upravo među njima velika zastupljenost negativnih ubeđenja o mentalnoj bolesti i manje optimističan stav o mogućnostima lečenja i resocijalizacije osoba sa mentalnim poremećajima, edukacija i kontakt su definisani kao najefikasniji principi promene stava, a značaj "dvosmerne edukacije" u zdravstvu, odn. među svim profilima stručnjaka koji se bave somatskom medicinom i mentalnim poremećajima, nemerljiv je;
- Rehabilitacija u bolničkim uslovima trebalo bi da bude samo prva karika u lancu pomoći osobama sa (teškim) mentalnim oboljenjima, na putu socijalne reintegracije i "povratka" u zajednicu tako da bi i sredinu (porodicu, šire sisteme) trebalo edukovati da shvati potrebe pacijenata (psiholozi i socijalni radnici obučeni za rad s porodicom i/ili terapiju porodice, sprečavanje članova uže porodice da izlaze u susret regresivnim potrebama pacijenta i njegovoj/njenoj potrebi za zavisnošću tako da ne naprave od svog doma azil za jednog pacijenta) u psihijatrijskim ustanovama prelaznog tipa (za parcijalnu hospitalizaciju poput dnevne bolnice) ne bi trebalo negovati suviše permisivnu atmosferu i/ili neprimereno niska socijalna očekivanja od pacijenata.

### 3. Osoblje

#### I

Stručno osoblje, zaposleno u kovinskoj bolnici čini: 18 neuropsihijatar/psihijatar, 2 specijalista interne medicine, 1 specijalista neurologije, 1 specijalista biohemije, 6 psihologa, a u trenutku posete još 6 lekara bilo je na specijalizaciji, dok je 6 lekara opšte prakse volontiralo. Vršilac dužnosti direktora bolnice je, takođe, specijalista psihijatar, ali je njegova trenutna funkcija menadžerske prirode. Bolnica ima samo 1-og socijalnog radnika sa VSS, 13 sestara sa VSS i 175 sestara sa SSS, 1-og nutricionistu sa VSS, 3 radna terapeuta sa VSS, 3 laboranta, 1-og sanitarnog tehničara, 2 fizioterapeuta i 1-og farmaceuta (svi sa SSS); ostalo osoblje čine zaposleni u tehničkom sektoru, uglavnom sa nižim kvalifikacijama, (11 portira, 19 KV radnika, 17 NK radnika, 54 spremačica i servirki). U Kovinu nema bolničara, a poslednja dvojica su otišla tokom protekle godine, uz otpremninu. Poput mnogih drugih zdravstvenih ustanova, i ovu bolnicu su u značajnoj meri pogodile mere Vlade, kojima su zaposlenima u zdravstvu (prosveti i sl.) ponuđene beneficije za napuštanje radnog mesta radi smanjivanja broja zaposlenih u javnom sektoru. Neselektivno napuštanje radnih mesta u budžetskim ustanovama izazvalo je dosta problema, jer su se upražnjena radna mesta praktično gasila, ostavljajući tako mnoge službe bez neophodnih kadrova. Utisak je da se upravo to dogodilo i u bolnici u Kovinu.

Sve medicinske sestre, koje imaju završenu srednju, ili višu stručnu školu, jesu sestre opšteg smera, jer školski sistem nije predvideo užu specijalizaciju srednjoškolskog medicinskog kadra u oblasti psihijatrije.

U bolnici radi šest psihologa koji, inače, pripadaju kategoriji zdravstvenih saradnika, jedan socijalni radnik i tri radna terapeuta, a samo dva psihologa i radni terapeuti bave se rehabilitacijom i/ili resocijalizacijom pacijenata i to samo manjim delom radnog vremena i mahom u dnevnoj bolnici, gde je smešten vrlo mali broj pacijenata (u vreme posete bilo ih je samo osamnaestoro), što je malo s obzirom na veliki broj pacijenata.

Prema rečima zaposlenih, oni jesu zainteresovani za dodatne edukacije. Problem je u nedostatku sredstava, jer ustanova nema dovoljno novca da bi finansirala dodatne edukacije za sve zaposlene koji su zainteresovani. U nekim slučajevim se pribegava kompromisu, pa pola edukacije plati ustanova, a pola radnik/radnica.

Nije bilo organizovano, niti na nivou ustanove, niti na nivou resornog ministarstva obuke zaposlenih u oblasti ne-fizičkog i manualnog savladavanja uznemirenih i nasilnih pacijenata.

Timski sastanci zaposlenih su redovni. Svakog dana, svi zaposleni prisustvuju "jutarnjem raportu", jednom mesečno se održava tzv. prošireni kolegijum sa svim psihijatrima i psiholozima, a jednom mesečno se sastaju svi psiholozi. Teme sastanaka variraju od usko stručnih do razmatranja svakodnevnih problema u radu.

Osoblje nije zadovoljno platom, posebno medicinske sestre i tehničari, kao ni uslovima rada (u mnogim kancelarijama nema telefona, testovi koje koriste psiholozi su zastareli, često nema hartije, olovaka itd.). Plate redovno stižu dva puta mesečno.

Plata je, po mišljenju osoblja, "očajno mala": psiholozi imaju platu od 24.000 dinara, otprilike koliko i glavna sestra, lekar-početnik oko 30.000, a specijalista oko 35.000, sestre i tehničari ispod 20.000, dok spremačice imaju ispod 15.000.

Svi procenjuju da je nivo stresa na poslu visok, pri čemu je najveći kod osoblja koje je zaduženo za prve kontakte sa pacijentima, odn. za tzv. prijem (dešava se da policija dovede pacijenta kod koga se, na prijemu, pronađe hladno i/ili vatreno oružje). Psiholozi su, u tom pogledu, nešto bolje zaštićeni i pod manjim stresom zato što na psihodijagnostičko procenjivanje dolaze pacijenti koji su prethodno već bili podvrgnuti farmakoterapijskom tretmanu, socijalni radnik je u sličnom položaju, a i u znatno manjem su kontaktu sa pacijentima, dok su radni terapeuti ugroženiji. Incidenti pri kojima je osoblje ugroženo relativno su česti, a psiholozi su, u tom pogledu, dosta "bezbedni." Takvih incidenata ima najviše na odeljenjima sa akutno uznemirenim pacijentima.

Povreda na poslu je bilo, ali opet je tu pod najvećim rizikom osoblje koje je zaduženo za prijem pacijenata (od kojih su mnogi agitirani i/ili neukrotivi) kao i medicinske sestre i tehničari koji su najčešće u kontaktu sa pacijentima, mada "niko nije siguran" (nedavno je dugogodišnji pacijent, do tada viđen kao miran i kooperativan, nožem napao doktoru). Psiholozi i socijalni radnici, koliko je poznato sagovornici od koje su dobijeni podaci, nisu bili povređivani, ali zato radni terapeuti jesu.

Psiholozi smatraju da višegodišnji rad u takvoj ustanovi dovodi do izgaranja na poslu ("burn out" sindrom).

#### II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Na nivou države i stručnih udruženja psihijatar ne postoji propisan etički kodeks za psihijatre, kao ni za druge stručnjake i medicinsko osoblje koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata (Preporuke SE 7. I tačka e)

- Bolnica nema dovoljno osoblja, posebno stručnog osoblja, koje bi obavljalo delatnost u oblasti radne terapije (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 42.). Isto važi i za Principi UN, prin. 14. stav 1. tačke a, b. (sa naglaskom na nedostatak odgovarajućih tehnika, testova i skala);

- Zbog neadekvatnog školskog sistema, bolnica nema kvalifikovan srednjoškolski medicinski kadar u oblasti psihijatrije. Zbog nedostatka obučenog kadra i malog broja radnih terapeuta, ne postoji adekvatan terapijski ambijent koji bi se manje oslanjao na medikamentoznu terapiju (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 44.);

- Pomoćno osoblje nije prošlo nikakvu edukaciju u radu sa psihijatrijskim pacijentima, pre nego što je primljeno na rad u bolnicu, niti je takva obuka upriličena tokom rada u ustanovi. Pomoćno osoblje nije pažljivo nadzirano od strane stručnog zdravstvenog osoblja (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 28. i 29.);

- Tokom vikenda i noću malo je potrebnog osoblja (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 30.);

- Kontrola osoblja od strane uprave nije dovoljna (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 31.);

- Timski sastanci postoje, ali su, često, samo formalni (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 45.);
- Spoljna stimulacija i podrška osoblju nije dovoljna i oni objektivno jesu potpuno izolovani od spoljnog sveta. Ne postoji dovoljna mogućnost za dodatnu obuku osoblja izvan ustanove, niti im se nudi šansa da posle određenog vremena pređu na rad u neku drugu ustanovu. Država, resorno ministarstvo, niti druge nadležne institucije ne stimulišu prisustvo nezavisnih osoba, studenata, istraživača Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 46).

### III Preporuke

- Na nivou profesionalnog udruženja doneti etički kodeks psihijatarata, drugih stručnjaka i medicinskog osoblja koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata;
  - Reformisati školski program u srednjim i višim stručnim školama, tako što bi se u sistem uvela posebna specijalizacija iz oblasti psihijatrije;
  - Pre stupanja na rad u bolnici organizovati posebnu obuku za pomoćno osoblje, kroz koju će biti upoznati kako i na koji način da postupaju sa pacijentima, kao i obuku o metodama nefizičkog savlađivanja otpora;
    - Povećati broj psihologa, radnih terapeuta i socijalnih radnika;
    - Omogućiti pomenutim kadrovima veći angažman na poslovima socijalne terapije;
    - Nabaviti savremenije i validnije tehnike, testove i skale;
    - Angažovati psihologe na proceni (preostale) radne sposobnosti i rehabilitacionih potencijala pacijenata;
      - Posvetiti veću pažnju pacijentima čiji su rehabilitacioni potencijal iscrpljeni;
      - Pažljivije nadzirati pomoćno osoblje;
      - Povećati kontrolu osoblja od strane uprave;
      - Intenzivirati komunikaciju među različitim profilima stručnjaka;
      - Stimulisati prisustvo nezavisnih osoba (studenata, istraživača, volontera), npr. ispitati sindrom izgaranja na poslu kod osoblja, istražiti vezu tzv. kvaliteta života i mentalnog poremećaja, posebno kod shizofrenih pacijenata i pacijenata sa afektivnim poremećajima sa rezidualnim hronicitetom, kakvih ima mnogo u Kovinu (promene u strukturi psihijatrijskog sistema zaštite, posebno premeštaj hroničnih pacijenata iz bolnica u zajednicu i pokret deinstitutionalizacije sa različitim službama za tretman, dnevnim i okupacionim strukturama i posebnim smeštajem, dovele su do šireg interesovanja za evaluaciju tih službi pa je koncept kvaliteta života postao mera ishoda uspešnosti raspoloživih službi) i sl;
        - Stimulisati permanentnu edukaciju osoblja (utisak je da je srednje medicinsko osoblje posebno zanemareno);
          - Poboljšati uslove rada osoblju, počevši sa opremanjem radnog prostora odgovarajućim nameštajem i tehnikom;
          - Povećati plate osoblju, imajući u vidu njihov težak posao i položaj u kojem se nalaze.

## 4. Sprečavanje zlostavljanja (torture)

### I

Tokom obilaska bolnice imali smo prilike da se susretnemo sa velikim brojem pacijenata koji su raspoređeni u različita bolnička odeljenja. Zbog ograničenog vremena posete nismo imali priliku da sa pacijentima razgovaramo individualno i nasamo. Nije bilo očiglednih indicija da su pacijenti na bilo koji način zlostavljani u bolnici, bilo od strane osoblja, bilo od strane drugih pacijenata. Iako nismo naišli na dokaze o zlostavljanju pacijenata, s obzirom na to da je mogućnost zlostavljanja povećana u institucijama zatvorenog tipa, ovo poglavlje treba da razmotri konkretne mehanizme u bolnici, koji predstavljaju garanciju da će svaki pokušaj zlostavljanja biti na vreme sprečen i adekvatno sankcionisan.

Prvo i osnovno pitanje koje može biti od velikog značaja za ovu dimenziju jeste izbor pomoćnog, nemedicinskog osoblja i njegova adekvatna obuka. Prilikom obilaska kovinske bolnice ni na jednom odeljenju nismo videli nemedicinsko osoblje koje je u neposrednom kontaktu sa pacijentima. Čak i u zatvorenom muškom odeljenju u popodnevnoj smeni, na primer, o pacijentima brinu tri dežurne medicinske sestre. Službu koja se prvenstveno brine o eksternoj bezbednosti ustanove čini 10 portira i šef. No, zaposleni koji predstavljaju nemedicinsko osoblje, a koje u određenim, delikatnim situacijama može biti od pomoći prilikom savladavanja agitiranih pacijenata, nije prošlo nikakvu specijalnu obuku pre nego što su zaposleni u ustanovi. Ovo osoblje nije pohađalo ni bazičnu obuku o radu sa psihijatrijskim pacijentima, kao ni specifične buke o manuelnim oblicima savlađivanja otpora.

Drugi, značajan element u kontekstu sprečavanja zlostavljanja jeste postojanje propisa, zakonskih i podzakonskih, kojima su garantovana prava pacijentima. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije postoje odredbe koje garantuju opšta prava građanima u domenu zdravstvene zaštite. Problem leži u činjenici što u odnosu na psihijatrijske pacijente ne postoji ni zakonski, niti podzakonski akt kojim bi taksativno bila pobrojana prava pacijenata koji su smešteni u psihijatrijske bolnice. Ovo posebno iz razloga što u oblasti psihijatrije postoji prisilni smeštaj i lečenje u psihijatrijskim bolnicama. Zakon o zdravstvenoj zaštiti predvideo je postupak podnošenja pritužbi zaštitniku prava pacijenata, ali je to osoba koja je zaposlena u samoj ustanovi, pa je i precepcija pacijenata o njihovoj nepristrasnosti znatno narušena. Pacijent prigovor može podneti i rukovodiocu procesa rada. Prigovor se podnosi pismeno, ili usmeno na zapisnik. Zaštitnik u roku od 5 dana mora sačiniti izveštaj o prigovoru i o tome obavestiti direktora ustanove, rukovodioca jedinice i lice koje je podnelo prigovor. Ukiliko je nezadovoljan nalazom, pacijent se može žaliti zdravstvenoj inspekciji. Da li je inspekcija obavezna da razmotri žalbu, Zakon ne kaže. Zaštitnik prava pacijenata ima obavezu da podnosi periodične izveštaje o prigovorima pacijenata direktoru ustanove i Ministarstvu zdravlja.

U kovinskoj bolnici, žena koja je zaposlena kao pravnik, ima funkciju zaštitnika pacijentovih prava. Prema njenim rečima do sada nije imala nikakve pritužbe koje bi se odnosile na nezadovoljstvo pacijenata tretmanom, lečenjem, ili ponašanjem zaposlenih. Pacijenti joj se uglavnom obraćaju zbog nekih problema koje imaju van bolnice, sa prodicom, ili nekih imovinskih problema, koje ne spadaju

u delokrug njenog rada. Pored zaštitnika prava pacijenata, od zaposlenih u bolnici formira se i Komisija za unutrašnji stručni nadzor koja se bavi ispitivanjem značajnijih, incidentnih situacija koje se mogu odnositi i na način lečenja i tretman pacijenata. Zakon nije ustanovio nezavisno telo koje bi se bavilo ispitivanjem položaja pacijenata, niti razmatranjem njihovih pritužbi na tretman, način lečenja ili odnos sa zaposlenima. Iz priloženog možemo zaključiti da se u slučaju bilo kakvog incidenta u bolnici pacijenti mogu obratiti zaposlenima u ustanovi koji u prvom stepenu odlučuju o toj pritužbi. Ukoliko je pacijent dobro obavešten (ovo zavisi isključivo od ličnog angažmana samog pacijenta) on se može obratiti i Zdravstvenoj inspekciji Ministarstva zdravlja kao drugostepenom organu. Nije precizno utvrđeno kada, kako i da li uopšte drugostepeni organ ima obavezu da odgovori na žalbu pacijenta i preispita je. Ne postoji nikakav pisani informator koji bi ukazao pacijentima na mogućnost da svoje pritužbe mogu uputiti zaštitniku pacijenata, da je ovaj dužan da u roku od 5 dana sačini pismeni nalaz i da ukoliko nisu zadovoljni tim nalazom, mogu se žaliti Zdravstvenoj inspekciji. Neposredni kontakt sa svojim zaštitnikom mogu ostvariti pacijenti u otvorenom tretmanu, a oni koji se nalaze u zatvorenom, mogu kontaktirati indirektno, preko zaposlenih, ili kada, eventualno, budu prebačeni u otvoreni tretman.

Pored manjkavosti u propisanoj proceduri podnošenja pritužbi pacijenata nezavisnom telu, mimo bolnice i mimo sistema resornog ministarstva, ni procedura oko primene sredstava kojim se ograničava sloboda kretanja uopšte nije propisana. O ovome će biti reči u poglavlju koje se odnosi na primenu ovih sredstava.

Iako se pošta koju šalju i primaju pacijenti ne proverava, niti se ograničava pravo pacijentima da koriste telefon, ova prava pacijenti koji se nalaze u zatvorenom tretmanu ne mogu uživati neposredno. U zatvorenom odeljenju ne postoji telefonska govornica, niti poštansko sanduče. To znači da pacijenti u zatvorenom tretmanu mogu komunicirati sa spoljnim svetom (napisati pismo, predati pismo, ili dopis) samo preko zaposlenih. Telefonirati mogu samo ukoliko im osoblje dozvoli da koriste službeni telefon.

Tokom popodnevni smena i noću sa pacijentima ostaju medicinske sestre, nemedicinsko osoblje i samo jedan lekar. U akutnom muškom odeljenju, u kome je bilo smešteno 69 pacijenata, u popodnevnoj smeni i tokom noći, ostaju po tri medicinske sestre. Ista je situacija i na drugim zatvorenim odeljenjima, dok na otvorenim odeljenjima u popodnevnoj i noćnoj smeni dežuraju po dve sestre. To praktično znači da odnos pomoćnog osoblja prema pacijentima, kao i međusobni odnosi među samim pacijentima, mogu biti brižljivo nadzirani samo tokom preprodneva. Istovremeno, ovakva situacija dovodi u pitanje bezbednost osoblja i samih pacijenata. U uslovima ovako slabog nadzora u popodnevni i noćni časovima, osnovano je pretpostaviti da je smeštanje pacijenata u zatvoreni tretman, pre svega uslovljeno potrebom da se ograniči njihova sloboda kretanja, a ne zbog sprovođenja specifične medicinske terapije i tretmana.

Poseban problem može predstavljati nepostojanje alarmnog sistema u zatvorenim odeljenjima. Za tu svrhu se koriste telefoni na odeljenjima. S obzirom na to, da na odeljenju sa agitiranim pacijentima nema dovoljno osoblja, te kad je potrebno savladati uznemirene pacijente, osoblje koristi druge pacijente radi imobilizacije agitiranih.

Nadzor nad radom ustanove vrše pokrajinska i republička inspekcija iz resornog sekretarijata, odnosno ministarstva. Inspekcije vrše stručni nadzor u pogledu tretmana pacijenata, čuvanja i vođenja dokumentacije, sagledavanja opšteživotnih uslova u bolnici. U prošloj godini, bolnicu je posetila inspekcija iz Ministarstva zdravlja. Najviše preporuka se odnosilo na opšteživotne uslove u bolnici i potrebu ulaganja sredstava u temeljne popravke i opremanje bolnice. Ove preporuke uprava nije bila u mogućnosti da primeni, s obzirom na to da u tekućem budžetu nema sredstava za ulaganja u takve svrhe. Ranije smo pomenuli da ne postoji nezavisno telo, ili komisija koja bi se bavila isključivo pravima pacijenata i koja bi bila neka vrsta garancije i kontrolnog mehanizma za zaštitu prava pacijenata, posebno onih koji su prisilno smešteni u bolnicu.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Pomoćno osoblje nije posebno edukovano o radu sa psihijatrijskim pacijentima, niti o načinima nenasilnog, manualnog savladavanja otpora (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 28.);
  - Pacijenti pomažu osoblju u obuzdavanju uznemirenih pacijenata. Pomoćno osoblje nije nadzirano od strane stručnog osoblja (lekara, uprave, rukovodećeg medicinskog kadra) u popodnevni časovima i tokom noći. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 29. i 30.)
    - Prava psihijatrijskih pacijenata nisu precizno regulisana. Nije utvrđen poseban žalbeni postupak. Nije ustanovljeno posebno telo izvan sistema koje bi se bavilo pravima pacijenata. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27. i 55, Principi UN prin. 12. stav 1. i prin. 21.);
      - Pored stručnog nadzora koje nad radom ustanove vrši inspekcija iz resornog ministarstva, ne postoji nijedno nezavisno telo koje bi periodično vršilo monitoring nad radom bolnice u cilju zaštite prava pacijenata (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27, Principi UN prin. 22, Preporuke SE prepo 7. II tačka f.);
        - Kontakt pacijenata u zatvorenom odeljenju redukovno je, jer se vrši isključivo posredstvom osoblja bolnice. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27. i 54.);

## III

### Preporuke

- Poklanjati posebnu pažnju prilikom izbora pomoćnog osoblja koje će raditi u bolnici. Organizovati specijalne edukacije za pomoćno osoblje o radu sa psihijatrijskim pacijentima i upoznati ga sa tehnikama nefizičkog i manualnog savladavanja otpora;
  - Zaposliti dovoljan broj stručnog osoblja kako bi se izbegla situacija da se pacijenti koriste u savladavanju uznemirenih i agitiranih pacijenata;
  - Napraviti takav raspored rada da stručno osoblje (psihijatri) budu prisutni u bolnici tokom popodneva i noću;

- Hitno je potrebno usvojiti odgovarajuće zakonske i podzakonske akate kojima će precizno biti regulisana prava pacijenata, sa naglaskom na jasno definisan žalbeni postupak posebno ustanovljenom telu izvan bolnice. Ovo telo mora da ima vrlo precizna ovlašćenja i obavezu da u određenom roku preispita žalbu i preduzme odgovarajuće korake ukoliko ustanovi povredu propisanih prava;
- Ustanoviti posebno telo koje će vršiti monitoring bolnice radi ispitivanja da li se i na koji način poštuju propisana prava pacijenata, posebno onih koji su prinudno smešteni;

## 5. Sredstva za ograničenje slobode kretanja

### I

Neuropsihijatrijske bolnice imaju zatvorena odeljenja u koja se smeštaju oni pacijenti čija sloboda kretanja mora biti specijalno nadzirana od strane osoblja. Pomenuli smo da su zatvorena odeljenja u kovinskoj bolnici – akutno muško i žensko i psihogerijatrijsko. U momentu naše posete u ovim odeljenjima nalazilo se oko 180 pacijenata.

Pacijenti koji budu primljeni u bolnicu smeštaju se u zatvorena odeljenja, dok se ne proverí njihovo zdravstveno stanje. Pacijenti koje se nalaze u otvorenom režimu, smeštaju se u zatvorena odeljenja kada se njihovo stanje pogorša do mere da predstavljaju opasnost po zdravlje i ličnu bezbednost, kao i po bezbednost zaposlenih i drugih pacijenata. Prema informacijama koje smo dobili od zaposlenih, u zatvoreno odeljenje se smeštaju i oni pacijenti koji su samovoljno pokušali da napuste bolnicu, bez odobrenja lekara. Odluka o izolaciji je bazirana na procenama tima stručnjaka, psihijatará.

Pacijentima u zatvorenom odeljenju kretanje je ograničeno, oni ne mogu izlaziti napolje, van odeljenja na kojem se nalaze. Kreću se po sobama, po hodniku, kupatilima i prostorijama za dnevni boravak u njihovom bolničkom krilu. Veći broj pacijenata na ovom odeljenju ostaje po nekoliko meseci.

Tim lekara odlučuje kada ovi pacijenti mogu biti prebačeni na druga odeljenja. Uputstva, ili procedura smeštanja u zatvoreno odeljenje nije propisna. Nije predviđena mogućnost ulaganja žalbe na smeštaj u zatvoreno odeljenje, niti je propisana automatska revizija odluke u određenim vremenskim intervalima.

Pacijenti u zatvorenom tretmanu retko zimi izlaze izvan bolničke zgrade, na svež vazduh. Zbog nedostataka osoblja nije moguće obezediti svim pacijentima dnevni boravak na svežem vazduhu.

Iako su ovi pacijenti smešteni u zatvoreno odeljenje zbog navodnog pogoršanja njihovog stanja, odnosno iz razloga što mogu predstavljati opasnost po sebe i druge pacijente, baš na ovim odeljenjima prenaseljenost je najveća. Već smo pomenuli da je u muškom akutnom odeljenju prostor između kreveta toliko mali, da se kreveti dodiruju. Još više zbunjuje podatak da sa tolikim brojem pacijenata koji

se navodno nalaze u akutnim psihičkim stanjima i koji su agitirani do te mere da predstavljaju opasnost po sebe i druge, u popodnevnoj i noćnoj smeni ostaju samo po tri medicinske sestre.

Ukoliko bi se stanje većini pacijenata koji se nalaze u zatvorenom odeljenju popravilo do mere da se mogu prebaciti na druga odeljenja, postavlja se pitanje gde bi ti ljudi mogli biti prebačeni, jer su kapaciteti na drugim, otvorenim odeljenjima bili skoro ispunjeni. Na primer, na hroničnom muškom odeljenju, u momentu naše posete, bilo je slobodno samo nekoliko mesta. U takvoj situaciji, moguće je za pretpostaviti, da se pojedini pacijenti na zatvorenom odeljenju zadržavaju duže nego što je potrebno, dok se ne ukaže slobodno mesto na nekom drugom odeljenju.

Psihogerijatrijsko odeljenje je zatvorenog tipa. U njemu je smešteno oko pedeset pacijenata, uglavnom starih ljudi, koji pate od različitih oblika staračke demencije. Odeljenje je zaključano i pacijenti ne mogu izlaziti van bez strogog nadzora osoblja. Ispred zgrade se nalazi jedan travnati prostor koji je opasan žičanom ogradom. Ovi pacijenti u većini slučajeva jesu pod zatvorenim režimom, jer mogu odlutati i izgubiti se. Kada je lepo vreme i kada je dovoljno toplo (svi pacijenti su u pidžamama), pacijenti se izvode u taj ograđeni prostor. Zbog malog broja zaposlenih koji rade na odeljenju, nemoguće je paziti na sve pacijente, pa se drže u zatvorenom režimu, kako bi se moglo nadzirati njihovo kretanje.

Ako je pacijent ekstremno uznemiren, sprovodi se fizička imobilizacija, pri čemu ne postoji jasno definisana procedura kojom bi se sprečila mogućnost prelaska ovakvog terapijskog tretmana u torturu. Pojam ekstremne agitacije je stvar lične procene medicinskog osoblja. Ne postoje nikakva formalno propisana pravila i postupci upotrebe sredstava za fizičko obuzdavanje. Ne vodi se ni poseban registar pacijenata nad kojima su primenjena sredstva obuzdavanja. Informacija o potrebi imobilizacije pacijenata nalazi se u raportnoj knjizi koja se vodi na svakom odeljenju, uz usmeni nalog lekara, bez njegovog potpisa, sa naznakom u knjizi da je obavljena konsultacija ordinirajućeg psihijatra i da je po njegovom nalogu primenjena fizička imobilizacija. Pacijenti se fiksiraju pomoću kožnih kaiševa za krevet. Imobilizacija se vrši pred drugim pacijentima, jer ne postoji posebna soba za fiksiranje uznemirenih pacijenata. Prema informacijama koje smo dobili, gotovo uvek postoji neki pacijent u bolnici koji je imobilisan. Porodica i staratelji se ne obaveštavaju o fiksiranju pacijenta, jer ne postoji propisana obaveza da bolnica o takvim merama mora obavestiti porodicu, ili pacijentovog staraoca.

Kako ne postoje formalno propisana pravila i postupci za upotrebu sredstava za fizičko obuzdavanje na odeljenjima, ne zna se kad, kada, i koliko dugo se primenjuju. Osoblje nije obučeno nefizičkim i manuelnim tehnikama obuzdavanja koje su primerene situacijama, čiji cilj mora da bude najmanja šteta za pacijenta i okruženje. Shodno tome postoji samo usmene instrukcije o načinima delovanja u kriznim situacijama. Pacijenti se koriste u tzv. grupama za hitne slučajeve zajedno sa osobljem za obuzdavanje uznemirenih pacijenata. Na terapijskoj zajednici se određuje među pacijentima šef i pomagači koji štite osoblje i njih same od potencijalne agresivnosti pacijenta pojedinca, ili grupe.

U bolnici ne postoje samice, pa se ova mera ne koristi kao sredstvo za ograničenje slobode kretanja.



## II

## Neusklađenosti ili odstupanja

- Metodi i načini ograničenja slobode kretanja uopšte nisu definisani, ni na nivou države, ni na nivou bolnice. Ne postoje popisana pravila kada, kako i pod kojim uslovima pacijenti mogu biti smešteni u zatvoreni tretman. Nije uopšte utvrđeno kada, kako i pod kojim uslovima ovaj režim prestaje za pacijenta. Isto sa odnosi i na druga sredstva kojima se ograničava sloboda kretanja, kao što je vezivanje pacijenata (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 47, Principi UN prin. 11. stav 11.);
- Niko od osoblja nije prošao posebnu obuku o načinima i metodama nenasilnog i manualnog savladavanja otpora (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 47.);
- Ne postoji posebno ustanovljen registar u koji se upisuju situacije u kojima je pacijentima bila ograničena sloboda kretanja (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 50.);
- Pacijenti pomažu osoblju u obuzdavanju uznemirenih pacijenata (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 29.).

## III

## Preporuke

- Zakonom predvideti metode ograničenja slobode kretanja, tačno određene slučajeve i vremenski okvir u kojem se može ograničiti sloboda kretanja za pacijente, kao i postojanje nezavisnih organa, ili tela koje će imati obavezu da na zahtev pacijenta preispitaju odluku o ovom ograničenju;
- Unutrašnjim bolničkim pravilnikom utvrditi kako, kada, pod kojim uslovima pacijent mora biti smešten u zatvoreni tretman. Predvideti obavezne revizije odluke o smeštaju u pravilnim vremenskim intervalima;
- Na nivou bolnice doneti precizne smernice o postupku obuzdavanja agitiranih i uznemirenih pacijenata;
- Fiksiranje, kao krajnju meru, koja je regulisana i posebnim bolničkim pravilnikom, obavljati u posebnoj prostoriji, mimo prisustva ostalih pacijenata;
- Organizovati posebnu edukaciju za osoblje o nefizičkim i manualnim načinima savladavanja uznemirenih pacijenata;
- Ustanoviti poseban registar u koji će biti upisani svi relevantni podaci o fiksiranju (ko je naredio fiksiranje, zbog čega, ko je od osoblja u tome učestvovao, koliko je fiksacija trajala, eventualne povrede koje su nanete pacijentu prilikom obuzdavanja);
- Pacijente ne koristiti u slučajevima obuzdavanja i imobilizacije drugih pacijenata.

## 6. Garancije u kontekstu prisilnog smeštaja

## I

Nismo uspeali da dobijemo preciznu informaciju o broju pacijenata prisilno smeštenih u kovinsku bolnicu. Okviran podatak glasi da ih ima oko deset, međutim, s obzirom na to, da se, prema navodima zaposlenih, u akutnim odeljenjima nalaze i pacijenti koji su pokušali da pobegnu, ili samovoljno napuste bolnicu, ukazuje na mogućnost da je broj pacijenata koji se u bolnici leče bez njihovog slobodno iskazanog pristanka, znatno veći. Prilikom prisilnog smeštaja pacijenata, primenjuju se odredbe Zakona o vanparničnom postupku Republike Srbije.

Ustanovljena praksa prijema u bolnicu funkcioniše na sledeći način: osoblje pribavlja saglasnost za smeštaj u psihijatrijsku ustanovu (dobrovoljni pristanak), tako što pacijent potpisuje na prijemu "Izjavu o dobrovoljnom pristanku na boravak i lečenje". Potpisivanje "Izjave" vrši se, uvek, u prisustvu dva građanina, koji nisu zaposleni u ustanovi, nisu lica koja su dovela pacijenta, niti lica, po čijoj je prijavi pacijent doveden u bolnicu. Obično su svedoci prijema bivši radnici ove ustanove koji stanuju u blizini i dolaze po pozivu. Pre dobrovoljnog prijema, pacijentu se ne predočava poseban plan lečenja koji sadrži dijagnozu, razlog predloženog tretmana, metode lečenja, očekivano trajanje bolničkog tretmana, alternativne mogućnosti lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Na osnovu ovoga, može se zaključiti, da je postupak potpisivanja izjave o pristanku na boravak i lečenje krajnje rutinski i formalizovan. Formular se čuva u istoriji bolesti. Ako "Izjava o dobrovoljnom pristanku na boravak i lečenje" nije potpisana odmah, zbog nepostojanja saradnje sa pacijentom u trenutku prijema, ostavljena je mogućnost da se naknadno potpiše i da na ovaj način prinudna hospitalizacija postane dobrovoljna.

U slučajevima kada nije moguće dobiti dobrovoljni pristanak pacijenta, bolnica šalje nadležnom opštinskom sudu obaveštenje o prisilnom smeštaju. Na osnovu tog obaveštenja i mišljenja lekara iz bolnice, sud donosi rešenje kojim se određuje prisilni smeštaj na određeno vreme. Sud ne vidi pacijenta, ne oranzuje se nikakvo nezavisno veštačenje, ili pregled, koji bi obavili veštaci koji nisu zaposleni u bolnici, niti pacijent ima mogućnost da angažuje bilo kakvog advokata, ili branioca koji bi zastupao njegove interese u sudskom postupku. Drugim rečima, ukoliko to ne učini porodica, sud nije u obavezi da dodeli advokata prisilno smeštenim pacijentima. Sud u postupku ne izvodi nikakve druge dokaze, sem mišljenja i nalaza lekara iz bolnice. Rešenje o prisilnom smeštaju dostavlja se bolnici, ne pacijentu lično, tako da se oni obično i ne žale na rešenje o prisilnom smeštaju. Iz ovoga se može zaključiti da sudovi samo formalno verifikuju ono što od njih traži bolnica.

Prijem se registruje kroz prijemnu službu upisivanjem u prijemnu knjigu i otvaranjem istorije bolesti. Dokumentacija o prisilnom, ili dobrovoljnom prijemu pacijenata obavezno se nalazi u istoriji bolesti i dostupna je medicinskom i nemedicinskom osoblju bolnice.

Na osnovu zakonskih propisa i prakse koja je iz njih proizašla, možemo zaključiti da za pacijente ne postoje dovoljne garancije koje bi isključile, ili suzile mogućnost zloupotrebe prilikom prijema u bolnicu i boravka u njoj. Zbog toga se

broj od samo deset pacijenata koji su prisilno smešteni u bolnicu, može prihvatiti sa određenom rezervom.

Pored prisilnog smeštaja u bolnicu zbog lečenja, nadležni sud može narediti i prisilni smeštaj u bolnicu radi ekspertize nečijeg duševnog stanja. U momentu naše posete samo jedna osoba nalazila se u bolnici radi ekspertize. Nismo uspjeli da dobijemo podatak koliko se dugo već nalazi u bolnici, ali nas je prilično začudila informacija, da do sada nijedna osoba, koja je bila u ovoj bolnici radi ekspertize, nije proglašena mentalno zdravom. Ovaj podatak je dobijen od veoma iskusnog lekara, psihijatra koji radi u bolnici dugi niz godina.

O garancijama tokom smeštaja pisali smo u prethodnim delovima izveštaja. Bolnica nije izdala brošuru u kojoj bi bilo objašnjeno pacijentu i njegovoj porodici o načinu postupanja u bolnici, kao ni o pravima pacijenta tokom lečenja u njoj. O kućnom redu pacijenti informacije dobijaju od medicinskog osoblja sa odeljenja. Nedostaje jasna i precizna informacija pacijentima o postupku podnošenja pritužbi i žalbi, posebno telima izvan ustanove.

Oni pacijenti koji se nalaze u otvorenom tretmanu mogu nesmetano komunicirati sa spoljnim svetom. Formalno, ne postoji nikakvo ograničenje u pogledu prava na dopisivanje, posete, prijem paketa. Ipak, već smo pomenuli, ova su prava pacijentima u zatvorenom režimu prilično redukovana.

Prisilno smešteni pacijenti otpuštaju se onda kada stručno osoblje proceni da je zdravstveno stanje pacijenta takvo da može uspešno nastaviti lečenje van bolnice. Ukoliko se nakon isteka vremenskog perioda, koji je sud u rešenju ustanovio, ukaže potreba da se lečenje produži, pokreće se postupak za donošenje novog sudskog rešenja o produženju lečenja.

Pacijent koji je dobrovoljno smešten nema informaciju da ustanovu može napustiti kad god to poželi. Retko se dešava da pacijent izrazi želju da bude otpušten, jer ne zna da kao dobrovoljni pacijent može zahtevati da ode iz bolnice. Ako neko od pacijenata i izrazi želju da prekine lečenje i ode svojoj kući uglavnom mu se objašnjava "da to za njega nije dobro i da je bolje da ostane još malo". Ukoliko, ipak, insistira na tome da izađe iz bolnice, a osoblje smatra da treba da ostane da se leči, navodno se pokreće postupak za prinudnu hospitalizaciju. Osoblje nije bilo u mogućnosti da nam pruži precizan podatak o učestalosti ovakvog postupanja.

Veliki problem sa kojim se bolnica suočava jeste dugi boravak jednog broja pacijenata u bolnici. Ima pacijenata koji u bolnici žive preko 20 godina. To su, uglavnom, socijalno ugroženi ljudi, bez podrške porodice, koji nisu dobili mesta u odgovarajućim domovima socijalne zaštite.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

Prilikom dobrovoljnog pristanka na lečenje pacijentu se ne predočava poseban plan lečenja koji treba da sadrži dijagnozu, razlog predloženog tretmana, metode lečenja, očekivano trajanje bolničkog tretmana, alternativne mogućnosti lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne (ZZZ, čl. 28, Principi UN, prin. 9. stav 2. i prin. 11. stav 2.)

Prilikom donošenja odluke o tome da li treba potvrditi, ili ne prinudni smeštaj u bolnicu, sudovi nisu u obavezi da pribave i mišljenje nezavisnih sudskih veštaka mimo bolnice, već se oslanjaju isključivo na mišljenje lekara iz bolnice (Principi UN, prin. 17. stav 1, Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 51.);

Sud nije u obavezi da angažuje advokata licu protiv koga se vodi postupak prinudnog smeštaja, čak ni onda kada pacijent nema mogućnost da sam angažuje i plaća advokata, (Principi UN, prin. 18. stav 1, Principi SE prin. 4. stav 2, Preporuke SE prepo. 7. II, tačka e.);

Pacijentu koji ne poznaje srpski jezik kao zvanični, sud nije u obavezi da obezbedi prevodioca (Principi UN, prin. 18. stav 2.);

U najvećem broju slučajeva, sud uopšte ne poziva pacijenta na ročište, niti vidi pacijenta pre nego što odluči o smeštaju u bolnicu (Principi UN, prin. 18. stav 5.);

Kopija rešenja o prinudnom smeštaju nikada se ne dostavlja i samom pacijentu (Principi UN, prin. 18 stav 8, Principi SE, prin. 4. stav 2.);

Na prijemu pacijenti ne dobijaju brošuru (štampanu informaciju) u kojoj će biti taksativno navedena sva prava koja pacijent ima po zakonu. Ovo se posebno odnosi na prisilno smeštene pacijente (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 53, Preporuke SE, prepo. 7. I, tačka d.);

Ne postoji delotvoran žalbeni postupak koji podrazumeva mogućnost pacijenata da komunicira u poverenju sa jasno definisanim telom mimo ustanove (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 53.);

Kontakt sa spoljnim svetom pacijenata u zatvorenim odeljenjima, a pre svega, pravo na telefoniranje i slanje pisama, nije organizovano tako da se ostvaruje neposredno, a ne preko zaposlenih (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 55, Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka c.);

Mnogi pacijenti žive u bolnici po 20 i više godina. Država nema odgovarajuće mehanizme koji bi garantovali najadekvatniji tretman lica koji su u isto vreme i psihijatrijski pacijenti, a i socijalno ugroženi, bez podrške porodice (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 57).

## III

### Preporuke

Svakom pacijentu (dobrovoljnom) pre prijema predočiti plan lečenja koji će sadržati informacije o dijagnozi, razlozima predloženog tretmana, metodama lečenja, očekivanom trajanju bolničkog tretmana, alternativnim mogućnostima lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Ovaj plan lečenja treba sačiniti i za pacijente koji su prisilno primljeni, on treba da bude dostupan kako samim pacijentima, tako i njihovim zastupnicima i drugim relevantnim institucijama (sudu), a koje treba da donesu odluku o smeštaju;

Doneti novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja (usklađen sa Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i njenim tumačenjem iskazanim kroz odluke Evropskog suda za ljudska prava) u kojem će biti precizno definisan postupak prisilnog prijema pacijenata, koji će sadržavati obavezu da sudija mora pribaviti mišljenje nezavisnog eksperta, a ne doneti odluku samo na osnovu nalaza lekara iz bolnice;

- Novi zakon mora sadržati obavezu suda da obezbedi advokata licu protiv koga se vodi postupak prisilnog prijema u bolnicu. Ukoliko je lice dovedeno po prijavi porodice, sud treba da mu odredi advokata, to ne treba da čini porodica, jer bi to onda bio sukob interesa;
- Novi zakon mora predvideti obavezu da sud mora videti pacijenta pre nego što donese odluku o smeštaju;
- Pacijentu koji ne poznaje srpski jezik, sud je obavezan da obezbedi i prevodioca u postupku;
- Odluku o prisilnom prijemu dostaviti pacijentu lično i ukoliko želi da se žali na odluku, obezbediti mu advokata koji će mu pomoći da napiše žalbu;
- Nakon što država donese novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja i odgovarajuće podzakonske akte, bolnica treba da napravi brošuru koja će sadržavati informacije o svim pravima pacijenata, kao i precizna uputstva na koji način i u kom postupku pacijenti mogu zaštititi svoja prava;
- Zakonom predvideti posebno telo, mimo bolnice, koje će imati obavezu da preispita žalbe i predstavke, da donese odluku u odgovarajućem roku;
- Ustanoviti posebnu komisiju, mimo sistema Ministarstva zdravlja i Vlade, čija će obaveza biti da vrši monitoring psihijatrijskih bolnica u cilju zaštite prava pacijenata;
- U zatvorena odeljenja instalirati telefonske govornice i sandučice u koje će pacijenti moći da ubace predstavke i žalbe zaštitniku njihovih prava;
- Napraviti zajedničku strategiju na relaciji Ministarstvo zdravlja – Ministarstvo za rad i socijalnu politiku, kako bi se i u Srbiji započelo sa postupkom deinstitucionalizacije lica koja su do sada živela u bolnicama i domovima socijalne zaštite, s tim što prioritet u rešavanju treba da imaju ljudi sa najtežim problemima i najvećim potrebama.

## SPECIJALNA NEUROPSIHIJATRIJSKA BOLNICA “DR SLAVOLJUB BAKALOVIĆ” U VRŠCU

Datum posete: 5. decembar 2006. godine  
Populacija: punoletni žene i muškraci  
Broj žena: 276  
Broj muškaraca: 560  
Sastav tima: dva pravnik, neuropsihijatar i klinički psiholog

### 1. Kvalitet života

#### I

##### a) Arhitektonsko-tehnički uslovi

Poput ostalih ustanova iste ili slične namene, i psihijatrijska bolnica u Vršcu se nalazi na udaljenosti od nekoliko kilometara od centra grada, izolovana od zajednice, ali ipak ne u meri kao što je to slučaj sa kovinskom bolnicom. Takvom utisku doprinosi činjenica da je na samom ulazu u kompleks smeštena relativno nova zgrada u kojoj se nalazi uprava, a u prizemlju je ambulatno-poliklinička služba, čije usluge koriste različiti pacijenti – građani Vršca i okoline. Ovaj objekat je sagrađen 70-tih godina i u pristojnom je stanju. Uprava je posebnu pažnju posvetila izgledu i uređenju prizemnog dela, gde se nalaze ambulante, ali i prijemni deo za psihijatrijske pacijente. Ovaj deo je čist, zidovi su sveže okrečeni, a podovi popločani keramičkim pločicama; ima dosta prirodnog i veštačkog svetla i ukrasnog zelenila.

Inače, neuropsihijatrijska bolnica je osnovana 1953. godine i od tada se nalazi na istoj lokaciji. U sklopu kompleksa danas se nalazi ukupno 32 objekta, raspoređenih na velikoj površini koja uključuje i sopstvenu poljoprivrednu ekonomiju. Izuzev već pomenute polikliničke zgrade, i kuhinje (izgrađene pre 25–26 godina), ostali objekti većinom datiraju iz 20-tih godina prošlog veka, i prvobitno su bili namenjeni uzgoju i smeštaju konja. Od tada, jedine velike investicije su bile postavljanje kanalizacione mreže pre 30 godina i toplovoda, koji je samo delimično urađen tokom 2005. godine. Do sada je u izgradnju toplovoda utrošeno oko 5 miliona dinara (3 miliona je obezbedilo Ministarstvo zdravlja, a ostatak bolnica iz sopstvenih prihoda), a za njegov završetak je potrebno još 3,5 miliona. U međuvremenu je kanalizacija dotrajala, keramičke cevi neprekidno pucaju ili su zapušene, a kanalizacioni sadržaj izliva se napolje ugrožavajući i sistem, i sanitarnu bezbednost. Bolnica nema drugu

mogućnost nego da ovakve i slične probleme rešava ad hoc – onda i tamo gde se pojave. Ukupno stanje infrastrukture je takvo da zahteva kompletnu promenu, za šta nema sredstava. Primera radi, finansijskim planom je bolnici namenjeno oko 1,5 miliona dinara za tekuće održavanje, a toliko je koštao samo grejni kotao koji je bolnica morala da kupi u 2005. godini.

Osnivač vršačke bolnice je Pokrajinski sekretarijat za zdravstvo i socijalnu politiku AP Vojvodine. Međutim, bolnica je finansirana isključivo iz budžeta Republike Srbije i nalazi se pod ingerencijom Ministarstva zdravlja. Godišnji bužet bolnice iznosi 243 miliona dinara. Pored toga, bolnica dobija na godišnjem nivou još 16 miliona dinara, čime država finansira trokove smeštaja i medicinskog tretmana forenzičkih pacijenata. Bolnica dugi niz godina nije dobijala nikakve donacije.

Prema planu mreže zdravstvenih ustanova, specijalna neuropsihijatrijska bolnica u Vršcu ima predviđen kapacitet za smeštaj 900 pacijenata. U vreme posete, u bolnici je bilo ukupno 836 pacijenata. U ustanovi je u toku izrada novog Statuta u kom je predviđena i promena naziva u "Specijalna psihijatrijska bolnica", kao i nova sistematizacija radnih mesta, prema propisanom kapacitetu. Ovaj podatak ne bi imao veliku važnost da ne ukazuje na opredeljenje Ministarstva zdravlja da i u budućnosti zadrži postojeće, loše i prevaziđene standarde za psihijatrijske ustanove. Insistiranje na opstanku glomaznih i prenaseljenih psihijatrijskih bolnica suprotno je savremenim trendovima u lečenju, a još više zabrinjava odsustvo želje da se u okviru reforme zdravstvenog i sistema socijalne zaštite počne i sa suštinskim promenama u pristupu i tretiranju psihijatrijskih bolesnika i psihijatrije uopšte. U prilog ovoj sumnji ide i činjenica da ustanova treba da popuni 80% kapaciteta da bi bila finansirana u predviđenom obimu (što znači da bi morala da ima bar 700 pacijenata), da su u njoj smešteni mnogi pacijenti čije stanje ne zahteva bolnički tretman, već zbrinjavanje u socijalnim ustanovama i da Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike nema nikakve kontakte i saradnju sa ovom, niti drugim psihijatrijskim bolnicama. Prema proceni uprave i stručnog osoblja, najmanje 200 pacijenata trenutno ispunjava zdravstvene uslove za napuštanje bolnice, ali nemaju gde da odu. Neki pacijenti su u bolnici od 60-tih godina, dakle, gotovo čitav život. Uz to, Ministarstvo zdravlja će (navodno) odobriti sredstva u iznosu 1,4 miliona eura za neophodnu rekonstrukciju elektroinstalacija, hidromreže, toplovoda i sl., u okviru NIP-a. Bolnica je, inače, za sredstva iz ovog programa konkurisala sa projektom vrednim preko 2,5 miliona eura, ali se i taj projekat odnosi na sanaciju postojećeg stanja.

Bolnica je unutrašnjom sistematizacijom podeljena na tri organizacione jedinice: bolničku službu, ambulantno-polikliničku (specijalističko-konsultativnu) i nemedicinsku službu (ekonomska, pravna i tehnička). Bolnička služba je organizovana kroz 16 odeljenskih celina (otvorene i zatvorene), sistematizovanih prema vrsti i težini bolesti. U bolnici ima samo jedna pacijentkinja koja je prisilno smeštena i 62 pacijenta kojima je izrečena sudska mera bezbednosti obaveznog lečenja zbog izvršenog krivičnog dela, od čega 50 muškaraca i 12 žena. U sklopu kompleksa nalaze se i dva posebna odeljenja za somatske pacijente (neurologija i organski moždani sindromi), kao i muško odeljenje za lečenje zavisnosti od alkoholizma. Neurologija se od osnivanja bolnice nalazi u njenom sklopu, a upravi je vrlo važno da tako i ostane, jer odeljenje ima profesionalni kadar i dijagnostiku koji omogućuju oko 9000 neuroloških pregleda pacijenata spolja, plus oni koji su hospitalizovani. Osobe

teško ometene u mentalnom razvoju smeštene su u posebno, zatvoreno odeljenje mešovito tipa (tzv. oligofreno).

Svojim kapacitetom bolnica pokriva teritoriju čitave Srbije, pa su mnogi pacijenti smešteni u njoj daleko od svog prebivališta, i retko u prilici da primaju posete.

Bolnica ima sopstvenu toplanu na gas, a kad nema gasa, zamena je nafta, što je jako skupo i dodatno opterećuje raspoloživi budžet. Iako je obezbeđivanje energenata uvek prioritet, sa grejanjem ima dosta problema, uglavnom zbog tehničkih razloga. U najvećem broju odeljenja ono funkcioniše ali je prilično slabo, a kad dođe do tehničkih problema pojedina odeljenja ostaju, kraće ili duže vreme, u potpunosti bez grejanja (bolesničke sobe, ambulante, sobe za doktore i sestre, kupatila itd.). S obzirom na to da dosta objekata ima visoke plafone (shodno prvobitnoj nameni i principima gradnje s početka XIX veka), dešava se da unutrašnja temperatura u zimskim mesecima bude jako niska, pa je ugroženo zdravlje i pacijenata, i zaposlenih.

Stolarija je u svim objektima vrlo stara i dotrajala. Kako nema novca za nabavku novih prozora i vrata, služba za održavanje vodi računa da bar svi prozori imaju staklo, i da dihtuju koliko god je moguće bolje.

Ostavljajući po strani aktuelne metode psihijatrijskog lečenja i pitanje funkcionalnosti i uspešnosti ovako velikih ustanova, trenutno stanje u vršačkoj bolnici ipak je za nijansu bolje i podnošljivije nego u ostalim bolnicama sličnog kapaciteta. Pre svega, zgrade imaju veći broj soba, ali je u njima smešteno manje pacijenata. Najveće sobe imaju do 15 postelja (najčešće između 8 i 12, npr. na muškom i ženskom odeljenju za akutne psihoze, na forenzičkoj psihijatriji...), ali ima i soba u kojima je smešteno po 4, 5, eventualno 6 pacijenata (npr. na oligofrenom odeljenju). I pored skoro stoprocentne popunjenosti, utisak o prenaseljenosti i nedostatku prostora manje je upadljiv, a u nekim sobama sasvim je dovoljno prostora po pacijentu. To je verovatni razlog što gotovo sva odeljenja, sem oligofrenog, deluju čistije i provetrenije, uprkos generalno lošem stanju i starosti objekata.

Skoro sve prostorije, na svim odeljenjima, osim oligofrenog, sveže su okrečene, pa zidovi deluju bolje nego što realno jesu. U nekim hodnicima je postavljena lamperija, kao najjeftiniji način za saniranje ružinih i vlažnih zidova, koja je pri tom i dobar termoizolator. Veliki napor je uloženo u sanaciju podova, pa većina bolesničkih i soba za dnevni boravak, hodnika, trpezarija, kao i službenih prostorija (ambulante, sobe za sestre i lekare) ima realativno nove i pristojne podne pločice. Izuzetak su npr. podovi u muškom odeljenju za akutne psihoze i na oligofrenom odeljenju, gde očigledno nije bilo skorijeg renoviranja.

Elektroinstalacije su, kao i ostali infrastrukturni sistemi, u vrlo lošem stanju, što predstavlja opasnost po bezbednost objekata, a utiče i na funkcionalnost bolničkih službi. Pored finansijskih razloga, i slabe instalacije ne dozvoljavaju značajnije ulaganje u veštačko osvetljenje koje je nedovoljno i slabo. Primera radi, u najvećoj sobi na muškom odeljenju za akutne psihoze, u kojoj je smešteno 14 pacijenata, ima samo 2 sijalice i to male jačine. Slična situacija je na svim odeljenjima, bez razlike o kojoj vrsti prostorije se radi – svuda je evidentan nedostatak veštačkog osvetljenja.

Uprkos problemima sa nedovršenim toplovodom i dotrajalom hidromrežom, na odeljenjima uglavnom ima tople vode, mada je bolnica prinuđena da vrši racionalizaciju u smislu vremena i potrošnje. Oligofreno, odeljenje za hronične ženske psihoze i odeljenje radnih terapija nemaju sanitarnu vodu. Rekonstrukcija vodovoda

je velika investicija za koju do sada nije bilo ni sredstava, ali ni razumevanja, i prosto je neverovatno da u tako važan segment nije ozbiljno ulagano čitavih pola veka.

Veliki problemi sa vodom imaju za posledicu i nepropisnu hidrantsku mrežu koja postoji samo na par mesta, i neadekvatna je za bilo kakvu veću intervenciju. Iako su u ustanovi svesni opasnosti koja postoji u kombinaciji starih objekata, loših elektroinstalacija i, praktično, nepostojeće protivpožarne zaštite (a uz to se radi o bolnici sa velikim brojem neuračunljivih pacijenata), bez pomoći državnih organa nisu u mogućnosti čak ni da umanje rizik. Pa ipak, upadljivo odsustvo ručnih protivpožarnih aparata na odeljenjima sugerise da ni sama ustanova nije preduzela sve što bi mogla.

Ubedljivo najlošiji uslovi jesu na oligofrenom odeljenju, koje je formirano pre 12 godina i ima kapacitet od 63 postelje. U vreme posete, na odeljenju je bilo 60 pacijenata. Inače, ovo odeljenje je smešteno u zgradi koja je nekada bila magacin, i koja je u ruševnom stanju. Cela zgrada tone, plafoni su propali, podovi su betonski, zidovi popucali, oštećeni i prljavi. Prostor je mračan, hladan, vlažan i memljiv, i svuda se osećaju izuzetno jaki, neprijatni mirisi.

Uza sve pomenute nedostatke i nepravilnosti, treba dodati i da bolnica funkcioniše sa veoma starom, mehaničkom telefonskom centralom, pa su i telefonske veze problematične i reducirane. U krugu bolnice i u blizini objekata nema ni dovoljno javnih telefonskih govornica. Na forenzičkom odeljenju pacijentima je omogućena komunikacija sopstvenim mobilnim telefonima, koji se čuvaju zaključani u sobi glavne sestre.

Video-nadzor postoji samo na odeljenju sa forenzičkim pacijentima i odeljenjima za akutne psihoze. Oprema je instalirana u sobi za medicinsko osoblje, a nadzorom su obuhvaćeni pojedini delovi na odeljenju.

Izuzev u upravnom delu, na bolničkim odeljenjima nema kompjutera, a sva dokumentacija vodi se ručno i uz upotrebu pisanih mašina. Shodno tome, i ova bolnica nema svoj web-site.

## b) Opremljenost

Iako su ukupni životni uslovi u bolnici daleko od dobrih, mora se konstatovati da su uprava i zaposleni uložili vidne napore da ih učine makar podnošljivim. To se primećuje i po opremljenosti odeljenja, koja je manje odraz finansijske moći ustanove ili podrške spolja, već prvenstveno bolje i profesionalnije atmosfere i organizacije u kolektivu.

Kreveti u bolnici su različitog tipa, sa metalnim konstrukcijama i stari – neki manje, neki više. Ipak, svaki metalni okvir je ofarban i čist, pa kreveti deluju koliko-toliko pristojno. Na krevetima se nalaze dušeci različitih vrsta i debljine, pojedini su više dotrajali od upotrebe a drugi su relativno novijeg datuma, ali ih ipak ima. Bolnica je i u stalnom deficitu sa posteljinom koju nema u potrebnoj količini, pa se postojeća zbog upotrebe i čestog pranja brzo pohaba. No, svi kreveti su presvućeni čistim krevetskim čaršavima, imaju jastuke, a i čebad je u boljem stanju nego npr. u Kovinu, mada bi u celoj bolnici trebalo kompletno zameniti ovu vrstu opreme. Bolnica ne raspolaže ni dovoljnim brojem pidžama, mada zbog slabog grejanja i specifičnosti bolesti, one i nisu adekvatna odeća za ovakvu ustanovu. Kao i na drugim mestima, i ovde su

pacijenti obučeni u različitu garderobu koju bolnici poklanjaju građani i, ponekad, verske organizacije. Broj zaposlenih i ukupni kapaciteti vešeraja ne omogućuju individualizovanje garderobe.

Drastično lošija situacija je, opet, na oligofrenom odeljenju, gde je gotovo sve u očajnom stanju – od neprimereno loših, zarđalih kreveta, preko dušeka kojih ima samo ponegde (na drugim krevetima su tanki suđeri), do posteljine koje uopšte nema. Zaposleni na ovom odeljenju tvrde da pacijenti skidaju i bacaju posteljinu u kanalizaciju i napolje, što je verovatno tačno, ali ovo ponašanje zaposleni ne sagledavaju u svetlu toga što neke od najosnovnijih potreba ovih pacijenata nisu zadovoljene, posebno njihove potrebe za adekvatnom rehabilitacijom i negom, koja bi uključivala široki spektar aktivnosti.

U sobama, i to na svim odeljenjima, postoje ormarići uz krevete; oni su takođe stari i dotrajali, većina se ne zatvara i nemaju brave, ali su uglavnom ofarbani. Problem je što ih, makar i u takvom stanju, nema dovoljno. Zaposleni to ističu kao veliki nedostatak, što ukazuje na potpuno drugačiji, pozitivan i human pristup obolelima (za razliku od stava da 'ovakvim' pacijentima nisu ni potrebni ormarići, ili stava da bi ih pojedini bolesnici zloupotrebljavali sakrivanjem predmeta koji bi mogli da ugroze njihovu i tuđu bezbednost, kakve smo čuli u kovinskoj bolnici).

Izuzev ormarića, u sobama nema drugih delova nameštaja, ali su zato na svim prozorima zavese koje vrlo značajno utiču na opšti izgled ambijenta. U pojedinim sobama ima čak i slika, mada je njihov broj mali i nedovoljan. Na zidovima ili pored kreveta nema ličnih predmeta bolesnika, niti bilo kakvih znakova intimno uređenog prostora. Zato je u hodnicima, trpezarijama, sobama za dnevni boravak itd., više slika i tapiserija (uglavnom radovi pacijenata), svuda ima zavesa i raznih biljaka (cveća i ukrasnog zelenila), što opet govori o trudu zaposlenih da se, i pored teške finansijske situacije, makar zajedničke prostorije oplemene jednostavnim, ali efektivnim ukrašavanjem.

Iako nije nov, i nameštaj u ovim prostorijama deluje koliko-toliko pristojno. Stolovi u trpezarijama na odeljenjima i manji stočići u sobama za dnevni boravak i radnu terapiju drveni su, ofarbani i čisti, neki su i skorije nabavljeni; stolice su većinom drvene i upotrebljive; ponegde ima i velikih ormara koji se zaključavaju i u kojima pacijenti drže svoje stvari; prostorije za dnevni boravak imaju relativno nove TV-uređaje kojima pacijenti imaju pristup i gledaju programe po sopstvenom izboru; na svim odeljenjima pacijenti mogu i da skuvaraju kafu ili čaj. U zgradi u kojoj su radionice za radnu terapiju postoji i mini-kuhinja gde mogu da pripreme i palačinke, mada je ova prostorija zapuštena i veoma mala. Kao što je već pomenuto, ovo odeljenje je u lošijem stanju od ostalih, i prava je šteta što i ono nije održavano makar u istoj meri kao druga; problem je u nedostatku sredstava za rad, ali i kvalifikovanih terapeuta.

Ambulante i sobe lekara i medicinskih sestara renovirane su u stepenu i meri u kojoj su renovirana i pojedina odeljenja. Okrečene su, na podovima su itisoni, tepisi ili podne pločice (u ambulantnom delu), nameštaj je stari ali u funkciji (radni stolovi, stolice, stočići, fotelje, garderobni i ormari za dokumentaciju), sobe za sestre imaju televizore, a ponegde i mini-kuhinju. Ove prostorije su i malo bolje dekorisane, ima dosta ličnih i ukrasnih predmeta, kao i zelenila. Ambulante su opremljene osnovnim sredstvima i instrumentima koji su u funkciji psihijatrijskog lečenja; sterilizatori su stari i nema ih dovoljno; na akutnom i forenzičkom odeljenju postoje

kaiševi za fiksaciju koji su takođe u lošem stanju. Bolnica ima sopstvenu laboratoriju u kojoj se rade biohemijske analize, klasičan Rtg- i UV-aparat. U slučaju bilo kakve potrebe za intervencijom koja izlazi iz okvira psihijatrije (čak i za jednostavnija ušivanja i previjanja), pacijenti se odvođe u Dom zdravlja ili Opštu bolnicu. Međutim, odnos prema psihijatrijskim pacijentima i medicinski tretman u drugim zdravstvenim ustanovama je nehuman, ponižavajući i ispod svih zdravstvenih i etičkih standarda. Degradirano i stigmatizovano je, takođe, i medicinsko osoblje zaposleno u psihijatrijskim bolnicama.

### c) Sanitarni uslovi i higijena

Opšta higijena na većini odeljenja i u bolesničkim sobama bolnice u Vršcu redovno se održava, pa prostor uglavnom izgleda čisto i uredno, u granicama mogućnosti. Iako su objekti stari i dotrajali, izrazito neprijatni mirisi su karakteristični samo na pojedinim mestima (toaleti, neka kupatila, oligofreno odeljenje), dok su sobe, hodnici i prostorije za dnevni boravak relativno pristojno provetrene.

Neki toaleti i kupatila bili su predmet rekonstrukcije kada se radi o izgledu i, delimično, opremi. Tako su na pojedinim odeljenjima stavljenе nove zidne pločice, kojima su prekriveni i pregradni zidovi između kabina. Na samim kabinama, međutim, nema vrata niti bilo kakvih drugih, makar improvizovanih zastora, koji bi bolesniku omogućili privatnost. Podovi su uglavnom betonski, ali se održavaju čisto. Tamo gde nema keramičkih pločica, zidovi i plafoni su truli od vlage i urušeni. Oprema u toaletima je u vrlo lošem stanju, zarđala i dotrajala, dok su lavaboi, slavine i tuševi različite starosti – od relativno novijih, do starih i oštećenih. U pojedinim toaletima ima i ogledala. Generalno, u sanitarnim prostorijama je neophodno dodatno ulaganje, kako u pogledu opreme, tako i u građevinskom smislu. Posebno je urgentan završetak toplovoda koji bi omogućio normalno snabdevanje svih objekata toplom vodom, za razliku od trenutnog stanja koje podrazumeva neophodne restrikcije (npr. na nekim odeljenjima tople vode ima do 18 h, na nekim je nema uopšte već su instalirani bojleri sa jednom tuš-baterijom). Naravno, rekonstrukcija hidromreže, kanalizacije i električnih instalacija je takođe prioritet, od ključne važnosti za uspostavljanje zdravstveno-higijenske bezbednosti, ali i za humaniji i civilizovaniji pristup bolesnicima i zaposlenima.

Sanitarni i radni uslovi u vešeraju jesu teški i zahtevaju ozbiljnu intervenciju. Uprkos obimu posla, vešeraj nema veliki profesionalni valjak za peglanje, a od mašina za pranje poseduje par većih, industrijskih i par manjih, što je nedovoljno. Oprema je većinom veoma stara, a temperatura, vlaga i isparenja velika.

Pacijenti se, u zavisnosti od zdravstvenog stanja, kupaju sami ili uz pomoć medicinskog osoblja. Kupanje je obavezno jednom nedeljno, a na nekim odeljenjima svi pacijenti se kupaju dva puta u toku sedmice, i naravno, uvek kada to nalaže potreba. Prema rečima zaposlenih, bolesnici mogu da koriste kupatila prema želji i potrebi, naročito leti, a jedino ograničenje su tehničke mogućnosti i njihovo zdravstveno stanje. Inače, sredstva za održavanje higijene obezbeđuje bolnica, ali ponešto donose i porodice; pacijentima je takođe omogućeno da u svojim ormarićima drže toaletni pribor, ako su u stanju da ga samostalno koriste.

Bolnica obezbeđuje i redovno šišanje i brijanje, u cilju održavanja higijene. Nažalost, mali broj osoblja na odeljenjima ne ostavlja dovoljno prostora za aktivniji i posvećeniji angažman svakom individualnom pacijentu, pa tako izostaje i doterivanje kao deo terapijskog procesa u vraćanju ili izgrađivanju samopoštovanja.

### d) Kuhinja i ishrana pacijenata

Kuhinja, koja kompletnu bolnicu snabdeva hranom, datira iz 80-tih godina; zgrada je u veoma lošem stanju što je konstatovano i u nalazu pokrajinskog sanitarnog inspektora tokom poslednje posete. Na osnovu njegovog naloga, u 2006. godini izvršena je delimična zamena instalacija u objektu, ali ne i sanacija plafona; za ovu investiciju je bilo potrebno oko 3,5 miliona dinara koje bolnica nije imala, pa je dobila odlaganje roka za otklanjanje konstatovanog nedostatka. Plafon je, inače, ozbiljno oštećen zbog kondenzovanja vlage i ugrožava i sanitarnu, i bezbednost zaposlenih.

U objektu ima vode i grejanja, na podovima su stare pločice koje su se na pojedinim mestima odlepile ali nisu ponovo fiksirane, za zaposlene je postavljen nov lavabo sa slavinom, dozer sa tečnim sapunom i aparat za sušenje ruku. Za pranje sudova kuhinja dobija dva litra deterdženta dnevno, što nije dovoljno za održavanje adekvatne higijene.

Šporeti koji rade na plin jesu u funkciji, ali električni ne rade; veliki kazani za pripremanje hrane dotrajali su, kao i termos-posude u kojima se raznosi tečna hrana, i kojih je još i nedovoljno; veliki problem su i zastareli plehovi čija je neto težina 7,5 kg a pri tom su bez ručki koje su odavno otpale; postojeći aspiratori ne rade, a novi nisu nabavljani, pa vlaga i isparenja ispunjavaju kompletan prostor. Uslovi za rad su vrlo teški i ozbiljno utiču na zdravlje zaposlenih, kojih ima oko 21; među njima su 4 profesionalna kuvara, pekari (peče se i hleb), mesari (meso se obezbeđuje iz sopstvene ekonomije), ali nedostaju fizički radnici za raznošenje hrane i pranje velikih sudova (tzv. mali sudovi – tanjiri, tacne, šolje i sl. peru se na odeljenjima). Osoblje ima radne mantile, ali ne i adekvatnu obuču, niti zaštitne kape.

Bolnica mesečno troši oko 2,6 miliona dinara na ishranu pacijenata. Jelovnike formira nutricionista, a posebno se pripremaju i pakuju dijetetski obroci. Nedeljni jelovnici nisu istaknuti u trepezarijama, ali su pacijenti zadovoljni kvalitetom ishrane. Hrana se internim vozilom (kombijem) razvozi po paviljonima, tako da do pacijenata stiže u svežem i toplom stanju. U krugu bolnice ne postoji dobro snabdevena prodavnica ili kantina.

### e) Eksterijer bolnice

Shodno opisanim problemima i, naročito, finansijskim mogućnostima, eksterijer vršačke bolnice je samo delimično uređen i iskorišćen. Imajući u vidu da ova zdravstvena ustanova nema nijednog zaposlenog na održavanju inače velikih zelenih površina, i ovakvo postojeće stanje je prihvatljivo zahvaljujući uloženoj naporu zaposlenih. Trava je oko i između objekata pokošena, i ispred svih zgrada ima zasađenog cveća. Površine su očigledno uređene prema afinitetima osoblja na svakom odeljenju, pa se pojedini delovi izdvajaju opštim izgledom i količinom ukrasnog

zelenila. Iza odeljenja u kome su smešteni forenzički pacijenti nalazi se ograđen otvoren prostor, ali bez ikakvih sadržaja i neuređen. S obzirom na veličinu prostora, upadljivo je malo klupa za sedenje i odmor, a i postojeće su vrlo stare. Nedovoljno je i korpi za otpatke. Zelene površine koje su udaljenije od objekata deluju zapušteno, kao i teren na kome bi trebalo da se upražnjavaju sportske aktivnosti, ali ima dosta drveća koje takođe oplemenjuje ambijent. Međutim, mogućnosti za uređenje i namensko korišćenje celokupnog eksterijera daleko su veće.

## II

### **Neusklađenosti ili odstupanja od Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ), Standarda Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (Standardi CPT) i Principa UN za zaštitu osoba sa mentalnim oboljenjima i za unapređenje brige o mentalnom zdravlju (Principi UN), Preporuka Komiteta ministara Saveta Evrope državama članicama o zakonskoj zaštiti osoba sa mentalnim oboljenjima koji su prinudni pacijenti (Principi SE) i Preporuka Parlamentarne skupštine Saveta Evrope (Preporuke SE)**

- Neodgovarajući životni uslovi u ustanovi (ili pojedinim delovima) se mogu okvalifikovati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje (Standardi CPT Inf. (98)12 Para. 32 i 33; Principi UN: prin. 1. tačka.1-5 i prin. 14. tačka 1.a.b.c.d.);
- Pojedine sobe u kojima su smešteni pacijenti su prevelike, ne omogućavaju dovoljno životnog prostora po pacijentu i nepovoljno utiču na njihov integritet (Standardi CPT Inf. (98)12, para. 34. stav 1 i 36. stav 1. i 2.);
- U sobama, hodnicima, kao i u drugim prostorijama nema dovoljno svetla, grejanje je vrlo slabo ili ga uopšte nema, a provetravanje je u nekim odeljenjima i sanitarnim prostorijama vrlo loše (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 1);
- Oprema u sobama i drugim prostorijama koje koriste pacijenti je stara i dotrajala; nema dovoljno nahtkasni, niti posebnog prostora u kome bi pacijenti čuvali lične stvari (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 2; Principi UN prin. 9. tačka 4);
- Pacijenti nemaju mogućnost uređenja i dekorisanja prostora u kome borave prema ličnim afinitetima (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 2);
- Toaleti i tuš-kabine u kupatilima ne omogućavaju nikakvu privatnost; ne postoji posebna ili dodatna bolnička oprema koja bi olakšala kretanje starih i nemoćnih pacijenata, ili hendikepiranih bolesnika (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 3; Principi UN, prin. 13 stav 1 tačka b);
- Većini pacijenata nije dostupna lična ili individualizirana bolnička garderoba (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 4);
- Opšti uslovi ishrane pacijenata su pristojni, ali ne i dobri. Oprema u trpezarijama, sudovi, aranžiranje hrane i prostora, način serviranja itd., nisu u dovoljnoj meri u funkciji psihosocijalne rehabilitacije (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 35. stav 1. i 2.);
- Opremljenost prostorija za terapijske aktivnosti, kao i stanje rekreativnih terena je nezadovoljavajuće; nedovoljan broj stručnih terapeuta dodatno otežava sam

proces lečenja i rehabilitacije; nema mogućnosti, ni inicijative da se bar određenim grupama pacijenata omogući obrazovanje ili odgovarajući posao (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 37. stav 1. i 2, para. 42. i 43; Principi UN, prin.13. stav 2, tačka a.b.c.d.);

- Mogućnost održavanja komunikacije sa spoljnim svetom je reducirana i otežana nedovoljnim brojem telefonskih govornica koje bi bile lako dostupne svim pacijentima (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 54. stav 1. i 2; Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka c);
- Nedopustiva je i neodrživa praksa zadržavanja pacijenata u psihijatrijskoj ustanovi isključivo zbog nedostatka nege i/ili smeštaja u spoljnoj zajednici (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 57. i 58. stav 1. i 2; Principi UN, prin. 4. i 7).

## III

### **Preporuke**

- Umesto predviđenog investiranja u celokupan objekat, izgraditi savremenu psihijatrijsku bolnicu manjeg kapaciteta, za lečenje pacijenata koji teritorijalno pripadaju opštini;
- Pacijente kojima je potrebno bolničko lečenje, a dolaze iz svih krajeva Srbije, izmestiti u odgovarajuće bolnice bliže prebivalištu, porodici i prijateljima;
- Sa predstavnicima Ministarstva za zdravlje i socijalnu politiku, lokalnim, pokrajinskim i republičkim organima hitno pristupiti izradi plana za smeštaj i zbrinjavanje pacijenata čije stanje ne zahteva bolnički tretman, u manje socijalne ustanove pri lokalnim zajednicama, dok ne budu u stanju da se potpuno integrišu u društvenu zajednicu;
- Istaći na vidnim mestima u svim odeljenjima pravila ponašanja (kućni red), jelovnike za nedelju dana i druge važne informacije;
- Omogućiti pacijentima da samostalno uredi i dekorišu prostor u kome borave;
- Osmisliti sistem obeležavanja garderobe i individualizovati je, naročito za pacijente koji su dugo vremena u bolnici;
- Uspostaviti saradnju sa obrazovnim institucijama, nevladinim i humanitarnim organizacijama, i organizovati sistem kontinuiranog volontiranja u ustanovi.

## **2. Lečenje**

### **I**

Prilikom prijema u bolnicu, lekar koji je primio pacijenta, popunjava prijemni upitnik. On sadrži: generalije, okolnosti prijema, psihopatologiju pacijenta, civilno-pravni status pacijenta, medicinsko-socijalne relacije. Takođe, sadrži i prijemnu anamnezu i nalaz (glavne tegobe, sadašnju bolest, ličnu i porodičnu anamnezu), potom

objektivni nalaz (somatski i neurološki nalaz, psihički status, privremenu prijemnu dijagnozu, tip odeljenja na koje je primljen, terapiju na prijemu i razloge eventualnog vraćanja pacijenta). Upitnik potpisuje lekar koji ga je popunio. Upitnik se stavlja u pacijentov medicinski dosije. Pored upitnika, lekar na prijemu obavlja i razgovor sa pacijentom, upoznaje ga sa tim na koje će odeljenje biti smešten, ko će mu biti lekar, sa terapijom koju mu prepisuje. Razgovor zavisi od zdravstvenog stanja pacijenta, odnosno od sposobnosti pacijenta da razume informaciju koja mu se upućuje.

Pacijent, njegova porodica, ili advokat pacijenta, nemaju mogućnost uvida u medicinski dosije. Individualni plan lečenja, koji se nalazi u istoriji bolesti, nije dostupan pacijentu, od njega se ne traži saglasnost za pravljenje, niti za sprovođenje takvog plana. Saglasno iznetom, nema ni procedure koja bi garantovala pravo pacijentu da dâ pristanak, kao i da odbije individualni plan lečenja, kao što ne postoji ni nezavisni kontrolni mehanizam, ili telo, koje bi moglo da arbitrira u takvim situacijama. Od lekara, sa kojim smo obavili razgovor, dobili smo informaciju da lice, na sopstvenu odgovornost (uz pismenu izjavu), može odbiti prijem u bolnicu, sem onda kada se pacijent prisilno smešta u bolnicu.

Na odeljenju se pacijentu otvara istorija bolesti i kroz dekurzuse se notira njegovo mentalno i fizičko stanje u određenim vremenskim razmacima, kao i u slučajevima pogoršanja, kada se, ili prebacuje na drugo odeljenje, ili se sprovodi mera fizičkog obuzdavanja.

Farmakoterapija koja se primenjuje prati savremene trendove u lečenju psihijatrijskih bolesnika. Dostupna paleta lekova (neuroleptici, psihostabilizatori, sedativi) raznovrsna je, uključujući i neuroleptike poslednje generacije, koji ne daju ekstrapiramidalnu simptomatologiju. Ostalih lekova, (antibiotici, analgetici, antihipertenzivi, infuzioni rastvori itd.), takođe ima u dovoljnom broju i količini.

Lekovi se izdaju isključivo iz terapeutskih razloga, ne koriste se za sprovođenje dijagnostičkih procedura, niti kao oblik kažnjavanja pacijenata. Za primenjenu terapiju postoji dokumentacija u pisanom obliku. Vandredno ordinirana terapija sprovodi se samo po nalogu lekara i upisuje u knjigu primopredaje.

Ako se pacijent protivi uzimanju lekova, onda se procenjuje njegova klinička slika. Ukoliko lekar proceni da mu je terapija neophodna, a pacijent i pored verbalnog objašnjavanja o potrebi uzimanja, i dalje odbija terapiju, pristupa se parenteralnom davanju.

U Vršcu postoji EKT aparat, ali 25 godina nije nijednom pacijentu urađen elektrošok.

Pacijent ima pravo da odbije hiruršku intervenciju, zbog oboljenja somatske prirode, ali u psihijatrijskoj bolnici u Vršcu odluku o operaciji donosi kolegijum lekara iz ustanove, shodno kliničkoj slici i u situacijama kada pacijent ne može, ili ne želi da dâ kvalifikovani pristanak. Ne postoji pravni dokument, čijim bi potpisivanjem pacijent dao formalni pristanak za operaciju koja mu predstoji, kao i nezavisno telo koje bi pregledalo pacijenta i donelo odluku o neophodnosti predložene operacije.

Hospitalizacija pacijenata registruje se kroz poseban registar, a medicinski i drugi podaci čuvaju se u arhivi i kompjuteru od 1992. godine. Ne postoji praksa prosleđivanja medicinske dokumentacije u druge ustanove, kao ni ordinirajućem psihijatru u matičnoj sredini. Dokumentacija se može izneti na zahtev suda.

Od lekara sa kojim smo obavili razgovor, dobili smo informaciju da pređašnje oboljenje pacijenta određuje i trenutnu dijagnozu.

Svi pacijenti koji su na opservaciji dobijaju farmakoterapiju. Prema navodima zaposlenih, u momentu naše posete u bolnici nije bilo pacijenata koji su upućeni samo radi ekspertize mentalnog stanja.

Dužina trajanja hospitalizacije u vršačkoj bolnici izgleda ovako: 30% do mesec dana, 25% do 3meseca, 15% do 6 meseci, 10% do 1 godine, 7% do 2 godine, 8% do 5 godina i 5% preko 5 godina.

Na svakom odeljenju postoji multidisciplinarni tim stručnjaka koji se bavi tretmanom pacijenata. Njega sačinjavaju: dva psihijatra, psiholog i socijani radnik. Pored individualnog rada sa pacijentima, postoji i grupni tretman koji se realizuje kroz terapijske zajednice i terapijske grupe.

Terapijska zajednica uključuje sve pacijente na određenom odeljenju, dok na grupama obično bude dvadeset do trideset pacijenata. Terapijska grupa se sastaje jednom nedeljno, sastanak traje jedan sat, razgovara se o različitim temama.

Individualnim radom najviše se bave psiholozi (psihodijagnostikom i psihoterapijom) u svojim kancelarijama, dok se u većim prostorijama odvija rad terapijske zajednice i socioterapijskih grupa. Nema mnogo različitih pristupa i/ili orijentacija u tretmanu. Ako se isključi farmakoterapija, sve se, mahom, svodi na psihološku podršku, a psiholozi se žale da im specijalizacija u tom pogledu ne pruža dovoljno i želeli bi da imaju dodatnu obuku vezanu za grupnu psihoterapiju. Individualni tretman, koji upražnjava psiholog, svodi se na psihodijagnostiku, dok psiholozi ne vode grupe, jer nisu dodatno kvalifikovani za takav rad. Socijalni radnici povremeno uzimaju tzv. socijalnu anketu, a radni terapeuti imaju ograničena sredstva za rad sa pacijentima. Većina pacijenata nikada nema priliku da nasamo razgovara sa psihologom, socijalne radnike pacijenti takođe retko viđaju, dok su kontakti sa radnim terapeutima češći. Razgovori se zakazuju posle timskih prikaza pacijenata.

Radni terapeuti se uglavnom bave rehabilitacijom i/ili resocijalizacijom pacijenata, socijalni radnici učestvuju samo manjim delom radnog vremena, dok psiholozi ne učestvuju u tom procesu. Ovaj podatak dovoljno odslikava stanje u bolnici i pristup lečenju i tretmanu pacijenata.

Starije osoblje pamti da su 60-tih i 70-tih godina pacijenti bili obučavani za bravarske radove, i da su radili u fabrici kalupa; postojala je i foto-sekcija, različite zaštitne radionice, a doskora su se velike grupe pacijenata bavile likovnim stvaralaštvom. Nažalost, danas ustanova ima samo jednog majstora, nije produžen ni ugovor sa likovnim instruktorom, nema stručnog obrazovanja i obuke, i postoji samo tri instruktora radne terapije. Zaposleni se teško snalaze da obezbede bar minimalnu količinu materijala za rad, kako bi bolesnicima bilo omogućeno da slikaju, pišu i objavljuju svoja dela u bolničkom časopisu "Oaza" (zbog nedostatka sredstava izlazi samo jednom godišnje), da šiju, vajaju, rade sa drvetom, ili na razboju koji postoji i ispravan je. Inače, kroz odeljenje sa radnim terapijama između doručka i ručka u proseku prođe oko 70–100 pacijenata, ali mnogi dolaze i nakon ručka, ili kad požele. Prema proceni višeg radnog terapeuta, koji od početka radi na odeljenju za rehabilitaciju, to odeljenje "zamire" zbog nedostatka materijala za rad i mnoge sekcije više ne postoje. Biblioteka za pacijente više ne postoji.



S obzirom na psihoterapeutske značaj ovog odeljenja, čudi odsustvo inicijative da se i ovaj, važan deo bolničkog kompleksa, stavi u funkciju.

Tretmanu posebnih kategorija pacijenata ne pridaje se posebna pažnja, a izuzetak su alkoholičari i, u manjoj meri, pacijenti na odeljenjima za oligofrenije i gerijatriju. Ponavljamo da potreba za nekom vrstom tretmana postoji, zapravo, kod svih pacijenata, ali sve se svodi, praktično, na farmakoterapiju.

Pacijenti su ranije učestvovali na sportskim igrama psihijatrijskih pacijenata. Veoma retko se organizuju igranke, kvizovi, tombola i sl. Umetničke aktivnosti se, mahom, odvijaju u sklopu radne terapije, povremeno se organizuju posete bioskopu i pozorištu, vrlo retko i manastirima, a u samoj ustanovi se, ponekad, održavaju predavanja i tribine. Problem je u tome što je vrlo mali broj pacijenata uključen u ove aktivnosti (nema tačne evidencije).

Saradnja sa porodicama pacijenata relativno je slaba, jer članovi porodice često nisu raspoloženi za takvu saradnju. Saradnju sa porodicama pacijenata dodatno otežava to što se u vršačku bolnicu smeštaju pacijenti sa teritorije cele Srbije, pa je pojedinim članovima porodice koji stanuju u udaljenim delovima zemlje komplikovano da dolaze i redovno posećuju svoje srodnike u bolnici. Saradnja sa nadležnim organima starateljstva je bolja, ali i ona varira u zavisnosti od toga koliko su zaposleni u centrima lično zainteresovani da pomognu u rešavanju nekih problema.

I ovom prilikom bismo hteli da istaknemo specifičan odnos diskriminacije koja se prema psihijatrijskim pacijentima demonstrira u bolnicama i medicinskim ustanovama za lečenje somatskih bolesti. Lično smo imali prilike da u zatvorenom ženskom odeljenju vidimo pacijentkinju koja je nepokretna ležala u krevetu, jer joj je funkcija bubrega gotovo otkazala. Rečeno nam je da je u bolnici u Vršcu primarno zbrinuta, a onda vraćena u psihijatrijsku bolnicu, jer na odeljenju nefrologije nisu hteli da imaju psihijatrijskog pacijenta bez danonoćnog nadzora osoblja iz psihijatrijske bolnice.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Psihijatrijsko lečenje nije zasnovano na individualizovanom pristupu, o njemu se ne razgovara sa pacijentom (ZZZ član 28, Principi UN, prin. 9. stav 2 i prin. 11. stav 2.), ne postoji poseban plan lečenja za sve svakog pacijenta, a spektar rehabilitacionih i terapijskih aktivnosti je oskudan tako da se lečenje, praktično, svodi na farmakoterapiju (ZZZ čl. 28, Standardi CPT/Inf. 98 (12) para. 37.);

- Pacijenti u psihijatrijskoj bolnici nemaju pravo na slobodan izbor lekara i nemaju pravo na odlučivanje o tome da li će nad njima biti primenjena određena medicinska mera, ili ne, bez obzira da li su dobrovoljni pacijenti, ili su prinudno smešteni u bolnicu, (ZZZ članovi 31. 32. 33. 34 i posebno član 35. stav 4, Principi UN, prin. 11. stav 2.);

- Pacijenti ne dobijaju sistematski relevantne informacije od lekara o svom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja (Standardi CPT, Inf. (98)12. para. 41.);

- Pacijenti nemaju pravo uvida u svoj medicinski karton, niti pravo na informisanje o podacima iz svog medicinskog kartona (ZZZ član 36, Principi UN, prin. 18.);

- Pristup medicinskim dosijima pacijenata nije autorizovan, tako da poverljivost nije obezbeđena. Dosije se ne prosleđuje lekaru druge ustanove u koju se premešta pacijent, niti lekaru u zajednici na slobodi po otpuštanju pacijenta (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 40.);

- Tretman pacijenata nije usmeren ka očuvanju i razvijanju njihove samostalnosti (Principi UN, prin. 9. stav 4.), naprotiv, evidentni su znaci hospitalizma, odn. zavisnosti od institucije, nezainteresovanosti za zbivanja van bolnice kao i progresivnog gubljenje sposobnosti za različite aktivnosti izvan institucije (apatija, manjak inicijative, gubitak individualne projekcije u budućnosti itd.);

- Psihijatrijski pacijenti su diskriminirani kada se pojavljuju u ulozi somatskih pacijenata (ZZZ član 20. i 26. stav 2, Principi UN, prin. 1. stav 4.);

- Zanimljivo je princip da bi svaka osoba sa mentalnim poremećajem trebalo da ima pravo da živi i radi, u onoj meri u kojoj je to moguće, u zajednici (Principi UN, prin. 3.);

- Pacijenti nemaju na raspolaganju odgovarajuće prostorije za rekreaciju niti odgovarajuće rekvizite, fudbalski teren i košarkaški teren jesu zapušteni (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 37.).

## III

### Preporuke

- Za svakog pacijenta napraviti poseban plan lečenja;
- Doneti novi zakon o mentalnom zdravlju kojim će biti inkorporirana prava koja su predviđena međunarodnim dokumentima, pa, između ostalog, i da pacijent, u skladu sa svojim duševnim stanjem, mora imati pravo na izbor lekara koji će ga lečiti i na pristanak na određenu medicinsku meru koja se nad njim primenjuje; kao i pravo da određenu meru može odbiti;

- Pacijenti moraju imati pravo uvida u svoj medicinski karton, što u određenim slučajevima može biti ograničeno, ali to ograničenje i njegovo sporvođenje mora biti propisano domaćim zakonom, na onaj način kako je propisano relevantnim međunarodnim dokumentima;

- Zakonski regulisati obavezu da se pacijentov medicinski karton prosleđuje prilikom premeštaja pacijenta u drugu bolnicu, ili ustanove koje su od značaja za zdravlje pacijenta;

- Lekar mora konstantno pružiti iscrpne informacije pacijentu o njegovom zdravstvenom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja;

- Motivisati osoblje da na različite načine uspostavi iskren i pomažući odnos sa pacijentom;

- Posvetiti veću pažnju pacijentima čiji su rehabilitacioni potencijal iscrpljeni;

- Razvijati fundamentalne komponente psihosocijalnog rehabilitacionog tretmana (radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke i sportske aktivnosti), povećati broj radnih terapeuta, uključiti više psihologa i socijal-

nih radnika u pomenute aktivnosti, zaposliti stručnjake za sportske aktivnosti, obnoviti terene, nabaviti nove rekvizite i popraviti stare;

- Usmeriti tretman što je moguće više ka očuvanju samostalnosti pacijenata (ne praviti tazliku između terapije i rehabilitacije, započeti rehabilitaciju čim se uspostavi makar i minimalna kooperativnost pacijenta; pri započinjanju rehabilitacije, u zavisnosti od stepena oštećenja ličnosti, pristupiti, pre svega, razvijanju onog dela ličnosti koji je očuvan u cilju što bolje socijalizacije);

- Pokrenuti tzv. zaštićene radionice i omogućiti nekim pacijentima da u njima rade (s obzirom na "tešku" psihopatologiju pacijenata, bio bi potreban duži rad u specijalnim zaštitnim radionicama u kojima bi akcenat bio više na radnoj terapiji, a manje na realnom radu);

- Boriti se protiv stigmatiziranja psihijatrijskih pacijenata (kao npr. Svetsko udruženje psihijatarata koje je pokrenulo kampanju protiv stigmatizacije shizofrenih pacijenata pod nazivom "Otvorite vrata"), posebno edukovati zdravstvene radnike jer se pokazalo da je upravo među njima velika zastupljenost negativnih ubeđenja o mentalnoj bolesti i manje optimističan stav o mogućnostima lečenja i resocijalizacije osoba sa mentalnim poremećajima, edukacija i kontakt su definisani kao najefikasniji principi promene stava, a značaj "dvosmerne edukacije" u zdravstvu, odn. među svim profilima stručnjaka koji se bave somatskom medicinom i mentalnim poremećajima, je nemerljiv;

- Rehabilitacija u bolničkim uslovima bi trebalo da bude samo prva karika u lancu pomoći osobama sa (teškim) mentalnim oboljenjima, na putu socijalne reintegracije i "povratka" u zajednicu tako da bi i sredinu (porodicu, šire sisteme) trebalo edukovati da shvati potrebe pacijenata (psiholozi i socijalni radnici obučeni za rad s porodicom i/ili terapiju porodice, sprečavanje članova uže porodice da izlaze u susret regresivnim potrebama pacijenta i njegovoj/njenoj potrebi za zavisnošću tako da ne naprave od svog doma azil za jednog pacijenta);

- U psihijatrijskim ustanovama prelaznog tipa (za parcijalnu hospitalizaciju poput dnevne bolnice) ne bi trebalo negovati suviše permisivnu atmosferu i/ili nepromereno niska socijalna očekivanja od pacijenata.

### 3. Osoblje

#### I

U bolnici je zaposleno 381 lice, od čega je njih 355 zaposleno na neodređeno, a 26 na određeno vreme. Zdravstvenih radnika ima 238, a 33 zaposlena ima visoku stručnu spremu (21 lekar specijalista, 3 lekara na specijalizaciji, 8 doktora medicine i 1 farmaceut). Sa višom stručnom spremom u bolnici radi 20 zaposlenih (17 viših medicinskih sestara, 1 viši medicinski dijetetičar i 2 viša radna terapeuta), 168 zaposlenih ima srednju stručnu spremu (164 medicinske sestre i tehničara, 3 laboratorijska tehničara, 1 rentgen tehničar). U bolnici radi 12 zdravstvenih saradnika, od čega njih 5 ima visoku stručnu spremu (3 psihologa, 1 bibliotekar i 1 defektolog), sa višom stručnom spremom radi četvoro ljudi (3 socijalna radnika i 1 fiskulturni pedagog), a

sa srednjom stručnom spremom rade 3 radna instruktora. Ostali zaposleni, njih 131 čini nemedicinsko osoblje. Najviše lekara, njih 13, u bolnici radi preko 10 godina, troje radi preko 5 godina, a ostali lekari rade u bolnici manje od 5 godina.

Kao i u posebnom izveštaju o monitoringu bolnice u Kovinu, i u ovom izveštaju želimo da podvučemo nepostojanje posebnog smera u oblasti psihijatrije u srednjim i višim stručnim (medicinskim) školama, pa su sve sestre i tehničari opšteg smera. Oni nisu imali nikakve dodatne edukacije o radu sa psihijatrijskim pacijentima. Takođe, osoblje koje učestvuje u tzv. kriznim intervencijama kada je potrebno obuzdati i imobilizovati uznemirenog pacijenta nije obučeno nefizičkim i manuelnim tehnikama savlađivanja otpora. To može uzrokovati strah i nesigurnost kod pojedinog broja zaposlenih, jer ne znaju šta mogu očekivati od uznemirenih pacijenata. Dodatni problem u organizaciji rada predstavlja to što u popodnevnim i noćnim smenama sa pacijentima na odeljenjima (čak i na sudskom i na muškom akutnom) ostaju samo po dva tehničara, ili dve do tri medicinske sestre. Dva lekara dežuraju u popodnevnim i noćnim smenama, pa je nadzor stručnog osoblja nad pacijentima i nad radom pomoćnog i nemedicinskog osoblja neadekvatan.

Osoblje organizuje timske sastanke – na odeljenjima su jednom nedeljno, dva puta nedeljno se sastaje stručni kolegijum, a pojedini profili zaposlenih (psiholozi, socijalni radnici...) sastaju se po potrebi. Teme sastanaka variraju od uskostručnih do razmatranja svakodnevnih problema u radu.

Osoblje je zainteresovano za različite vidove dodatne obuke (npr. sva tri psihologa su, u vreme posete bolnici, na specijalizaciji), s tim što deo troškova moraju sami da snose (npr. polovinu putnih troškova dok traje specijalizacija).

Otkaza gotovo da nema (prema raspoloživim podacima, samo jedan u poslednje dve godine), duža izostajanja su retka (najčešće upravo zbog edukacije), a nema ni dužih bolovanja.

Uprkos nedavnom povećanju plata u zdravstvu, osoblje nije zadovoljno platom, dok su uslovima rada posebno nezadovoljni medicinske sestre i tehničari. Plate redovno stižu dva puta mesečno. Psiholozi se žale da nemaju savremene testove, a radni terapeuti da nemaju neophodni materijal (npr. boje, četkice i sl.).

Procena psihologa i radnih terapeuta je da je nivo stresa na poslu umeren, pri čemu je najveći kod osoblja zaduženog za prijem pacijenata (dešava se da pacijenti budu agitirani i veoma agresivni). Psiholozi su, u tom pogledu, bolje zaštićeni i pod manjim stresom zato što na psihodijagnostičko procenjivanje dolaze pacijenti koji su prethodno već bili podvrgnuti farmakoterapijskom tretmanu, socijalni radnici su u sličnom položaju, a i u znatno manjem su kontaktu sa pacijentima, dok su radni terapeuti nešto ugroženiji.

Incidenata u kojima je osoblje ugroženo ima, mahom samo na odeljenjima sa akutno uznemirenim pacijentima.

Povreda na poslu, takođe, ima, ali opet je tu pod najvećim rizikom osoblje koje je najčešće u kontaktu sa pacijentima. Psiholozi i socijalni radnici, prema raspoloživim podacima, nisu bili povređivani, a radni terapeuti jesu, "ali ništa ozbiljno."

Stručna biblioteka postoji, ali nove knjige se ne nabavljaju, tako da je fond knjiga prilično zastareo.

Osoblje smatra da korupcije ima i to "na najvišem nivou,", ali zbog straha od eventualnih reperkusija niko nije želeo detaljnije da elaborira tu temu.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Na nivou stručnih udruženja ne postoji propisan etički kodeks za psihijatre, kao ni za druge stručnjake i medicinsko osoblje koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata (Preporuke SE 7. I tačka e)
- Bolnica nema dovoljno osoblja, posebno stručnog osoblja, koje bi obavljalo delatnost u oblasti radne terapije (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 42.). Isto važi i za Principi UN, prin. 14. stav 1. tačke a, b (sa naglaskom na nedostatak odgovarajućih tehnika, testova i skala);
- Zbog neadekvatnog školskog sistema, bolnica nema kvalifikovan srednjemedicinski kadar u oblasti psihijatrije. Zbog nedostatka obučenog kadra i malog broja radnih terapeuta, ne postoji adekvatan terapijski ambijent koji bi se manje oslanjao na medikamentoznu terapiju (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 44.);
- Medicinsko osoblje (sestre i tehničari), kao i pomoćno osoblje nije edukovano o radu sa psihijatrijskim pacijentima, pre nego što je primljeno na rad u bolnicu, niti je takva obuka upriličena tokom rada u ustanovi. Srednje medicinsko osoblje i pomoćno osoblje nije pažljivo nadzirano od strane stručnog zdravstvenog osoblja (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 28. i 29.);
- Tokom vikenda i noću malo je potrebnog osoblja (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 30.);
- Spoljna stimulacija i podrška osoblju nije dovoljna i oni objektivno jesu potpuno izolovani od spoljnog sveta. Ne postoji dovoljna mogućnost za dodatnu obuku osoblja izvan ustanove, niti im se nudi šansa da posle određenog vremena pređu na rad u neku drugu ustanovu. Država, resorno ministarstvo, niti druge nadležne institucije ne stimulišu prisustvo nezavisnih osoba, studenata, istraživača (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 46.).

## III

### Preporuke

- Na nivou profesionalnog udruženja doneti etički kodeks psihijatarata i drugih stručnjaka i medicinskog osoblja koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata;
- Reformisati školski program u srednjim i višim stručnim školama, tako što bi se u sistem uvela posebna specijalizacija iz oblasti psihijatrije;
- Pre stupanja na rad u bolnicu, za pomoćno osoblje organizovati posebnu obuku kroz koju će biti upoznati kako i na koji način da postupaju sa pacijentima;
- Za one zaposlene koji učestvuju u savladavanju uznemirenih pacijenata organizovati obuku o metodama nefizičkog i manualnog savladavanja otpora;

- Povećati broj psihologa, radnih terapeuta i socijalnih radnika;
- Omogućiti pomenutim kadrovima veći angažman na poslovima socijalne terapije
- Nabaviti savremenije i validnije tehnike, testove i skale;
- Bar jednim delom radnog vremena angažovati psihologe na proceni (preostale) radne sposobnosti i rehabilitacionih potencijala pacijenata;
- Napraviti reorganizaciju rada zaposlenih tako da na odeljenjima u popodnevnim i noćnim časovima ima dežurnih lekara i veći broj srednjeg medicinskog osoblja, kako bi se adekvatnije nadzirali pacijenti i pomoćno osoblje;
- Intenzivirati komunikaciju među različitim profilima stručnjaka;
- Stimulisati prisustvo nezavisnih osoba (studenata, istraživača, volontera);
- Stimulisati permanentnu edukaciju osoblja (utisak je da je srednje medicinsko osoblje posebno zanemareno);
- Poboljšati uslove rada osoblju, počevši sa opremanjem radnog prostora odgovarajućim nameštajem i tehnikom;
- Povećati plate osoblju, imajući u vidu njihov težak posao i položaj u kojem se nalaze.

## 4. Sprečavanje zlostavljanja (torture)

### I

Iako prilikom obilaska bolnice u Vršcu nismo naišli na pacijente za koje bismo mogli osnovano pretpostaviti, ili posumnjati da su bili izloženi torturi, ili zlostavljanju, u klasičnom smislu, akcenat ovog dela izveštaja stavljamo na oligofreno odeljenje, jer i uslovi života u nekoj ustanovi mogu, sami po sebi, predstavljati jedan vid zlostavljanja i ponižavajućeg tretmana za ljude koji u njima žive. U uvodnom delu izveštaja opisali smo arhitektonsko-tehničke, higijenske uslove i opremljenost na ovom odeljenju. Očigledna je razlika u smeštajnim i higijenskim uslovima između ovog odeljenja i drugih odeljenja vršačke bolnice. Iako su nas zaposleni uveravali da je odeljenje kompletno renovirano pre 12 godina i da su se do tada ova lica nalazila na drugoj lokaciji, u uslovima mnogo nehumanijim od ovih u kojima se danas nalaze, ostaje snažan utisak da život u oligofrenom odeljenju, jednostavno, nije dostojan čoveka.

Pacijenti koji se nalaze na oligofrenom odeljenju, njih 60, jesu mahom mlađi ljudi koji pate od težih oblika duševne zaostalosti. To su ljudi, koje je, nažalost, porodica potpuno napustila i verovatno je da se od malih nogu nalaze po različitim državnim institucijama. O stepenu njihovog teškog stanja, svedoči podatak da 60% nije naučilo, ili nije bilo u mogućnosti da nauči da koristi toalet.

Porstor, koji je ranije služio kao magacinski, nije adekvatan za smeštaj ljudi. Iako ima prozore, dnevna svetlost u sobe veoma teško dopire. Veštačko osvetljenje je slabo, tako da se celo krilo nalazi u polumraku. Kreveti na ovom odeljenju jesu u najlošijem stanju. To su, uglavnom, neofarbani metalni ramovi, na kojima se nalaze prljavi i pohabani sunđer. Ni na jednom krevetu nije bilo posteljine. U mometu naše

posete, pojedini pacijenti su ležali na tim sunđerima, bez posteljine, pokriveni pohananim prekrivačima. Većina pacijenata je bila bosa, što je odavalo veoma neprijatan utisak, s obzirom na to da im je ispod nogu samo beton. Osoblje nam je objasnilo da je nemoguće ovim pacijentima staviti posteljinu, jer neki od njih svu posteljinu pakuje i bace u toalet. Ukoliko im se podele papuče, njih bacaju kroz prozor. I u ovom delu izveštaja želimo da naglasimo da se pomenuto ponašanje pacijenata mora tumačiti i kao posledicu njihove psihosocijalne zapuštenosti, zapravo činjenice da njihove potrebe za adekvatnom negom i terapijom uopšte nisu zadovoljene.

Trpezarija, koja izgleda potpuno isto kao i sobe, kada je enterijer u stanje nameštaja u pitanju, pacijentima ujedno služi i kao soba za dnevni boravak. Toaleti su do te mere ruinirani (korodirani, prljavi, zapušteni), da izgledaju kao da nikada nisu čišćeni i održavani. Celu atmosferu dodatno otežava intezivan neprijatan miris, koji prožima čitavo bolničko krilo.

O ovim ljudima u preprodnevnoj smeni brinu tri izvršioca (medicinske sestre), glavna sestra i lekar. U popodnevnoj i noćnoj smeni na odeljenju rade po dva izvršioca (medicinske sestre). Sam podatak o broju osoba koje su angažovane da rade sa tolikim brojem pacijenata govori o tome kakav je tretman pacijenata na oligofrenom odeljenju i kakva im se pažnja posvećuje. Lična impresija našeg tima je bila da, čak i za osoblje, rad u pomenutim uslovima deluje kao svojevrсна kazna. U momentu posete (bilo je vreme posle ručka) većina pacijenata je bilo na popodnevnom odmoru. Deo pacijenata je bio u trpezariji, sedeli su za stolovima, a jedan deo njih je šetao po hodnicima. U celom bolničkom krilu bilo je izuzetno tiho, nije se čuo čak ni žagor. Pacijenti nisu međusobno komunicirali, niti su se bavili bilo kakvim aktivnostima.

U razgovoru sa zaposlenima čuli smo da postoji plan da se većina ovih pacijenata razmesti po domovima za socijalno zbrinjavanje, jer njima u bolnici nije mesto. Problem je u tome što domovi nemaju slobodne kapacitete da prime sve pacijente sa oligofrenog odeljenja.

Drugi parametri koji mogu biti od značaja u prevenciji zlostavljanja veoma su slični drugim psihijatrijskim bolnicama. U vršačkoj bolnici medicinski tehničari zaduženi su za krizne situacije i učestvuju u obuzdavanju uznemirenih pacijenata. Dobra strana upošljavanja medicinskih tehničara, za razliku od nemedicinskog osoblja, jeste što su ovo lica koja su završila srednje medicinske škole. Problem je u tome što su to bile škole opšteg smera, pa niko od njih nije usko stručan u pogledu nege psihijatrijskih pacijenata. Kako zaposleni nisu edukovani u oblasti rada sa psihijatrijskim pacijentima, niti su obučeni u pogledu primene nefizičkog i manuelnog savladavanja otpora, dešava se da pojedini tehničari nisu u mogućnosti na adekvatan način da obavljaju svoj posao. Jedan od tehničara, koji je raspoređen na forenzičko odeljenje, nije bio u stanju da se adaptira na uslove rada, osećao se nesigurno i tražio je da bude premešten na odeljenje otvorenog tipa.

Za razliku od kovinske bolnice, zaštitnik prava pacijenata u vršačkoj bolnici je napravila pisano obaveštenje pacijentima o postupku podnošenja pritužbi na ponašanje osoblja, ili druge okolnosti zbog kojih se pacijenti mogu žaliti. Ono što je bitno u ovom slučaju jeste što to obaveštenje sadrži i informaciju da je zaštitnik dužan da odgovori na pritužbu u roku od 5 dana i da se na ovaj izveštaj nezadovoljni pacijent može žaliti inspekciji Ministarstva pravde. Prema rečima zaposlenih, ova

informacija dostupna je pacijentima na svim odeljenjima. Pacijenti mogu pritužbe iznositi i na grupnoj terapiji, ili glavnoj sestri koja vodi registar pritužbi pacijenata. Samatramo da je od esencijalnog značaja mogućnost da se pacijenti direktno obrate licu koje je nadležno da razmatra osnovanost pritužbi, a to je zaštitnik prava pacijenata. Zato bi bilo uputno postaviti kutije za pritužbe i u zatvorena odeljenja, s tim da bi pristup sadržaju kutije trebalo da ima samo zaštitnik pacijentovih prava.

U pogledu prava na pritužbe i žalbe, stoji primedba koju smo precizno elaborirali u izveštaju o monitoringu bolnice u Kovinu, a koja se odnosi na neadekvatna zakonska rešenja. Primedbe se odnose na nepostojanje nezavisnog kontrolnog tela izvan bolnice koje bi odlučivalo o pritužbama pacijenata, kao i o nepostojanju precizno regulisane obaveze inspekcije Ministarstva da odgovori na žalbu pacijenta. I u ovoj bolnici, kao i u drugim, formirana je Komisija za unutrašnji stručni nadzor koja je sastavljena od lekara zaposlenih u bolnici.

Kontakti sa spoljnim svetom (dopisivanje, prijem paketa i posete) odvijaju se bez ograničenja, s tim što se i u vršačkoj bolnici u zatvorenim odeljenjima ovi kontakti realizuju posredstvom osoblja.

Još jedan od problema u kontekstu prevencije zlostavljanja pacijenata od strane osoblja i sukoba među pacijentima jeste nepostojanje dovoljnog nadzora i kontrole od strane uprave i stručnog osoblja u popodnevnom i noćnim časovima. U popodnevnom i noćnim smenama po odeljenjima dežuraju po dva do tri tehničara, ili medicinske sestre i dva lekara u celoj bolnici, što ilustruje prethodnu konstataciju o nedovoljnom nadzoru u bolnici.

U ovom izveštaju ponovo konstatujemo da država nije ustanovila nezavisno telo koje bi vršilo periodični i ad hoc monitoring bolnica, čiji bi prevashodni cilj bio da se bave pitanjem poštovanja ljudskih prava pacijenata. Do sada nadzor nad radom vrši nadležna inspekcija Ministarstva zdravlja i sanitarne inspekcije. Inspekcija Ministarstva je najviše fokusirana na stručni nadzor nad radom bolnice. U prethodnoj godini (2006) ova inspekcija je posetila bolnicu četiri puta.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Neodgovarajući životni uslovi u ustanovi (ili pojedinim delovima) mogu se okvalifikovati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje (Standardi CPT Inf. (98)12 Para. 32. i 33; Principi UN: prin. 1. tačka 1–5 i prin. 14. tačka 1.a.b.c.d.);
- Pomoćno osoblje nije posebno edukovano o radu sa psihijatrijskim pacijentima, niti o načinima nenasilnog, manuelnog savladavanja otpora (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 28.);
- Srednjemedicinsko osoblje i pomoćno osoblje nije nadzirano od strane stručnog osoblja (lekara, uprave, rukovodećeg medicinskog kadra) u popodnevnom časovima i tokom noći. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 29. i 30.)
- Prava psihijatrijskih pacijenata nisu precizno regulisana. Nije utvrđen poseban žalbeni postupak. Nije ustanovljeno posebno telo izvan sistema koje bi se bavilo

pravima pacijenata. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27. i 55, Principi UN prin. 12. stav 1 i prin. 21.);

- Pored stručnog nadzora koje nad radom ustanove vrši inspekcija iz resornog ministarstva, ne postoji nijedno nezavisno telo koje bi periodično vršilo monitoring nad radom bolnice u cilju zaštite prava pacijenata (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27, Principi UN prin. 22, Preporuke SE prepo 7. II tačka f.);

- Kontakt pacijenata u zatvorenom odeljenju redukovno je, jer se vrši isključivo posredstvom osoblja bolnice. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27. i 54.).

### III Preporuke

- Zatvoriti oligofreno odeljenje i razmestiti pacijente u odogvarajuće ustanove socijalnog tipa koje su primerene njihovim potencijalima;

- Poklanjati posebnu pažnju prilikom izbora pomoćnog osoblja koje će raditi u bolnici. Organizovati specijalne edukacije za pomoćno osoblje i srednji medicinski kadar o radu sa psihijatrijskim pacijentima i upoznati sa tehnikama nefizičkog i manualnog savladavanja otpora;

- Napraviti takav raspored rada da stručno osoblje (psihijatri) budu prisutni u bolnici tokom popodneva i noću;

- Hitno je potrebno usvojiti odgovarajuće zakonske i podzakonske akate kojima će precizno biti regulisana prava pacijenata, sa naglaskom na jasno definisan žalbeni postupak posebno ustanovljenom telu izvan bolnice. Ovo telo mora da ima vrlo precizna ovlašćenja i obavezu da u određenom roku preispita žalbu i preduzme odgovarajuće korake ukoliko ustanovi povredu propisanih prava;

- Ustanoviti posebno telo koje će vršiti monitoring bolnice radi ispitivanja da li se i a koji način poštuju propisana prava pacijenata, posebno onih koji su prinudno smešteni.

## 5. Sredstva za ograničenje slobode kretanja

### I

U bolnici ima nekoliko različitih kategorija lica koja se nalaze u zatvorenom tretmanu. Pored muškog i ženskog odeljenja akutnih psihoza, i forenzički pacijenti nalaze se u zatvorenom tretmanu. Zajedno sa pacijentima koji se nalaze na oligofrenom odeljenju čine grupu od oko 200 pacijenata koji se nalaze u zatvorenom tretmanu. Ovom broji pacijenata treba pridodati i pacijente koji se nalaze na psihogerijatrijskom odeljenju, takođe zatvorenog tipa. Prema našoj proceni otprilike jedna trećina pacijenata u vršačkoj bolnici jeste u pomenutoj vrsti tretmana.

Smeštaj u zatvoreni tretman praktično se realizuje na isti način kako se to sprovodi i u drugim psihijatrijskim bolnicama u praksi, s obzirom na to da ne postoje

nikakvi propisi koji bi regulisali ovo pitanje. Dugogodišnja praksa u ovoj, kao i u drugim bolnicama, funkcioniše tako što se u zatvoreni tretman smeštaju pacijenti koji su, prema rečima zaposlenih, "nedovoljno kritični prema svom oboljenju i prihvatanju terapije, zatim pacijenti skloni bekstvu zbog nemogućnosti da imaju racionalan uvid u svoje zdravstveno stanje, kao i oni koji su prisilno smešteni u bolnicu". U zatvoreni tretman smeštaju se i oni pacijenti koji ne žele dobrovoljno da uzimaju lekove. Izuzetak u odnosu na druge bolnice civilnog tipa jeste postojanje odeljenja za forenzičke pacijente koji se do kraja bolničkog tretmana drže na ovom odeljenju.

Kako procedura smeštaja u zatvoreni tretman nije propisana, već proističe isključivo iz prakse postupanja u ovoj, kao i u drugim bolnicama sličnog tipa, pacijenti se, teoretski, mogu pritužiti na odluku o smeštaju. Iako nam je rečeno da postoji sandučić za pritužbe u hodniku, pacijent koji je smešten u zatvoreni tretman nema neoposredni pristup tom sandučiću. Pacijent se može pritužiti zaposlenima u ustanovi. Ne postoji telo izvan bolnice kome bi pacijent mogao uložiti žalbu na smeštaj u zatvoreni tretman.

Tek kada se stanje pacijenta poboljša, on biva prebačen na otvoreno odeljenje, prema preporuci stručnog lekarskog tima. S obzirom na popunjenost kapaciteta dešava se da se određeni pacijenti zadržavaju na zatvorenom odeljenju čak i onda kada imaju pravo da vikendom odlaze u grad. Na primer, u akutnom muškom odeljenju ima pojedinih pacijenata koji tu borave i po nekoliko godina, ali se ne prebacuju na druga odeljenja, jer nema za njih mesta. Paradoks je da su preko nedelje zaključani na odeljenju sa drugim pacijentima, a vikendom mogu izlaziti u grad. Pitanje smeštaja u zatvorena odeljenja mora biti posebno razmatrano u kontekstu donošenja novih zakonskih i podzakonskih propisa, posebno ako se ima u vidu da su pacijentima mnoga prava na ovom odeljenju redukovana. Recimo, ovi pacijenti retko provode vreme na svežem vazduhu, jer nema dovoljno osoblja koje bi moglo obezbediti svakodnevni boravak na vazduhu svim ovim pacijentima. Zatim, pored slobode kretanja, iako teoretski mogu komunicirati sa spoljnim svetom, ta komunikacija se odvija uz strogi nadzor osoblja (dopisivanje, telefoniranje, kontakti sa drugim pacijentima itd.). Iz pomenutog razloga naglašavamo potrebu da se precizno reguliše procedura smeštaja, trajanje, kriterijumi, kao i prava pacijenata u zatvorenom tretmanu.

Kao i u kovinskoj bolnici, i u vršačkoj bolnici ne postoji propisana procedura za krizne situacije. Vezivanje pacijenata se evidentira u istoriji bolesti, vrši po nalogu lekara, a notiraju ga i tehničari kroz knjigu primopredaje. Ne postoje nikakva formalno propisana pravila, niti postupak o upotrebi ovih sredstava. Samim tim, ne postoji jasno definisana procedura kojom bi se sprečila mogućnost prelaska ovakvog tretmana u torturu, bilo vremensku, ili upotrebom prekomerne sile. Ne vodi se poseban registar imobilizacija, a ne postoji obaveza zaposlenih da pacijentovu porodicu, ili staraoca obaveste o upotrebi sredstava za fizičko obuzdavanje.

Uznemireni pacijenti fiksiraju se kožnim kaiševima za krevet, s tim što ne postoji posebna evidencija o tome ko je naredio fiksiranje, zbog čega, koliko je trajalo, ko je učestvovao u imobilizaciji. Takođe, ne postoji posebna prostorija za imobilizaciju i ona se vrši pred drugim pacijentima. Izuzetak je žensko akutno odeljenje u kome nam je glava sestra rekla da oni ne primenjuju vezivanje pacijentkinja, jer smatraju da se one mogu umiriti i pomoću lekova i da imobilizacija nije potrebna.

Kako osoblje nije posebno obučeno u tehnikama nefizičkog i manualnog savladavanja otpora, kao ni o radu sa psihijatrijskim pacijentima, na forenzičkom muškom odeljenju skrenuli su nam pažnju na problem medicinskog tehničara koji nije uspeo da se prilagodi radu i kontaktu sa forenzičkim pacijentima. Zbog osećanja lične nesigurnosti tražio je da bude premešten na drugo odeljenje. U tome su ga podržale kolege sa odeljenja, jer su smatrale da njegovo prisustvo može da ugrozi sigurnost ne samo zaposlenih, nego i pacijenata. S obzirom na to da na odeljenjima nema dovoljno osoblja, drugi pacijenti koriste se u obuzdavanju i imobilizaciji onih koji su uznemireni.

U bolnici nema samica, pa se ova mera ograničenja kretanja ne primenjuje.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Metodi i načini ograničenja slobode kretanja uopšte nisu definisani, ni na nivou države, ni na nivou bolnice. Ne postoje popisana pravila kada, kako i pod kojim uslovima pacijenti mogu biti smešteni u zatvoreni tretman. Nije uopšte utvrđeno kada, kako i pod kojim uslovima ovaj režim prestaje za pacijenta. Isto sa odnosi i na druga srdedstva kojima se ograničava sloboda kretanja, kao što je vezivanje pacijenata (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 47, Principi UN. prin. 11. stav 11.);
- Niko od osoblja nije prošao posebnu obuku o načinima i metodama ne-nasilnog i manualnog savladavanja otpora (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 47.);
- Ne postoji posebno ustanovljen registar u koji se upisuju situacije u kojima je pacijentima bila ograničena sloboda kretanja. (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 50.);
- Pacijenti se koriste u obuzdavanju uznemirenih pacijenata (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 29).

## III

### Preporuke

- Zakonom predvideti metode ograničenja slobode kretanja;
- Unutrašnjim bolničkim pravilnikom utvrditi kako, kada, pod kojim uslovima pacijent mora biti smešten u zatvoreni tretman. Predvideti obavezne revizije odluke o smeštaju u pravilnim vremenskim intervalima;
- Na nivou bolnice doneti precizne smernice o postupku obuzdavanja agitiranih i uznemirenih pacijenata;
- Fiksiranje obavljati u posebnoj prostoriji, mimo prisustva ostalih pacijenata;
- Organizovati posebnu edukaciju za osoblje o nefizičkim i manualnim načinima savladavanja uznemirenih pacijenata;
- Ustanoviti poseban registar u koji će biti upisani svi relevantni podaci o fiksiranju (ko je naredio fiksiranje, zbog čega, ko je od osoblja u tome učestvovao,

koliko je fiksacija trajala, eventualne povrede koje su nanete pacijentu prilikom obuzdavanja);

- Prilikom raspoređivanja osoblja na radna mesta posebnu pažnju posvetiti ličnim kapacitetima zaposlenih, i njihovom psihološkom profilu;
- Pacijente ne koristiti u slučajevima obuzdavanja i imobilizacije drugih pacijenata.

## 6. Garancije u kontekstu prisilnog smeštaja

### I

Postupak smeštaja u vršačku bolnicu funkcioniše približno na istom principu kao i postupak smeštaja u bolnicu u Kovinu. Dobrovoljni smeštaj u bolnicu realizuje se kroz potpisivanje posebnog formulara, čiju verodostojnost potvrđuju dva svedoka. Ukoliko je lice pod strateljstvom, potpis na formular stavlja staratelj pacijenta. Ako je reč o pacijentu koji se dobrovoljno prima u bolnicu, na prijemu će mu se saopštiti na koje odeljenje će biti raspoređen, ko će mu biti lekar i koliko će, otprilike, boravak u bolnici trajati. Ne predočavaju mu se alternativne, manje restriktivne metode lečenja, niti mu se objašnjava koju će terapiju dobiti, kakva je alternativa propisanim lekovima i koji su, eventualni, nusefekti. Pacijentu se ne predočava da bolnicu može napustiti kada poželi, s obzirom na to da je reč o dobrovoljnom pristanku na hospitalizaciju. U odnosu na to prema čijoj inicijativi pacijenti dolaze u bolnicu, statistika izgleda ovako: 42% pacijenata upućuje lekar opšte prakse, 30% dolazi u pratnji policije, a 37% dolazi sa porodicom i rođacima.

Ukoliko se pacijent, ipak, odluči da zatraži puštanje iz bolnice, to će biti učinjeno, ako pacijent nije u takvom stanju da može ugroziti svoje zdravlje i život, kao i život drugih ljudi. Lekar će, u tom slučaju, obaviti razgovor sa njim, pokušati da ga ubedi da još ostane, ali ukoliko pacijent insistira, biće otpušten iz bolnice uz potpis da je to učinio na svoju odgovornost. Ukoliko se, pak, proceni da je pacijent suviše opasan da bi bio pušten iz bolnice, onda se, prema navodima osoblja, pokreće postupak za prinudnu hospitalizaciju.

Postupak za prinudnu hospitalizaciju pokreće se i u slučaju kada pacijent ne želi da bude smešten u bolnicu, da se leči. Dežurni lekar obaveštava nadležni opštinski sud o smeštaju u roku od 72 sata, a sud, najčešće, samo na osnovu obaveštenja i mišljenja lekara iz bolnice donosi rešenje o hospitalizaciji, najčešće do 3 meseca. Ponavljamo da sud nema obavezu da vidi pacijenta, obezbedi mišljenje nezavisnog veštaka, ni da odredi advokata u postupku koji bi zastupao interese pacijenta, niti da dostavi pacijentu odluku o prinudnom smeštaju.

Potpisani formular o smeštaju na dobrovoljnoj osnovi, ili sudsko rešenje o prisilnom smeštaju čuvaju se u pacijentovom ličnom dosijeu. Dosije se iz bolnice može izneti samo na zahtev suda. Podaci iz medicinskog kartona nisu dostupni pacijentu, porodici, ili advokatu direktno, već se oni mogu dobiti samo kad sud to odobri. Takođe, dosije se ne šalje zajedno sa pacijentom u drugu ustanovu, ili u lokalni dom

zdravlja, ukoliko se ukaže mogućnost vanhospitalnog lečenja pacijenta.

U vršačkoj bolnici leče se i pacijenti koji su na osnovu odluke krivičnog suda smešteni na obavezno čuvanje u psihijatrijskoj ustanovi. To su lica koja su izvršila krivična dela i kojima je, umesto kazne, izrečena mera bezbednosti. Ova mera može biti izrečena samostalno, ili kao dopunska, uz zatvorsku sankciju. Ako je samostalna mera, ona se izriče na neograničeno vreme.

Ni za civilne pacijente, ni za forenzičke pacijente ne postoje propisana pravila kojima se reguliše njihov boravak u bolnici. S obzirom na to da ni u jednom zakonu nisu posebno propisana prava lica kojima je zbog izvršenih krivičnih dela izrečena mera smeštaja u psihijatrijsku bolnicu kao zaštitna, na njih se ne mogu primeniti pravila koja se primenjuju na lica koja se nalaze na izdržavanju zatvorskih kazni. Iz tog razloga je pod hitno potrebno doneti zakon kojim bi se obuhvatila prava i ovakvih pacijenata, kako ova oblast ne bi ostala u potpunosti neregulisana. Dodatno otežavajuća okolnost je u tome što se ova lica sve vreme zadržavaju na forenzičkom odeljenju, koje je zatvorenog tipa, i oni ne mogu uživati pogodnosti kao drugi pacijenti, koji se nalaze na otvorenom tretmanu. Njihova komunikacija sa spoljnim svetom limitirana je, jer se odvija uz strogi nadzor osoblja. Oni mogu imati mobilne telefone, ali ti telefoni stoje zaključani u kancelarijama i dozvoljava im se komunikacija kada osoblje proceni da je to adekvatno. Ista je situacija i sa dopisivanjem. Prijem paketa je neograničen, kao i posete, ali se i one budno nadziru.

Posebno je problematičan postupak otpuštanja forenzičkih pacijenata iz bolnice. Pošto im smeštaj odlukom suda nije vremenski limitiran, u periodičnim razmacima, od po 6 meseci, sud ima obavezu da izvrši automatsku reviziju odluke o zaštitnoj meri. Sud bi trebalo da svoju odluku bazira prevashodno na mišljenju lekara iz bolnice, ali i kroz druge dokaze koje je u obavezi da prikupi. Praktično, sudovi skoro nikada ne donose odluku nakon pažljivo prikupljenih dokaza, saslušanja svedoka, obezbeđivanja nezavisnog veštačenja, izveštaja centra za socijalni rad, razgovora sa pacijentom. Sudovi, veoma često, po automatizmu, bez preteranog udubljanja u činjenice, donose odluke, samo na osnovu mišljenja lekara iz bolnice i odgovora tužilaštva. Sudovi nisu u obavezi da vide pacijenta i čuju njegovo mišljenje. Imali smo prilike da se upoznamo sa slučajem pacijenta koji je od strane lekara iz bolnice nekoliko puta predlagan da bude otpušten i lečen van ustanove. Nadležni sud je uporno produžavao smeštaj, jer je tužilaštvo predlagalo produženje smeštaja samo na osnovu konstatacije da pacijent boluje od neizlečive bolesti, pa zbog toga predstavlja potencijalnu opasnost po društvo.

Nadležna komisija Ministarstva pravde nije obilazila forenzičke pacijente, iako se oni formalno nalaze pod ingerencijom ovog Ministarstva.

Bolnica u Vršcu ima oko 125 pacijenata koji borave u njoj preko 10 godina. U prethodnim delovima izveštaja govorili smo o pacijentima sa oligofrenog odeljenja koji borave u bolnici, jer nemaju drugu mogućnost za smeštaj i život. Neophodna je saradnja na nivou ustanove, Ministarstva zdravlja i Ministarstva za socijalnu zaštitu kako bi se što hitnije rešio problem pacijenata koji stanuju u bolnici.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Prilikom dobrovoljnog pristanka na lečenje pacijentu se ne predočava poseban i potpun plan lečenja koji treba da sadrži dijagnozu, razlog predloženog tretmana, metode lečenja, očekivano trajanje bolničkog tretmana, alternativne mogućnosti lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne (ZZZ, čl. 28, Principi UN, prin. 9. stav 2. i prin. 11. stav 2.)
- Prilikom donošenja odluke o tome da li treba potvrditi, ili ne prinudni smeštaj u bolnicu, sudovi nisu u obavezi da pribave i mišljenje nezavisnih sudskih veštaka mimo bolnice, već se oslanjaju isključivo na mišljenje lekara iz bolnice (Principi UN, prin. 17. stav 1, Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 51.)
- Sud nije u obavezi da angažuje advokata licu protiv koga se vodi postupak prinudnog smeštaja, čak ni onda kada pacijent nema mogućnost da sam angažuje i plaća advokata, (Principi UN, prin. 18. stav 1, Principi SE prin. 4. stav 2, Preporuke SE prepo 7. II, tačka e);
- Pacijentu koji ne poznaje srpski jezik kao zvanični, sud nije u obavezi da obezbedi prevodioca (Principi UN, prin. 18. stav 2.);
- U najvećem broju slučajeva, sud uopšte ne poziva pacijenta na ročište, niti vidi pacijenta pre nego što odluči o njegovom smeštaju u bolnicu (Principi UN, prin. 18. stav 5.);
- Kopija rešenja o prinudnom smeštaju nikada se ne dostavlja i samom pacijentu (Principi UN, prin. 18. stav 8, Principi SE, prin. 4. stav 2.);
- Na prijemu pacijenti ne dobijaju brošuru (štampanu informaciju) u kojoj će biti taksativno navedena sva prava koja pacijent ima po zakonu. Ovo se posebno odnosi na prisilno smeštene pacijente (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 53, Preporuke SE, prepo 7. I, tačka d);
- Ne postoji delotvoran žalbeni postupak koji podrazumeva mogućnost pacijenata da komunicira u poverenju sa jasno definisanim telom mimo ustanove (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 53.);
- Kontakt sa spoljnim svetom pacijenata u zatvorenim odeljenjima, a pre svega, pravo na telefoniranje i slanje pisama nije organizovano tako da se ostvaruje neposredno, a ne preko zaposlenih (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 55, Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka c);
- Mnogi pacijenti žive u bolnici po 20 i više godina. Država nema odgovarajuće mehanizme koje bi garantovale najadekvatniji tretman lica koji su u isto vreme i psihijatrijski pacijenti, a i socijalno ugroženi, bez podrške porodice (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 57.);
- Zbog nepostojanja ustanova koje bi obezbedile tretman i lečenje i zaštićenoj društvenoj zajednici, sudovi pribegavaju odlukama da se produži boravak u bolnici licima kojima je izrečena mera bezbednosti (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 57.).

### III Preporuke

- Svakom pacijentu pre prijema (dobrovoljnim) predočiti plan lečenja koji će sadržati informacije o dijagnozi, razlozima predloženog tretmana, metodama lečenja, očekivanom trajanju bolničkog tretmana, alternativnim mogućnostima lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Ovaj plan lečenja treba sačiniti i za pacijente koji su prisilno primljeni, on treba da bude dostupan kako samim pacijentima, tako i njihovim zastupnicima i drugim relevantnim institucijama (sudu) koje treba da donesu odluku o smeštaju;
- Doneti novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja (usklađen sa svim odredbama Evropske konvencije o ljudskim pravima i praksom koja proizilazi iz relevantnih odluka Evropskog suda za ljudska prava) u kojem će biti precizno definisan postupak prisilnog prijema pacijenata, koji će sadržavati obavezu da sudija mora pribaviti mišljenje nezavisnog eksperta, a ne da donosi odluku samo na osnovu nalaza lekara iz bolnice;
- Novi zakon mora sadržati obavezu suda da obezbedi advokata licu protiv koga se vodi postupak prisilnog prijema u bolnicu. Ukoliko je lice dovedeno po prijavi porodice, sud treba da mu odredi advokata, to ne treba da čini porodica, jer bi to onda bio sukob interesa;
- Novi zakon mora predvideti obavezu da sud mora videti pacijenta pre nego što donese odluku o smeštaju;
- Pacijentu koji ne poznaje srpski jezik, sud je obavezan da obezbedi i prevodioca u postupku;
- Odluku o prisilnom prijemu dostaviti pacijentu lično i ukoliko želi da se žali na odluku obezbediti mu advokata koji će mu pomoći da napiše žalbu;
- Nakon što država donese novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja i odgovarajuće podzakonske akte, bolnica treba da napravi brošuru koja će sadržavati informacije o svim pravima pacijenata, kao i preciznim uputstvima na koji način i u kom postupku pacijenti mogu zaštititi svoja prava;
- Zakonom predvideti posebno telo, mimo bolnice, koje će imati obavezu da preispita žalbe i predstavke, da donese odluku u odgovarajućem roku;
- Ustanoviti posebnu komisiju, mimo sistema Ministarstva zdravlja i Vlade, čija će obaveza biti da vrši monitoring psihijatrijskih bolnica u cilju zaštite prava pacijenata;
- U zatvorena odeljenja instalirati telefonske govornice i sandučiće u koje će pacijenti moći da ubace predstavke i žalbe zaštitniku njihovih prava;
- Napraviti zajedničku strategiju na relaciji Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo za rad i socijalnu politiku kako bi se i u Srbiji započelo sa postupkom deinstitucionalizacije lica koja su do sada živela u bolnicama i domovima socijalne zaštite, s tim što prioritet u rešavanju treba da imaju ljudi sa najtežim problemima i najvećim potrebama;
- Izmeniti zakon o krivičnom postupku koji bi obavezao sud da održi ročište na kojem bi se izvodili dokazi pre donošenja odluke o produženju ili ukidanju mere bezbednosti;
- Sudije koje odlučuju u krivičnim postupcima u kojima se kao izvršioци krivičnih dela pojavljuju lica sa psihičkim smetnjama i duševnom bolešću, ili zaostalošću, moraju imati bar elementarna znanja iz oblasti psihijatrije.

## SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJSKE BOLESTI "DR LAZA LAZAREVIĆ" U PADINSKOJ SKELI

Datum posete: 26. decembar 2006. godine  
Populacija: punoletni žene i muškraci  
Broj žena: 130  
Broj muškaraca: 112  
Broj sufinansirajućih pacijenata: 28  
Sastav tima: dva pravnik, neuropsihijatar i klinički psiholog

### 1. Kvalitet života

#### I

##### a) Arhitektonsko-tehnički uslovi

Psihijatrijska bolnica u Padinskoj Skeli predstavlja deo Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti "Dr Laza Lazarević" u Beogradu, od koje je udaljena oko 25 km. Prema Planu mreže zdravstvenih ustanova, kapacitet cele bolnice je 650 postelja, u Padinskoj Skeli ima 400, a u beogradskom delu 250 postelja. Bolnica "Dr Laza Lazarević" je osnovana pre 145 godina i od tada je promenila mnoge lokacije, a u Padinskoj Skeli je stacionirana punih 40 godina.

Psihijatrijska bolnica "Dr Laza Lazarević" se nalazi pod jurisdikcijom Ministarstva zdravlja Republike Srbije, koja je i osnivač bolnice. Godišnji budžet bolnice iznosi 300 miliona dinara. Za razliku od kovinske i vršačke bolnice, ova ustanova je u toku 2006. godine dobila i određene donacije. U protekloj godini su dobili donacije u vrednosti od 3.500.000 dinara od Ministarstva kulture Republike Srbije, Skupštine opštine Stari grad, HVB banke, Velefarma, Hemofarma, MB Rodića. Donacije su iskorišćene za kupovinu kompjuterske opreme, nabavku opreme za video-nadzor, pidžama i papuča za pacijente, posteljine, novih kaseti za lične stvari pacijenata, kolica za transportovanje veša. Jedan deo vrednosti ovog iznosa bolnica je dobila u vidu medicinske opreme za bolnicu, klima uređaja, frižidera za sokove. U tekućoj 2007. godini pored redovnog budžeta očekuju i određen iznos sredstava od Komesarijata za izbeglice Republike Srbije (od 200 – 400 hiljada dinara), na ime isplate za usluge koje je bolnica izvršila prema Komesarijatu, proteklih godina. Taj novac, prema rečima direktora bolnice, biće upotrebljen za uspostavljanje sistema video-nadzora u bolnici.



No, i pored pomenutih donacija i nešto većeg budžeta, stanje u Padinskoj Skeli je daleko od zadovoljavajućeg. Jedina velika investicija je bila izgradnja kotlar-nice i toplovoda pre više od 30 godina, pa većina objekata deluje zapušteno i ruini-rano. Imajući u vidu visoku frekvenciju pacijenata (u proseku, od 3000–4000 prijema na godišnjem nivou), minimalna ulaganja i opštu nezainteresovanost društva, može se reći da bolnica ni u čemu ne odudara od drugih psihijatrijskih ustanova. Naprotiv, i ona je ušla u program finansiranja iz sredstava NIP, takođe u smislu rekonstrukcije infrastrukture (grejanje, voda, kanalizacija...) i saniranja postojećih objekata (zame-na prozora, vrata, krova, podova i sl.).

Nega i smeštaj pacijenata u Padinskoj Skeli organizovani su kroz 5 odeljen-ja –muško i žensko odeljenje za produženo lečenje paranoidnih psihoza (zatvorenog tipa), muško i žensko odeljenje za afektivne poremećaje (otvorenog tipa), dok je u posebnoj objektu smeštena uprava, i peto, sufinansirajuće odeljenje čiji je kapacitet 30 postelja. U trenutku posete, u bolnici je bilo smešteno 260 pacijenata (plus 168 u Beogradu). Prosečan boravak u Padinskoj Skeli je 60 dana, i za razliku od drugih bolnica, u ovoj trenutno imaju samo 1–2 pacijenta koji u njoj borave preko 10 godina, odnosno onih kojima bolnica zamenjuje prebivalište.

Većina soba na odeljenjima ima između 6 i 9 kreveta, mada ima i manjih soba, sa 3–4 kreveta. Sobe ne deluju prenaseljeno i uglavnom pružaju dovoljno pro-stora po pacijentu. Iako su skoro sve prostorije sveže okrečene, tekuće održavanje nije moglo da otkloni suštinske nedostatke; zidovi su, generalno, u vrlo lošem stanju i na mnogim mestima mogu se videti tragovi vlage i urušavanja, uprkos slo-jevima tzv. masne farbe ili keramičkim pločicama kojima je pokušavano saniranje najproblematičnijih delova. Zbog visine prostorija i problema sa dotrajanim toplovo-dom, grejanje je slabo, a zbog učestalih kvarova i pucanja cevi povremeno ga i nema. Radijatori su stari i dotrajali, kao i kompletne instalacije (vodovodne, elektro, kanalizacione). U bolesničkim sobama, ambulantom i prostorijama za dnevni boravak postavljeni su jeftini topli podovi različite starosti – od relativno novih, do dotraja-lih i uništenih, ponegde podne pločice, a u nekim sobama za radnu terapiju kupljeni su itisoni. Nažalost, i plafoni su u vrlo lošem stanju, pa je tako npr. soba za radnu terapiju, pri ženskom zatvorenom odeljenju, trenutno van svake upotrebe (iako je nedavno renovirana), jer je u međuvremenu došlo do obrušavanja dela plafona.

Na zatvorenim odeljenjima ambulante/sobe za medicinske sestre jesu prostrane i kroz probijene zastakljene otvore imaju vizuelni nadzor nad dve susedne prostorije, od kojih jedna (dvokrevetna) služi za fiksiranje pacijenata, a druga (sa 6, odnosno 7 kreveta) služi za smeštaj pacijenata koji imaju i neki zdravstveni problem somatske prirode (npr. za dijabetičare kod kojih dođe do hipo/hiperglikemije, za paci-jente kojima je potrebna infuzija i sl.). Sobe za fiksiranje pacijenata u upadljivo su gorem stanju u odnosu na sve druge.

Prozori i vrata su, kao i u drugim psihijatrijskim bolnicama, stari više de-cenija, a veštačko svetlo je uglavnom neonsko i obezbeđuje pristojnu osvetljenost prostorija, ali ne i hodnika. Uprkos starosti i dotrajalosti, objekti su relativno prove-treni i bez neprijatnih mirisa, ali ima insekata i glodara. U trenutku posete, vršena je dezinfekcija soba i hodnika, ali to svakako neće trajno otkloniti problem.

Daleko bolja situacija je u zgradi u kojoj se nalazi sufinansirajuće odeljenje. S obzirom na to da se radi o objektu izgrađenom 90-tih godina, celokupan prostor

je u neuporedivo boljem stanju (i građevinski, i po opremljenosti), ali je zato loše arhitektonski rešen i nije povezan na toplovod. Mada svaka soba ima svoje kupatilo, ona (kupati) neuslovna su i neprilagođena starim i bolesnim pacijentima, i u njima uopšte nema tople vode. Zbog već opisanih problema sa toplovodom i instalacijama, tople vode nema uvek ni u drugim objektima.

U krugu bolnice postoji samo jedna javna govornica (na ulazu), službena telefonska centrala je stara, a trenutno ne postoji ni video-nadzor. Ustanova je već obezbedila deo sredstava neophodnih za njegovo uvođenje makar na pojedinim odeljenjima, a takođe je (pored postojećih tridesetak računara koje koristi adminis-tracija) nedavno nabavila još 15 novih i dva servera, što će omogućiti prelazak na elektronsko vođenje dokumentacije (ne samo administrativne, već i medicinske). U toku je i nabavka veće količine mobilnih telefona koji će olakšati komunikaciju među zaposlenima.

Ni u ovoj ustanovi ne postoji zadovoljavajuća protivpožarna zaštita, kako u pogledu hidrantne mreže, tako i u pogledu broja ručnih protivpožarnih aparata.

## b) Opremljenost

Opremljenost bolnice je u skladu sa njenim opštim izgledom i stanjem ob-jekata. Kreveti pacijenata su uglavnom veoma stari, a bar polovina njih u vrlo je lošem stanju. Najveći broj pacijenata leži na tankim, dotrajanim, sunđerima i samo ponegde se mogu videti istrošeni dušeci. Upotreba ovakvih kreveta bi se, shodno međunarodnim standardima, mogla tretirati kao nehuman i degradirajući tretman. Kreveti imaju posteljenu, ali i ovde postoji stalna potreba za njenim obnavljanjem jer je nema u dovoljnim količinama.

Pored pojedinih kreveta ima starih metalnih ormarića koji se, doduše, ne zaključavaju, ali su ofarban i ipak u funkciji. Bolnica je obezbedila sredstva za nabavku određene količine novih ormarića, a repariraće i postojeće. Naručene su i nove pidžame i papuče za bolesnike. Trenutno neki pacijenti imaju pidžame, a neki su obučeni u različite delove odeće, poput većine psihijatrijskih bolesnika u drugim ustanovama. Smatramo da je nošenje pidžama opravdano samo u toku noći, dok je apsolutno neadekvatno oblačiti pacijente u pidžame preko dana.

Za razliku od bolnice u Vršcu, u Padinskoj Skeli se, uz uvažavanje teških uslova rada, ipak ne mogu primetiti ni tragovi entuzijazma i angažovanja zaposlenih, van neophodnog profesionalnog: pored toga što nigde nema ni najjeftinijih zavesa, u hodnicima nema cveća, slika niti bilo kakvih ukrasnih detalja.

Izuzev lekarske sobe na ženskom zatvorenom odeljenju, uz koju se nalazi i prostorija opremljena za službene posete i sastanke, druge lekarske sobe, ambu-lante i sobe za medicinske sestre deluju neugledno. Nameštaj je dotrajavao ili polovan, kao i u drugim bolnicama, ali je primetno odsustvo želje da se i takav ambijent makar malo oplemeni i učini podnošljivijim za rad i boravak.

Jedine pristojno uređene prostorije za boravak pacijenata jesu sobe za terapiju, ali najbolje uređena, na ženskom zatvorenom odeljenju, zbog pomenutog obrušavanja plafona nije u funkciji. Sobe za dnevni boravak i trpezarije u očajnom su stanju, sa oštećenim i polurazvaljenim stolicama i stolicama, eventualno drugim de-

lovima nameštaja (ormari, drvene police) u istom takvom stanju. Neki od TV aparata ne rade, i u planu je nabavka novih.

Sufinansirajuće odeljenje je kompletno opremljeno novim nameštajem i nalik ostalim odeljenjima u bolnici. Nameštaj je hotelskog/pansionskog tipa, sobe su oplemenjene brojnim detaljima (zavesama, biljkama, slikama, ukrasnim i ličnim predmetima), imaju tehničke uređaje (radio, TV), i potpuno su prilagođene dužem boravku pacijenata.

### c) Sanitarni uslovi i higijena

Uprkos lošim uslovima, higijena na odeljenjima je zadovoljavajuća i održava se u skladu sa mogućnostima. Postojeći infrastrukturni problemi se, naravno, odražavaju na sanitarne uslove u objektima, kao i očigledan nedostatak finansijskih sredstava i višegodišnja zapuštenost.

Ustanova je uložila izvesna sredstva i napor da sanira vrlo loše stanje u toaletima i kupatilima, ali to ni izbliza nije dovoljno. Za sada su postavljene nove keramičke pločice na podovima, i delom, na zidovima koje i nije moguće sanirati bez ozbiljne investicije. Oprema u toaletima je takođe delimično zamenjena, pa je negde stara i zarđala, a negde su kupljeni novi lavaboi, slavine, tuševi... Na WC kabinama i u kupatilima nema vrata, niti drugih pregrada (zavesa, paravana...) koji bi omogućavali privatnost. Pored toga, kao i u ostalim ustanovama slične namene, sanitarije nisu adekvatne za lica sa posebnim potrebama. Zbog problema u funkcionisanju toplote, na svim odeljenjima postoji i bojler koji obezbeđuje toplu vodu za kupanje. Za umivanje, pranje ruku i nogu, koristi se hladna voda. Na sufinansirajućem odeljenju, gde svaka soba ima sopstveno kupatilo, uopšte nema tople vode, pa se pacijenti-korisnici kupaju u improvizovanom, zajedničkom kupatilu u kome je postavljen bojler sa jednom tuš-baterijom.

Pacijentima je, u zavisnosti od potreba i zdravstvenog stanja, dozvoljeno da se sami kupaju. Većina njih se ipak kupava uz pomoć medicinskih sestara, uglavnom dva puta nedeljno.

I u ovoj bolnici šišanje i brijanje pacijenata je sastavni deo održavanja opšte higijene, ali ne i deo psihoterapeutskog tretmana.

### d) Kuhinja i ishrana pacijenata

Kuhinja je smeštena u zasebnom objektu, u staroj i oronuloj zgradi koja ima vrlo loše uslove za rad, ali i za pripremanje hrane. U sklopu ove zgrade je i trpezarija u kojoj se hrani deo pacijenata, dok ostali koriste trpezarije na odeljenjima.

Na prvi pogled je očigledno da se u kuhinju odavno, a ni mnogo, nije ulagalo. Pod je od betona, zidovi su oštećeni od vlage i isparenja, plafon takođe. Prostorija je hladna i visoka, u gornjim slojevima se okupljaju i lete vrapci koje zaposleni ne mogu da izbace.

Nema aspiratora, oprema je zastarela i samo delimično u funkciji. Nedostaju novi šporeti i peći, posuđe i pribor, ali i rashladne vitrine, oprema za pranje i odlag-

anje sudova itd. Ceo objekat zahteva hitnu rekonstrukciju kako bi se doveo u prihvatljivo stanje.

Trpezarija u sastavu kuhinje, kao i one na odeljenjima takođe su u očajnom stanju. Nameštaj se sastoji od dotrajalih drvenih, ili metalnih zarđalih stolova i oštećenih stolica. Ambijent ostavlja utisak zapuštenog mesta, nema zavesa, slika niti zelenila, nisu istaknuti jelovnici, o aranžiranju i načinu serviranja hrane ne vodi se računa.

Jelovnike formira nutricionista, a hrana nije dostupna pacijentima nakon uobičajenog vremena. U krugu bolnice ne postoji prodavnica, tako da pacijenti ne mogu samostalno da nabave potrebne stvari.

### e) Eksterijer bolnice

Iako je poseta bolnici u Padinskoj Skeli bila u zimskom periodu, izgled bolničkog kruga i zelenih površina nimalo ne deluju optimistično. Pre svega, na gotovo svim površinama se mogu videti tragovi prekopavanja, kao i zemljišnih radova koji su u toku; radi se o saniranju i popravkama instalacija, koje su zbog dotrajalosti stalni problem, pa bolnički krug verovatno izgleda slično tokom cele godine. To uslovljava ružan izgled zelenih površina, ali i realno onemogućuje bilo kakvo osmišljavanje i uređenje prostora. Činjenica je, takođe, da ustanova nema ni sredstva, ni kadrove za održavanje eksterijera, a nedostaje i veća inicijativa zaposlenih. Pored toga što su zelene površine neravne, malo je drveća, cveća i drugog zelenila, nedostaju klupe za sedenje, korpe za otpatke, nema ambijentalnih ukrasa. Kao i u drugim bolnicama, eksterijer nije dovoljno iskorišćen i ne zadovoljava potrebe rekreativnih, niti drugih psihosocijalnih terapeutskih zahteva.

## II

### **Neusklađenosti ili odstupanja od Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ), Standarda Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (Standardi CPT) i Principa UN za zaštitu osoba sa mentalnim oboljenjima i za unapređenje brige o mentalnom zdravlju (Principi UN), Preporuka Komiteta ministara Saveta Evrope državama članicama o zakonskoj zaštiti osoba sa mentalnim oboljenjima koji su prinudni pacijenti (Principi SE) i Preporuka Parlamentarne skupštine Saveta Evrope (Preporuke SE)**

- Neodgovarajući životni uslovi u ustanovi mogu se okvalifikovati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 32. i 33; Principi UN, prin. 1. stav 1 – 5, prin. 14. stav 1. tačke a, b, c. i d. i stav 2.);

- Sobe u kojima su smešteni pacijenti ne omogućavaju dovoljno životnog prostora po pacijentu i nepovoljno utiču na njihov integritet (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 1 i para. 36. stav 1. i 2.);

- U sobama, hodnicima, kao i u drugim prostorijama u kojima pacijenti borave nema dovoljno svetla, provetravanje je loše, a grejanje vrlo slabo ili ga uopšte nema (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 1.);
- Oprema u sobama i drugim prostorijama koje koriste pacijenti stara je, dotrajala i često oštećena; nema ormara za garderobu, nahtkasni, niti posebnog prostora u kome bi pacijenti čuvali lične stvari (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 2; Principi UN, prin. 9. stav 4.);
- Pacijenti nisu u dovoljnoj meri ohrabreni da razvijaju samopoštovanje, ni od strane stručnog osoblja, niti životnim uslovima u ustanovi; uglavnom ne poseduju lične stvari, niti imaju mogućnost uređenja i dekorisanja prostora u kome borave prema ličnim afinitetima (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 2.);
- Toaleti i tuš-kabine u kupatilima ne omogućavaju nikakvu privatnost; ne postoji posebna ili dodatna bolnička oprema koja bi olakšala kretanje starih i nemoćnih pacijenata, ili hendikepiranih bolesnika (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 34. stav 3; Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka b.);
- Opšti uslovi pripremanja hrane i ishrane pacijenata nisu dobri. Oprema u trpezarijama, sudovi, aranžiranje hrane i prostora, način serviranja itd., nisu u funkciji psihosocijalne rehabilitacije (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 35. stav 1. i 2.);
- Opremljenost prostorija za terapijske aktivnosti, kao i stanje rekreativnih terena je nezadovoljavajuće; nedovoljan broj stručnih terapeuta dodatno otežava sam proces lečenja i rehabilitacije; nema mogućnosti, ni inicijative da se bar određenim grupama pacijenata omogući obrazovanje ili odgovarajući posao (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 37. stav 1. i 2, para. 42. i 43; Principi UN, prin. 13. stav 2 a,b,c. i d.)
- Mogućnost održavanja komunikacije sa spoljnim svetom reducirana je i otežana nedovoljnim brojem telefonskih govornica koje bi bile lako dostupne svim pacijentima; bolnički režim poseta pri postojećem veoma lošem stanju u objektima i van njega, ne obezbeđuje pristojne uslove za kontakt pacijenata sa rodbinom i prijateljima (Standardi CPT, Inf. (98)12, para. 54. 1. i 2; Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka c.).

### III Preporuke

- Umesto predviđenog investiranja u infrastrukturu i postojeće objekte, potrebno je izgraditi savremenu psihijatrijsku bolnicu manjeg kapaciteta, za produženo lečenje pacijenata koji teritorijalno pripadaju opštini;
- Sa predstavnicima Ministarstva zdravlja i MUP korigovati postojeću lošu praksu i pronaći drugo rešenje za kratkotrajnu hospitalizaciju alkoholičara i narkomana, umesto smeštanja u ovu ustanovu;
- Sa predstavnicima ministarstava za zdravlje i socijalnu politiku, lokalnim i republičkim organima hitno pristupiti izradi plana za smeštaj i zbrinjavanje pacijenata čije stanje ne zahteva bolnički tretman, u manje socijalne ustanove pri lokalnim zajednicama, do momenta potpune integracije u društvenu zajednicu;
- Instalirati veći broj javnih telefonskih govornica u krugu bolnice, i makar po jednu na svakom odeljenju;

- Otvoriti pristojno snabdevenu prodavnicu ili kantu;
- Istaći na vidnim mestima u svim odeljenjima pravila ponašanja (kućni red), jelovnike za nedelju dana i druge važne informacije;
- Omogućiti pacijentima da samostalno uredi i dekorišu prostor u kome borave;
- Osmisliti sistem obeležavanja garderobe i individualizovati je, naročito za pacijente koji su dugo vremena u bolnici;
- Uspostaviti saradnju sa obrazovnim institucijama, nevladinim i humanitarnim organizacijama, i organizovati sistem kontinuiranog volontiranja u ustanovi.

## 2. Lečenje

### I

Deo psihijatrijske bolnice "Dr Laza Lazarević" koji se nalazi u Padinskoj Skeli služi za smeštaj pacijenata koji se nalaze u smirenim akutnim i hroničnim stanjima, a potrebno im je nešto duže bolničko lečenje. Oni se u ovaj deo bolnice premeštaju iz beogradskog dela, tačnije sa odeljenja za prijem, trijažu i opservaciju. Iz prijemno-trijažnog bloka, sa 40 ležajeva, gde radi 5 lekara, pacijenti se dva puta nedeljno transportuju do odeljenja u Padinskoj Skeli. Novopridošli pacijenti smeštaju se u zatvorena odeljenja, a onda se, nakon određenog perioda, prebacuju u otvorena odeljenja. Taj period, prema navodima osoblja, u proseku traje po nekoliko nedelja.

Na odeljenjima postoje sobe intenzivne i poluintenzivne nege, i separatne sobe za ograničeno kretanje. U sobe intenzivne nege smeštaju se pacijenti koji imaju i teža somatska oboljenja i suicidalni pacijenti. Homicidalni pacijenti se smeštaju u separatne sobe, u kojima ima dva kreveta, s tim što oba pacijenta, mogu biti smeštena zajedno, iako se nalaze u opisanom (homicidnom) stanju. Ove sobe su vidljive iz dela gde boravi medicinsko osoblje. U odeljenjima ne postoji video-nadzor. Pacijenti nakon prijema provedu oko 8 dana na intenzivnoj, a oko 20 dana na poluintenzivnoj nezi. Na svakom odeljenju postoje pisani kriterijumi za utvrđivanje koju negu, s obzirom na stanje, pacijent iziskuje. Postoji ukupno 11 kriterijuma za svrstavanje u kategoriju pacijenta kome je potrebna opšta nega, zatim 11 kriterijuma za svrstavanje pacijenta u kategoriju koja iziskuje poluintenzivnu negu i striktniji nadzor, od čega je dovoljno da bude ispunjeno 6 pokazatelja, ista je situacija sa brojem pokazatelja u pogledu intenzivne nege i na kraju, postoji i kategorija specijane intenzivne nege, koja ima 5 pokazatelja, od čega je dovoljno da budu ispunjena 3, da bi se na pacijenta primenila pomenuta vrsta tretmana. Ovo su kriterijumi koji su izrađeni na Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu, pre 20 godina.

Prema navodima lekara, prilikom prijema, sa pacijentom se obavi razgovor o ciljevima i načinima lečenja, samo ukoliko se pacijent interesuje za lečenje i ukoliko može da shvati ponuđene informacije. Individualni plan lečenja nije dostupan pacijentu, od njega se ne traži saglasnost za pravljenje, niti za sprovođenje takvog plana. Shodno tome, nema propisane procedure koja bi zahtevala da pacijent dâ pristanak

za takav plan, kao što ne postoji ni nezavisni kontrolni organ, koji bi arbitrirao u situaciji kada pacijent ne želi da dâ pristanak na individualni plan lečenja.

U bolnici se vodi protokol prijemne bolesti, potom istorija bolesti i na kraju, kada se pacijent otpusti, dokumentacija se smešta u arhivu. Od zaposlenih smo dobili informaciju da oni obaveštavaju porodicu o smeštaju pacijenta, a advokati ili zastupnici ne obaveštavaju se o smeštaju. U odnosu na pređašnju dijagnozu pacijenta, ili onu koja je ustanovljena na prijemu, dozvoljavaju se promene i korekcije, što znači da se dijagnoza, u toku boravka u bolnici, može revidirati.

Svi pacijenti u bolnici dobijaju farmakoterapiju. Farmakoterapija koja se primenjuje u bolnici usaglašena je sa savremenim tokovima lečenja psihijatrijskih pacijenata i ima je u dovoljnom broju i količini. Dostupna paleta lekova (neuroleptici, psihostabilizatori, sedativi) raznovrsna je, uključujući i neuroleptike poslednje generacije, koji ne daju ekstrapiramidnu simptomatologiju. Ostalih lekova, neophodnih u ovakvoj ustanovi, takođe, ima dovoljno. Lekovi se ne koriste za sprovođenje dijagnostičkih procedura, niti kao oblik kažnjavanja pacijenata, već se daju isključivo iz terapijskih razloga. Postoji poseban registar jutarnje, podnevne i večernje terapije. Takođe postoji i posebna knjiga ampulirane terapije, koja se daje periodično u depo-preparatima (Moditen-Depo, Haldol-Depo – antipsihotici). Vanredno ordinirana terapija sprovodi se samo po nalogu lekara, upisuje u knjigu primopredaje i kao dekursus u istoriji bolesti. U situacijama kada pacijent izrazi želju da prestane da pije lekove, procenjuje se njegova klinička slika i, eventualno, po rečima lekara, mogu se prihvatiti neke sugestije oko promene terapije. Ako pacijent odbije da uzima terapiju oralno, daje mu se parenteralno.

ECT terapija se ne primenjuje.

Ako postoji potreba za hirurškom intervencijom, pacijenti se prebacuju u Urgentni centar, ili u Kliničko-bolnički centar "Zvezdara". Od pacijenta se ne zahteva pristanak na hiruršku intervenciju, posebno ukoliko je u pitanju hitan slučaj. Ne postoji nezavisno telo, mimo bolnice koje bi moglo preispitati odluku o intervenciji, ukoliko je pacijent ne želi.

U bolnici nema pacijenata koji se smeštaju isključivo zbog potrebe da se izvrši ekspertiza njihovog duševnog stanja.

Grupni rad sa pacijentima realizuje se kroz terapijske zajednice i grupe. Terapijska zajednica uključuje sve na određenom odeljenju, dok na grupama obično bude dvadeset do trideset pacijenata. Grupa se sastaje jednom nedeljno, razgovori traju sat vremena.

Postoje uslovi za individualni i grupni rad sa pacijentima. Individualnim radom se najviše bave psiholozi (psihodijagnostikom i psihoterapijom), dok se u većim prostorijama odvija rad terapijske zajednice i socioterapijskih grupa. Debatni klub se sastaje jednom nedeljno (u trpezariji!), vode ga psiholozi, a teme variraju (porodični odnosi, praznici, ljubav i sl.).

Nema mnogo različitih pristupa i/ili orijentacija u tretmanu. Ako se isključi farmakoterapija, sve se, mahom, svodi na suport, okupaciona terapija uključuje pravljenje "kesica" za lekove od papira, slikanje, pletenje, sađenje cveća i sl., a nagrade nema.

Tretmanu posebnih kategorija pacijenata ne pridaje se posebna pažnja. Najveći broj pacijenata ima psihoze, veoma mali broj je pacijenata koji su zavisnici od psihoaktivnih supstanci, a veći je broj alkoholičara.

Potreba za nekom vrstom tretmana postoji, u osnovi, kod svih pacijenata, ali sve se svodi, praktično, na farmakoterapiju. Individualni tretman, koji upražnjava psiholog, svodi se na psihodijagnostiku, s tim što psiholozi vode i debatni klub. Većina pacijenata nikada nema priliku da nasamo razgovara sa psihologom (sem kada su podvrgnuti psihodijagnostičkom testiranju), socijalne radnike takođe retko viđaju, dok su kontakti sa radnim terapeutima češći. Razgovori se zakazuju usmeno, posle timskih prikaza pacijenata.

Pacijenti imaju na raspolaganju fiskulturnu salu, terene za fudbal, košarku i odbojku, ima i stolova za stoni tenis, ponekad se organizuju igranke, kvizovi i sl., umetničke aktivnosti mahom se odvijaju u sklopu radne terapije. Kao i u ostalim ustanovama, problem je u tome što samo jedan veoma mali broj pacijenata učestvuje u ovim aktivnostima.

Saradnja sa porodicama pacijenata je relativno dobra, članovi porodice su uglavnom raspoloženi za saradnju, psiholozi jednom nedeljno razgovaraju sa članovima porodice i, obično, pred otpust.

Tendencija je da maksimalno trajanje hospitalizacije bude devedeset dana, a u proseku je oko šezdeset dana, tako da se ide na to da u bolnici budu "subakutni" pacijenti na produžnom lečenju, posle koga sledi resocijalizacija, odnosno, rehabilitacija.

Za razliku od vršačke i kovinske bolnice, zaposleni u bolnici "Dr laza Lazarević" ističu da imaju dobru saradnju sa centrima za socijalni rad. Posebno je apostrofirana saradnja sa Centrom za zbrinjavanje starih lica, sa kojima ustanova ima potpisan ugovor o međusobnoj saradnji. Jednom nedeljno u bolnici je ambulantni dan u kome se pružaju usluge korisnicima ovog doma. U planu je stvaranje i razrada programa "sigurnosne kuće" sa tendencijom da nadležni centri za socijalni rad preuzimaju pacijente (bolnica bi im obezbedila zdravstvenu zaštitu i klubove koji bi tek trebalo da se oforme), tako da psihijatrija, umesto brige o zajednici, postaje svojevrsni "servis." Postoji, takođe, dogovor sa Centrom za autističnu decu da im bolnica obezbedi superviziju na terenu.

S druge strane, saradnja sa zdravstvenim ustanovama slaba je jer nerado prihvataju psihijatrijske pacijente, čak i kada im je život ugrožen. Ovo je pojava koja je identična i u slučajevima psihijatrijskih pacijenata koji su smešteni u druge psihijatrijske bolnice. Stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata, koja je izražena do mere da ne mogu dobiti adekvatnu lekarsku negu i zaštitu, kada se pojavljuju kao somatski pacijenti, zahteva posebnu društvenu pažnju i brigu i smatramo da bi država trebalo odgovorno da se pozabavi ovim problemom.

Nakon posete Evropskog komiteta protiv torture (CPT), dve ključne primedbe koje su upućene povodom tretmana i lečenja pacijenata bile su usmerene na nepostojanje individualnog plana za lečenje pacijenata i nepostojanje adekvatnih kapaciteta za primenu širokog spektra rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti. Nažalost, moramo primetiti da se na tom polju stanje nije značajno popravilo i unapredilo.

## II

## Neusklađenosti ili odstupanja

- Psihijatrijsko lečenje nije individualizovano, jer pacijent ne dobija specifični plan lečenja koji podrazumeva široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, koje pored ostalih uključuju kreativne radionice, fizičku rekreaciju i mogućnost sticanja određenih veština koji mu mogu biti od pomoći za uspešnu reintegraciju u društvenu zajednicu (ZZZ čl. 28, Standardi CPT, para. 37.);
- Pacijenti u psihijatrijskoj bolnici nemaju pravo na slobodan izbor lekara i nemaju pravo na odlučivanje o tome da li će nad njima biti primenjena određena medicinska mera, ili ne, bez obzira da li su dobrovoljni pacijenti, ili su prinudno smešteni u bolnicu (ZZZ članovi 31. 32. 33. 34 i posebno član 35. stav 4, Principi UN, prin. 11. stav 2.);
- Pacijenti ne dobijaju sistematski relevantne informacije od lekara o svom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja (Standardi CPT, Inf. (98)12. para. 41.);
- Pacijenti nemaju pravo uvida u svoj medicinski karton, niti pravo na informisanje o podacima iz svog medicinskog kartona (ZZZ član 36, Principi UN, prin. 18.);
- Pristup medicinskim dosijima pacijenata nije autorizovan, tako da poverljivost nije obezbeđena. Dosije se ne prosleđuje lekaru druge ustanove u koju se premešta pacijent, niti lekaru u zajednici na slobodi po otpuštanju pacijenta (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 40.);
- Psihijatrijski pacijenti su diskriminirani kada se pojavljuju u ulozi somatskih pacijenata (ZZZ član 20. i 26. stav 2, Principi UN, prin. 1. stav 4.);
- Zanimljivo je da princip da bi svaka osoba sa mentalnim poremećajem trebalo da ima pravo da živi i radi, u onoj meri u kojoj je to moguće, u zajednici (Principi UN, prin. 3.);
- Pacijenti, posebno oni koji se nalaze u zatvorenom tretmanu, nemaju na raspolaganju odgovarajuće prostorije za rekreaciju niti odgovarajuće rekvizite (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 37).

## III

## Preporuke

- Za svakog pacijenta napraviti poseban plan lečenja;
- Doneti novi zakon o mentalnom zdravlju kojim će biti inkorporirana prava koja su predviđena međunarodnim dokumentima, pa između ostalog, i da pacijent, u skladu sa svojim duševnim stanjem, mora imati pravo na izbor lekara koji će ga lečiti i na pristanak na određenu medicinsku meru koja se nad njim primenjuje; kao i pravo da određenu meru može odbiti;
- Pacijenti moraju imati pravo uvida u svoj medicinski karton, što u određenim slučajevima može biti ograničeno, ali to ograničenje i njegovo sporvođenje mora

biti propisano domaćim zakonom, na onaj način kako je propisano relevantnim međunarodnim dokumentima;

- Zakonski regulisati obavezu da se pacijentov medicinski karton prosleđuje prilikom premeštaja pacijenta u drugu bolnicu, ili ustanove koje su od značaja za zdravlje pacijenta;
- Lekar mora konstantno da pruža iscrpne informacije pacijentu o njegovom zdravstvenom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja;
- Motivisati osoblje da na različite načine uspostavi iskren odnos sa pacijentom i da mu pomaže;
- Razvijati fundamentalne komponente psihosocijalnog rehabilitacionog tretmana (radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke i sportske aktivnosti), povećati broj radnih terapeuta, uključiti više psihologa i socijalnih radnika u pomenute aktivnosti, zaposliti stručnjaka za sportske aktivnosti, obnoviti terene, nabaviti nove rekvizite, a popraviti stare;
- Usmeriti tretman što je moguće više ka očuvanju samostalnosti pacijenata (ne praviti razliku između terapije i rehabilitacije, započeti rehabilitaciju čim se uspostavi makar i minimalna kooperativnost pacijenta; pri započinjanju rehabilitacije, u zavisnosti od stepena oštećenja ličnosti, pristupiti, pre svega, razvijanju onog dela ličnosti koji je očuvan u cilju što bolje socijalizacije);
- Pokrenuti tzv. zaštićene radionice i omogućiti nekim pacijentima da u njima rade (s obzirom na "tešku" psihopatologiju pacijenata, bio bi potreban duži rad u specijalnim zaštitnim radionicama u kojima bi akcenat bio više na radnoj terapiji, a manje na realnom radu);
- Boriti se protiv stigmatiziranja psihijatrijskih pacijenata (Svetsko udruženje psihijatara pokrenulo je kampanju protiv stigmatizacije shizofrenih pacijenata pod nazivom "Otvorite vrata"), posebno edukovati zdravstvene radnike jer se pokazalo da je upravo među njima velika zastupljenost negativnih ubeđenja o mentalnoj bolesti i manje optimističan stav o mogućnostima lečenja i resocijalizacije osoba sa mentalnim poremećajima, edukacija i kontakt su definisani kao najefikasniji principi promene stava, a značaj "dvosmerne edukacije" u zdravstvu, odn. među svim profilima stručnjaka koji se bave somatskom medicinom i mentalnim poremećajima, nemerljiv je;
- Rehabilitacija u bolničkim uslovima trebalo bi da bude samo prva karika u lancu pomoći osobama sa (teškim) mentalnim oboljenjima na putu socijalne reintegracije i "povratka" u zajednicu, tako da bi i sredinu (porodicu, šire sisteme) trebalo edukovati kako bi mogli da razumeju potrebe pacijenata (psiholozi i socijalni radnici obučeni za rad s porodicom i/ili za terapiju porodice mogu da utiču na članove uže porodice da ne izlaze u susret regresivnim potrebama pacijenta i njegovoj/njenoj potrebi za zavisnošću, i tako spreče da se od svog doma ne napravi azil za jednog pacijenta); u psihijatrijskim ustanovama prelaznog tipa (za parcijalnu hospitalizaciju poput dnevne bolnice) ne bi trebalo negovati suviše permisivnu atmosferu i/ili nepromišljeno niska socijalna očekivanja od pacijenata.

### 3. Osoblje

#### I

U bolnici "Dr Iza Lazarević" zaposleno je ukupno 66 lekara i 214 medicinskih sestara i tehničara, 8 socijalnih radnika i 8 psihologa, a od tog broja u Padinskoj Skeli je 17 lekara i 100 sestara, 3 psihologa i 3 socijalna radnika. Pored zaposlenih radnih profila koje smo pomenuli, u Padinskoj Skeli su zaposlena 3 radna terapeuta i jedan defektolog. Mere Vlade Srbije o racionalizaciji kadrova u zdravstvu imale su za posledicu da u 2005. godini čak 60 ljudi odjednom napusti bolnicu (od kojih su 8 lekari), pa je uprava bila prinuđena da spaja odeljenja, jer na njima više nije bilo dovoljno medicinskog osoblja.

Trenutno je u izradi nova sistematizacija radnih mesta, koja predviđa malo povećanje broja medicinskog osoblja, i to lekara na 78, a sestara i tehničara na 227, 11 socijalnih radnika i 11 psihologa. U poređenju sa znatno većim psihijatrijskim bolnicama (u Kovinu i Vršcu), broj zaposlenih u bolnici "Dr Iza Lazarević" veći je, ali i dalje potvrđuje činjenicu o nepovoljnoj kadrovskoj strukturi. Tako npr. u bolnici u Padinskoj Skeli od 19 h na dežurstvu su samo dva lekara (1 za stacionar i 1 za ambulantu) i po tri medicinske sestre, ili tehničara na svakom odeljenju. Pri tom, treba imati u vidu da obrazovni sistem u Srbiji nikada nije imao posebnu edukaciju psihijatrijskih medicinskih sestara i tehničara, pa se tako npr. postupanje sa uznemirenim pacijentima rešava od slučaja do slučaja, na bazi internih pravila i dogovora.

Svakog dana su uobičajeni timski sastanci na odeljenjima, jednom nedeljno se sastaje stručni kolegijum, a pojedini profili zaposlenih (psiholozi, socijalni radnici...) sastaju se po potrebi. Teme sastanaka variraju od uskostručnih (pacijenti koji su u pogoršanju, suicidalni rizici, otpusti i sl.) do razmatranja svakodnevnih problema u radu (problemi na pojedinim odeljenjima, krađe, pranje veša, izbacivanje đubreta i sl.).

Osoblje nije pohađalo obuku o nefizičkim i manuelnim načinima savlađivanja otpora.

Na osnovu informacija, koje smo dobili od uprave, a koje je su potvrdili i neki od zaposlenih sa kojima smo razgovarali, uprava bolnice posvećuje veliku pažnju edukaciji zaposlenih i smatra da je to od velikog značaja za rad i funkcionisanje same bolnice. Mogućnost profesionalnog osposobljavanja uz rad postoji, osoblje je zainteresovano za različite vidove dodatne obuke, a u poslednje vreme bolnica obezbeđuje i materijalne uslove za takvo edukovanje (specijalizacija, dodatne edukacije i sl.). U prošloj godini ustanova je izdvojila iznos od 800 – 900.000 dinara za edukaciju zaposlenih radnika. Osoblje je, između ostalog, pohađalo obuke za rad u grupi, rad na porodičnoj psihoterapiji. Ustanova je ostvarila dobre kontakte sa nadležnim obrazovnim ustanovama i univerzitetima (sa katedrom za forenzičku psihijatriju, sa katedrom za psihologiju). U planu je osmišljavanje programa edukacije u oblasti komunikacije, savladavanje jezičkih veština, socijalne psihijatrije, psihorehabilitacije. S obzirom na to da je plan edukacije za tekuću godinu već napravljen, od direktora ustanove smo dobili informaciju, da će gotovo svo zaposleni (lekari, sestre,

psiholozi) pohađati kurseve edukacije u ovoj godini. Ostvariće se aktivan kontakt i saradnja sa onim institucijama koje su uključene u proces reforme psihijatrije.

Osoblje, ni posle nedavnog povećanja plata, nije zadovoljno visinom iznosa, dok su uslovima rada posebno nezadovoljni medicinske sestre i tehničari.

Ono što može predstavljati problem u radu jeste mali broj zaposlenih koji mogu biti od pomoći prilikom rešavanja kriznih situacija. Već smo pomenuli da samo tri sestre, ili tehničara dežuraju u toku noći na svakom od odeljenja. Kako smo čuli od zaposlenih, a i od pacijenata sa kojima smo obavili razgovor, sukobi i tuče među samim pacijentima nisu retka pojava. U tim situacijama, osoblje koje je deficitarno i nije adekvatno obučeno niti edukovano da postupa u kriznim situacijama, staje između pacijenata i pokušava da smiri situaciju. Takvi incidenti predstavljaju dodatni stres za zaposlene i dešava se da zaposleni budu povređeni. Zato je procena psihologa i radnih terapeuta je da je nivo stresa na poslu jak.

U prošloj godini vođena su 4 disciplinska postupka protiv zaposlenih. U dva slučaja zaposleni su zloupotrebili novac iz kafe kluba, a u druga 2 slučaja zaposleni su neovlašćeno napustili svoja radna mesta.

U bolnici ne postoji biblioteka, ni za osoblje, a ni za pacijente.

Zaposleni sa kojima smo razgovarali nemaju nikakvih saznanja o postojanju korupcije u ustanovi.

#### II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Na nivou stručnih udruženja psihijatara ne postoji propisan etički kodeks za psihijatre, kao ni za druge stručnjake i medicinsko osoblje koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata (Preporuke SE 7. I, tačka e.)

- Bolnica nema dovoljno osoblja, posebno stručnog, koje bi obavljalo delatnost u oblasti radne terapije (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 42.). Isto važi i za Principe UN, prin. 14. stav 1. tačke a, b. (sa naglaskom na nedostatak odgovarajućih tehnika, testova i skala);

- Zbog neadekvatnog školskog sistema, bolnica nema kvalifikovan srednjoškolski medicinski kadar, kao i onaj sa višom stručnom spremom u oblasti psihijatrije. Zbog nedostatka obučenog kadra i malog broja radnih terapeuta, ne postoji adekvatan terapijski ambijent koji bi se manje oslanjao na medikamentoznu terapiju (Standardi CPT Inf. 98 (12), para. 44.);

- Pomoćno i medicinsko osoblje sa srednjom školskom spremom nije pažljivo nadzirano od strane stručnog zdravstvenog osoblja (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 28. i 29.);

- Tokom vikenda i noću malo je potrebnog osoblja (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 30.);

- Kontrola osoblja od strane uprave nije dovoljna (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 31.);

- Ni država, ni resorno ministarstvo, niti druge nadležne institucije, ne stimulišu prisustvo nezavisnih osoba, studenata, istraživača (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 46).

### III Preporuke

- Na nivou profesionalnog udruženja doneti etički kodeks psihijatara, drugih stručnjaka i medicinskog osoblja koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata;
  - Reformisati školski program u srednjim i višim stručnim školama, tako što bi se u sistem uvela posebna specijalizacija iz oblasti psihijatrije;
  - Pre stupanja na rad u bolnici za pomoćno osoblje organizovati posebnu obuku kroz koju će biti upoznati kako i na koji način postupati sa pacijentima, kao i obuku o metodama nefizičkog savlađivanja otpora;
  - Povećati broj psihologa, radnih terapeuta i socijalnih radnika;
  - Omogućiti pomenutim kadrovima veći angažman na poslovima socijalne terapije
  - Nabaviti savremenije i validnije tehnike, testove i skale;
  - Angažovati psihologe na proceni (preostale) radne sposobnosti i rehabilitacionih potencijala pacijenata;
  - Pažljivije nadzirati pomoćno osoblje;
  - Povećati kontrolu osoblja od strane uprave;
  - Intenzivirati komunikaciju među različitim profilima stručnjaka;
  - Stimulisati prisustvo nezavisnih osoba (studenta, istraživača, volontera);
  - Nastaviti sa edukacijom osoblja na svim nivoima;
  - Poboljšati uslove rada osoblju, počevši sa opremanjem radnog prostora odgovarajućim nameštajem i tehnikom;
  - Povećati plate osoblju, imajući u vidu njihov težak posao i položaj u kojem se nalaze.

## 4. Sprečavanje zlostavljanja (torture)

### I

Evropski komitet protiv torture (CPT) u septembru 2004. godine, u sklopu svoje prve posete Srbiji i Crnoj Gori, izvršio je monitoring bolnice "Dr Laza Lazarević", odeljenja u Beogradu i u Padinskoj Skeli. U izveštaju CPT posebno je apostrofirao problem sa deficitom zaposlenih u bolnici, naročito u popodnevnoj i noćnoj smeni. CPT je u svom izveštaju izrazio ozbiljnu zabrinutost da mogu nastupiti teške posledice ukoliko se ovaj problem ne reši na adekvatan način. Bez obzira na izveštaj CPT, zahvaljujući merama Vlade Republike Srbije, u 2005. godini bolnicu je dobrovoljno napustilo 60 zaposlenih, što je dodatno pogoršalo stanje u ovoj ustanovi, i to do stadijuma da su zaposleni bili prinuđeni da spajaju određena odeljenja, kako bi

bolnica mogla da funkcioniše. U toj situaciji, 2006. godine desio se incident koji je rezultirao veoma tragičnim posledicama. Zbog neadekvatnog smeštaja pacijenata i neadekvatnog nadzora osoblja, pacijent je, u toku jedne noći, usmrtio trojicu pacijenata koji su sa njim bili u sobi. Iako je nakon incidenta preduzeto nekoliko mera (uprava je smenjena, povećan je broj zapsolenih), smatramo da ni u ovim uslovima nisu otklonjeni svi uzroci koji su doveli do pomenute tragedije. U bolnici nema zaposlenih koji su obučeni u nefizičkim i manuelnim metodama savlađivanja otpora. Drugi problem je u tome što ne postoji nikakva propisana procedura za krizne situacije. U toku noći, na odeljenjima sa pacijentima ostaju po tri medicinske sestre ili tehničara. Posledica ovakvog stanja je u tome što se osoblje nalazi pod stersom, jer je prinuđeno da ad hoc rešava krizne situacije i da koristi druge pacijente u kritičnim situacijama (smirivanje i imobilizacija uznemirenih pacijenata, ili intervenisanje u slučaju međusobnih sukoba između pacijenata).

Iako se pacijenti upoznaju sa kućnim redom prilikom prijema u bolnicu i na terapijskoj zajednici, na odeljenjima nisu istaknuta pravila ponašanja, kao ni bilo kakva uputstva korisna za pacijente i osoblje. Zaposleni se oslanjaju na norme propisane za rad sa određenim grupama bolesnika, propisane u Institutu za mentalno zdravlje još pre 20 godina. Budući da su ih vreme i život uveliko prevazišli, osoblje nema drugog izbora nego da u internim konsultacijama dogovori neformalna pravila reagovanja i ponašanja, što je nedopustivo. Pacijenti svoje pritužbe na uslove i tretman u bolnici mogu da napišu i ubace u sanduče (kojih takođe nema na vidnim mestima), ili direktno u knjige utisaka, koje se nalaze na odeljenjima, kod medicinskih sestara. Prema rečima zaposlenih, većina pacijenata ipak saraduje sa osobljem i svoje probleme, pa i pritužbe, iznosi lekarima i sestrama ili na terapijskoj zajednici.

U Padinskoj Skeli, za razliku od vršačke i kovinske bolnice, ne postoji zaštitnik pacijentovih prava kome se oni mogu obratiti ukoliko žele da se prituže na tretman osoblja, ili uskraćivanje određenih prava. Iznošenje pritužbi na rad osoblja pred celom terapijskom zajednicom, ili obraćanje zaposlenima u ustanovi radi pritužbi na rad i ponašanje drugih zaposlenih, svakako da ne predstavljaju adekvatan mehanizam zaštite prava pacijenata.

Kao i u drugim psihijatrijskim bolnicama, i u ovoj bolnici zaposleni su nas uveravali da ne postoje ograničenja u pogledu komunikacije pacijenata sa spoljnim svetom. Izuzetak su posete koje podrazumevaju poštovanje propisanog kućnog reda. Na ulaznim vratima svakog odeljenja istaknuto je vreme za posete, radnim danom od 14 h–15 h, a vikendom od 14 h–16 h. Odstupanja su dozvoljena u slučajevima kada lekar proceni da je to u interesu zdravlja pacijenta.

Pacijenti koji se nalaze u zatvorenom tretmanu celokupnu komunikaciju sa spoljnim svetom ostvaruju uz striktan nadzor osoblja (telefoniranje, prijem pošte). Pošto ova prava pacijenata, posebno onih koji su prisilno smešteni u bolnicu, nisu izričito propisana, osoblje ima potpunu diskreciju da ih odobri, ili ograniči.

Nadzor nad radom ustanove obavlja isključivo Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Kako još uvek nije uspostavljena kancelarija ombudsmana, pacijenti nisu u mogućnosti da se obrate nezavisnom telu, izvan sistema Ministarstva zdravlja, koje bi moglo razmatrati pritužbe u pogledu eventualnih kršenja njihovih prava.

## II

## Neusklađenosti ili odstupanja

- Bolnica nije organizovala rad zaštitnika pacijentovih prava (ZZZ, član 39);
- Srednjemedicinski kadar nije posebno edukovan o načinima nefizičkog i manuelnog savladavanja otpora (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 28.);
- Pacijenti pomažu osoblju u obuzdavanju uznemirenih pacijenata. Srednji medicinski kadar nije nadziran od strane stručnog osoblja (lekara, uprave, rukovodećeg medicinskog kadra) u popodnevnom časovima i tokom noći. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 29. i 30.);
- Prava psihijatrijskih pacijenata nisu precizno regulisana. Nije utvrđen poseban žalbeni postupak. Nije ustanovljeno posebno telo izvan sistema koje bi se bavilo pravima pacijenata. (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27. i 55, Principi UN prin. 12. stav 1 i prin. 21.);
- Pored stručnog nadzora koje nad radom ustanove vrši inspekcija iz resornog ministarstva, ne postoji nijedno nezavisno telo koje bi periodično vršilo monitoring nad radom bolnice u cilju zaštite prava pacijenata (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27, Principi UN prin. 22, Preporuke SE prepo. 7. II tačka f.);
- Kontakt pacijenata u zatvorenom odeljenju redukovno je, jer se vrši isključivo posredstvom osoblja bolnice (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 27. i 54).

## III

## Preporuke

- Orgaizovati specijalne edukacije za medicinsko osoblje o radu sa psihijatrijskim pacijentima i upoznati ih sa tehnikama nefizičkog i manuelnog savladavanja otpora;
- Zaposliti dovoljno stručnog osoblja kako bi se izbegla situacija da se pacijenti koriste u savladavanju uznemirenih i agitiranih pacijenata;
- Napraviti takav raspored rada da stručno osoblje (psihijatri) budu prisutni u bolnici tokom popodneva i noću;
- Hitno je potrebno usvojiti odgovarajuće zakonske i podzakonske akte kojima će precizno biti regulisana prava pacijenata, sa naglaskom na jasno definisan žalbeni postupak posebno ustanovljenom telu izvan bolnice. Ovo telo mora da ima vrlo precizna ovlašćenja i obavezu da u određenom roku preispita žalbu i preduzme odgovarajuće korake ukoliko ustanovi povredu propisanih prava;
- Ustanoviti posebno telo koje će vršiti monitoring bolnice radi ispitivanja da li se i na koji način poštuju propisana prava pacijenata, posebno onih koji su prinudno smešteni.

## 5. Sredstva za ograničenje slobode kretanja

## I

U psihijatrijskoj bolnici postoje dva vida ograničenja slobode kretanja. Prvi vid je smeštaj pacijenata u zatvoreno odeljenje. Pacijentima je ograničena sloboda kretanja na bolničko krilo (sobe, hodnik, kupatilo, trepezarija). Oni ne mogu izlaziti van bolničkog krila, niti imaju mogućnost komunikacije sa pacijentima iz drugih bolničkih krila. Režim na ovim odeljenjima je striktniji, samim tim što se pacijenti nalaze pod strožim nadzorom osoblja. Na primer, u ženskom zatvorenom odeljenju osoblje ne dozvoljava da pacijenti prilegnu u krevet tokom dana, čak ni posle ručka. Iako teoretski pacijenti mogu primati posete u utvrđeno vreme danima koji su predviđeni za posete, lekar može ograničiti posete rodbine ukoliko smatra da bi se to loše odrazilo na stanje i zdravlje pacijenta. Celokupna komunikacija na zatvorenim odeljenjima redukovana je do mere da osoblje određuje kako će, koliko i na koji način pacijenti komunicirati sa spoljnim svetom. Zbog nedovoljnog broja zaposlenih koji rade po smenama, pacijenti nemaju mogućnost da izađu na svež vazduh svakodnevno. Pacijenti se na zatvorenim odeljenjima zadržavaju po nekoliko nedelja, a po potrebi i nekoliko meseci. Tim lekara procenjuje kada se pacijent može prebaciti u otvoreni tretman. Već smo pomenuli da se zaposleni oslanjaju na Kriterijume za postupanje sa različitim kategorijama pacijenata koje je propisao Institut za mentalno zdravlje pre 20 godina, ali ovaj dokument nema nikakvu obavezujuću snagu, pa se prema tome ne može smatrati adekvatnim u kontekstu ograničenja slobode kretanja. Ipak, ovom prilikom moramo naglasiti da je ovo jedina bolnica, u odnosu na još dve koje smo posetili (bolnice u Kovinu i Vršcu), koja ima napisane objektivizarne kriterijume, prema kojima se pacijenti razvrstavaju u različite tretmane. Sa druge strane, ovo su kriterijumi koji su izrađeni pre 20 godina i svakako bi mogli biti podvrgnuti izvesnoj reviziji, u skladu sa savremenim trendovima u nauci. Drugi problem je što kriterijumi nemaju obavezujuće dejstvo, nije propisana mogućnost ulaganja pritužbe na odluku i primenu tretmana, niti postoji obaveza da se vrši periodična revizija odluke o smeštaju u određeni tretman.

Program za krizne intervencije na odeljenjima ne postoji. Ordinirajući lekar je taj koji usmenim instrukcijama nalaže načine i oblike reagovanja u slučajevima krize. Pacijenti učestvuju, zajedno sa osobljem, u obuzdavanju agresivnih pacijenata. Ali, za razliku od bolnice u Kovinu, na primer, pacijenti koji učestvuju u obuzdavanju drugih uznemirenih i agitiranih pacijenata ne određuju se unapred, niti im se takav angažman nudi kao vrsta satisfakcije i posebno ukazanog poverenja. Osoblje, u zavisnosti od složenosti situacije, i eventualne opasnosti, odlučuje o vrsti i načinima angažmana pacijenata. U Padinskoj Skeli se koriste kaiševi za fizičko obuzdavanje. Razlika u odnosu na druge bolnice jeste poseban registar imobilizacija koje potpisuju psihijatri, a koji se nalazi u ambulanti. Pored toga, napravi se i dekurzus u istoriji bolesti pacijenta. S obzirom na to da ne postoje formalno propisana pravila, niti postupci o upotrebi ovih sredstava, nema ni jasno definisane procedure kojom bi se sprečila mogućnost prelaska ovakvog tretmana u torturu, bilo vremensku, bilo onu koja može nastati primenom prekomerne sile. Niko od osoblja nije prošao specijalne treninge za upotrebu sredstava za ne-fizičko i manuelno obuzdavanje, sa ciljem da



se nanese najmanja šteta pacijentu, ali i da bi zaposleni bili zaštićeni od povreda i trauma koje mogu nastupiti u ovakvim situacijama. Ni u ovoj bolnici još uvek nije uvedena obaveza, pa samim tim ni praksa da se porodice pacijenata, ili njihovi staraoci, obavestavaju o primeni sredstava za fiksiranje. Za protekla 3 meseca bilo je primenjeno 24 fiksacije, što znači da ima perioda kada niko od pacijenata nije fiksiran.

Uvođenjem posebnog registra, u koji se beleže informacije koje se odnose na fizičku imobilizaciju pacijenata, prihvaćena je preporuka Komiteta protiv torture. Ipak, smatramo da na ovom polju, ni izbliza nije dovoljno učinjeno, jer još uvek ne postoji propisana procedura za reagovanje u kriznim situacijama i za način sprovođenja mere fiksiranja uznemirenih pacijenata.

U bolnici nema samica, pa se ova mera ograničenja slobode kretanja, ne koristi.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

- Metodi i načini ograničenja slobode kretanja uopšte nisu definisani, ni na nivou države, ni na nivou ove bolnice. Ne postoji popisana procedura, niti obavezujući kriterijumi kada, kako i pod kojim uslovima pacijenti mogu biti smešteni u zatvoreni tretman. Isto sa odnosi i na druga sredstva kojima se ograničava sloboda kretanja, kao što je vezivanje pacijenata (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 47, Principi UN.prin. 11. stav 11.);
- Niko od osoblja nije prošao posebnu obuku o načinima i metodama nenasilnog i manualnog savladavanja otpora (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 47.);
- Pacijenti pomažu osoblju u obuzdavanju uznemirenih pacijenata (Standardi CPT Inf. 98 (12) para. 29.);
- Pacijentima se u nekim zatvorenim odeljenjima ne dozvoljava da se u toku dana vrate u sobe i odmire u krevetu (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 36. stav 2.).

## III

### Preporuke

- Zakonom predvideti metode ograničenja slobode kretanja, tačno određene slučajeve i vremenski okvir u kojem se može ograničiti sloboda kretanja za pacijente, kao i postojanje nezavisnih organa ili tela, koji će imati obavezu da na zahtev pacijenta preispitaju odluku o ovom ograničenju;
- Unutrašnjim bolničkim pravilnikom utvrditi kako, kada, pod kojim uslovima pacijent mora biti smešten u zatvoreni tretman. Predvideti obavezne revizije odluke o smeštaju u pravilnim vremenskim intervalima;
- Na nivou bolnice doneti precizne smernice o postupku obuzdavanja agitiranih i uznemirenih pacijenata;
- Fiksiranje, kao krajnju meru, koja je regulisana i posebnim bolničkim pravilnikom, obavljati u posebnoj prostoriji, mimo prisustva ostalih pacijenata;

- Organizovati posebnu edukaciju za osoblje o ne-fizičkim i manualnim načinima savladavanja uznemirenih pacijenata;
- Pacijente ne koristiti u slučajevima obuzdavanja i imobilizacije drugih pacijenata;
- Pacijentima koji to žele, u toku dana omogućiti odlazak u sobe, na odmor ili predah, umesto da budu obavezni da ostanu na okupu sa drugim pacijentima.

## 6. Garancije u kontekstu prisilnog smeštaja

### I

Postupak smeštaja u bolnicu odvija se u delu bolnice koja se nalazi u Beogradu, jer taj deo ima funkciju urgentnog psihijatrijskog dela. Na godišnjem nivou bolnica izvrši od 4.000 – 4.500 prijema. Problem je u tome što policija vrlo često dovodi ljude koji su pod dejstvom alkohola i narkotika u bolnicu. Najčešće, kada se otrezne, ovi ljudi se puštaju iz bolnice.

Bolnica je napravila dogovor sa Drugim opštinskim sudom u Beogradu da dva puta u toku nedelje sudije dolaze u bolnicu i da za svakog pacijenta koji je primljen utvrde da li je dobrovoljni, ili prisilni pacijent. Ako je prisilni pacijent, sud će zahtevati veštačenje dvojice stručnjaka iz bolnice. Na osnovu njihovog mišljenja, sud će doneti odluku o prisilnom smeštaju. Iako je ovo postupak koji tek treba da bude sproveden, prednost u odnosu na proceduru prilikom prijema u kovinsku ili vršačku bolnicu jeste utoliko veća, jer sudije dolaze u bolnicu da bi videle pacijente. Nedostatak je što se ceo postupak svodi na mišljenje dva veštaka iz bolnice, bez uključivanja nezavisnih veštaka, eventualnog advokata, ili zastupnika pacijenta koga sud i dalje nije u obavezi da obezbedi. Pacijenti bez advokata nisu u mogućnosti da se žale na odluke o smeštaju, jer im se one lično ne dostavljaju. Od uprave smo dobili podatak da je od 4.500 prijema godišnje oko 100 prisilnih. Pacijenti se u bolnici u Beogradu zadržavaju oko mesec dana, nakon čega se prebacuju u Padinsku Skelu ukoliko je potrebno duže lečenje.

U Padinskoj Skeli nismo zatekli formulare o dobrovoljnom pristanku na lečenje, kao ni formulare o prisilnom prijemu. Zaposleni su nam rekli da su to dokumenti koji se čuvaju u beogradskom delu bolnice, čak i onda kada se pacijenti nalaze na lečenju duži period (jednu do dve godine). U delu bolnice u Padinskoj Skeli nema dokumenata koji bi mogli da ukažu na to pod kakvim je okolnostima pacijent primljen u bolnicu. Shodno tome, pacijenti koji su dobrovoljno smešteni u bolnicu nisu informisani da mogu napustiti bolnicu kada to žele, a da osoblje mora pokrenuti postupak za prisilni prijem, ukoliko se ne bi složili sa željom pacijenta.

Bolnica nije štampala brošuru koja bi pacijente i članove porodice upoznala sa eventualnim tretmanom i načinima postupanja. O pravima pacijenata teško je i govoriti, kada ona nisu kodifikovana, niti posebno propisana.

Pacijenti se mogu žaliti načelniku odeljenja, ili izneti svoj problem na terapijskoj zajednici. Međutim, ne postoji propisana obaveza da se pritužba razmotri i da se pacijentu dâ pisani odgovor, kako bi se on mogao žaliti Ministarstvu zdravlja.

Očigledno je da u bolnici ne postoji precizno utvrđen i propisan sistem pritužbi i žalbi pacijenata na eventualno kršenje njihovih prava.

Uopšteno, pacijenti mogu komunicirati sa spoljnim svetom, ali lekar ima diskreciono pravo da ograniči kretanje pacijenta, da uskrati posete, da kontroliše prepisku i telefoniranje.

Van sistema Ministarstva zdravlja ne postoji telo koje bi moglo vršiti monitoring bolnice i baviti se pravima pacijenata. Ministarstvo zdravlja vrši stručni nadzor nad radom ustanove, ali se niko specijalno ne bavi pravima pacijenata, posebno onih koji su prisilno smešteni i lečeni u bolnici.

Otpuštanje pacijenata zavisi od procene njihovog zdravstvenog stanja. Mada se osoblje u principu trudi da pacijente što kraće zadržava u bolnici, odnosno, taman toliko koliko je potrebno da se oni zdravstveno zbirnu, boravak pacijenta se može produžiti i kada Centar za socijalni rad to zatraži od bolnice, jer pacijent nema gde da se vrati i smesti po otpuštanju iz bolnice. Samo zahvaljujući ličnom angažmanu uprave i osoblja skoro svi pacijenti koji su u bolnici boravili dugi niz godina, smešteni su u odgovarajuće institucije koje se nalaze pod ingerencijom Ministarstva za rad, zapošljavanje i socijalna pitanja, ali u tome, nažalost, nisu imali niti pomoć, niti koordinaciju pomenutog Ministarstva.

Zaposleni su nam predočili proceduru koja se primenjuje u slučaju bekstva pacijenta iz bolnice, bez obzira da li je reč o pacijentu koji je dobrovoljno ili prisilno smešten: tehničar popunjava obrazac o bekstvu, u dva primerka, i potpisuje ga. Dežurni lekar popunjava poternicu u tri primerka, koju potpišu upravnik i ordinirajući lekar, a MUP se obaveštava telefonom. Kada se pacijent vrati, ili kada ga vrate, smešta se u zatvoreni tretman, ne zbog kazne, nego zato što je sklon bekstvu.

Komiteo protiv torture preporučio je da se procedura sudske verifikacije prinudnog smeštaja mora primenjivati bez izuzetka. Posebno je ukazao na to da sudski postupak ne sme biti puka formalnost, bez suštinskog proveravanja, ili sprovođenja postupka, nakon čega bi mogla biti doneta validna odluka. Komiteo je ukazao na potrebu angažovanja nezavisnog veštaka od strane suda u proceni pacijentovog duševnog stanja. Komiteo je ukazao na potrebu donošenja novog Zakona o zaštiti mentalnog zdravlja, koji će inkorporisati relevantne preporuke i standarde, usvojene od strane nadležnih tela Saveta Evrope. U tom svetlu je preporučeno donošenje dokumenta koji će sadržavati kodifikovana prava pacijenata, a na nivou bolnice, i brošuru kojom će pacijenti biti upoznati sa svojim pravima i vidovima tretmana u bolnici. Takođe, Komiteo je preporučio i uspostavljanje nezavisnog kontrolnog mehanizma, čiji bi cilj bio da prati sprovođenje i primenu ljudskih prava psihijatrijskih pacijenata. Ono što, nažalost, možemo konstatovati jeste da je, do momenta naše posete, veoma mali broj preporuka Komiteta usvojen i primenjen u praksi.

## II

### Neusklađenosti ili odstupanja

Prilikom dobrovoljnog pristanka na lečnje pacijentu se ne predočava poseban plan lečenja koji treba da sadrži dijagnozu, razlog predloženog tretmana, metode lečenja, očekivano trajanje bolničkog tretmana, alternativne mogućnosti lečenja,

uključujući i one koje su manje restriktivne (ZZZ, čl. 28, Principi UN, prin. 9. stav 2. i prin. 11. stav 2.)

Prilikom donošenja odluke o tome da li treba potvrditi, ili ne, prinudni smeštaj u bolnicu, sudovi nisu u obavezi da pribave i mišljenje nezavisnih sudskih veštaka mimo bolnice, već se oslanjaju isključivo na mišljenje lekara iz bolnice (Principi UN, prin. 17. stav 1, Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 51.)

Sud nije u obavezi da angažuje advokata licu protiv koga se vodi postupak prinudnog smeštaja, čak ni onda kada pacijent nema mogućnost da sam angažuje i plaća advokata, (Principi UN, prin. 18. stav 1, Principi SE prin. 4. stav 2, Preporuke SE prepo. 7. II, tačka e.);

Kopija rešenja o prinudnom smeštaju nikada se ne dostavlja i samom pacijentu (Principi UN, prin. 18. stav 8, Principi SE, prin. 4. stav 2.);

Na prijemu pacijenti ne dobijaju brošuru (štampanu informaciju) u kojoj će biti taksativno navedena sva prava koja pacijent ima po zakonu. Ovo se posebno odnosi na prisilno smeštene pacijente (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 53, Preporuke SE, prepo. 7. I, tačka d.);

Ne postoji delotvoran žalbeni postupak koji podrazumeva mogućnost pacijenta da komunicira u poverenju sa jasno definisanim telom mimo ustanove (Standardi CPT Inf. 89 (12) para. 53.);

Kontakt sa spoljnim svetom pacijenata u zatvorenim odeljenjima, a pre svega, pravo na telefoniranje i slanje pisama nije organizovano tako da se ostvaruje neposredno, a ne preko zaposlenih (Standardi CPT inf. 89 (12) para. 55, Principi UN, prin. 13. stav 1. tačka c).

## III

### Preporuke

Svim pacijentima (dobrovoljnim) pre prijema predočiti plan lečenja koji će sadržati informacije o dijagnozi, razlozima predloženog tretmana, metodama lečenja, očekivanom trajanju bolničkog tretmana, alternativnim mogućnostima lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Ovaj plan lečenja treba sačiniti i za pacijente koji su prisilno primljeni. On treba da bude dostupan kako samim pacijentima, tako i njihovim zastupnicima i drugim relevantnim institucijama (sudu) koje treba da donesu odluku o smeštaju;

Doneti novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja (usklađen sa Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i njenim tumačenjem iskazanim kroz odluke Evropskog suda za ljudska prava) u kojem će biti precizno definisan postupak prisilnog prijema pacijenata, koji će sadržavati obavezu da sudija mora pribaviti mišljenje nezavisnog eksperta, a ne doneti odluku samo na osnovu nalaza lekara iz bolnice;

Novi zakon mora sadržavati obavezu suda da obezbedi advokata licu protiv koga se vodi postupak prisilnog prijema u bolnicu. Ukoliko je lice dovedeno po prijavi porodice, sud treba da mu odredi advokata, to ne treba da čini porodica, jer bi to onda bio sukob interesa;

Novi zakon mora predvideti obavezu da sud mora videti pacijenta pre nego što donese odluku o smeštaju;

- Pacijentu koji ne poznaje srpski jezik, sud je obavezan da obezbedi i prevodioca u postupku;
- Odluku o prisilnom prijemu dostaviti pacijentu lično i, ukoliko želi da se žali na odluku, obezbediti mu advokata koji će mu pomoći da napiše žalbu;
- Nakon što država donese novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja i odgovarajuće podzakonske akte, bolnica treba da napravi brošuru koja će sadržavati informacije o svim pravima pacijenata, kao i preciznim uputstvima na koji način i u kom postupku pacijenti mogu zaštititi svoja prava;
- Zakonom predvideti posebno telo, mimo bolnice, koje će imati obavezu da preispita žalbe i predstavke i da donese odluke u odgovarajućem roku;
- Ustanoviti posebnu komisiju, mimo sistema Ministarstva zdravlja i Vlade, čija će obaveza biti da vrši monitoring psihijatrijskih bolnica u cilju zaštite prava pacijenata;
- U zatvorena odeljenja instalirati telefonske govornice i sandučice u koje će pacijenti moći da ubace predstavke i žalbe zaštitniku njihovih prava;
- Napraviti zajedničku strategiju na relaciji Ministarstvo zdravlja – Ministarstvo za rad i socijalnu politiku kako bi se i u Srbiji započelo sa postupkom deinstitucionalizacije lica koja su do sada živela u bolnicama i domovima socijalne zaštite, s tim što prioritet u rešavanju treba da imaju ljudi sa najtežim problemima i najvećim potrebama.

## ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

### 1. Kvalitet života

Sve tri psihijatrijske bolnice koje je obišao tim Helsinškog odbora za ljudska prava projektovane su za smeštaj velikog broja pacijenata (400–1000); ovakva praksa je posledica davno prevaziđenog koncepta u lečenju psihijatrijskih bolesnika, koji podrazumeva potpunu izolaciju obolelih iz zajednice, ali i marginalizovanje i stigmatizaciju ne samo pacijenata, već i zaposlenih, pa i čitave struke. Shodno tome, za psihijatrijske bolnice su se oduvek birali već postojeći objekti, udaljeni od naselja, koji su u nekom trenutku adaptirani za novu namenu. Budući da je većina tih objekata u vreme izgradnje imala sasvim drugu funkciju (oružarnice, vojne spavaonice, konjušarnice i sl.), oni nikada i nisu bili primereni bolničkom smeštaju, a retke i nedovoljne investicije nisu poboljšale opšte stanje, niti uslove za lečenje i rad.

Nakon nekoliko decenija upotrebe i neznatnih ulaganja, najveći broj zgrada u okviru kompleksa svih psihijatrijskih bolnica u nedozvoljivo je lošem, gotovo ruiniranom stanju. Pored sumornih i oronulih fasada koje već prvi utisak (pacijentu ili posetiocu) čine užasno neprijatnim, unutrašnji izgled prostorija i hodnika, sanitarni uslovi, opremljenost i dr., jesu najčešće na samoj granici dobijanja dozvole za rad. Bilo da se radi o (van svih standarda) prevelikim i prenaseljenim bolničkim sobama (kakvih ima u Kovinu), ili o manjim i adekvatnijim (kakve su u Vršcu i Padinskoj Skeli), stanje zidova, podova, plafona i stolarije toliko je loše, da nikakvi napori zaposlenih u smislu kontinuiranog održavanja (krečenja, pranja itd.) to ne mogu ni da ublaže, ni da prikriju. Visoki plafoni, nepostojeća toplotna i hidroizolacija, vlažni i memljivi zidovi, betonske podloge, prozori i vrata koji ne dihtuju itd., često ne obezbeđuju ni minimum potrebnih uslova za smeštaj i lečenje bolesnika; nedostatak i prirodnog i veštačkog osvetljenja, nedovoljna provetrenost, hladni ili mlaki radijatori, deo su svakodnevnih uslova kojima su izloženi i bolesnici, i zaposleno osoblje.

Zbog dotrajalosti celokupne infrastrukture (elektroinstalacija, sistema grejanja, vodovodne i kanalizacione mreže) i nedostatka finansijskih sredstava, u još gorem stanju su sanitarne prostorije. Iako su ponegde vršena delimična renoviranja (stavljane keramičke pločice, kupljeni novi lavaboi ili slavine i sl.), generalno posmatrano, stanje kupatila, toaleta, sanitarni uslovi u kuhinjama i trpezarijama, vešernicama itd., veoma su loši i zahtevaju urgentnu i temeljnu rekonstrukciju ovih prostorija.

Opremljenost bolničkih soba i drugih prostorija namenjenih pacijentima, ali i medicinskim radnicima, krajnje je oskudna i takođe neadekvatna. Bolesnički kreveti, noćni ormarići, stolovi i stolice i sl., manje ili više, u stanju su raspadanja, stari verovatno više decenija, često zarđali, i svuda u nedovoljnom broju. Na krevetima se vrlo često umesto dušeka nalaze tanki, dotrajali sunderi, nema dovoljno posteljine, niti čebadi za pokrivanje. Mada u nešto boljem, i lekarske i sobe medicinskih sestara takođe su u prilično jadnom stanju, sa starim i pohabanim komadima nameštaja, eventualno sa mehaničkim pisaćim mašinama. Nijedna bolnica nema kompjuterski sistem za vođenje pacijenata.

Najdrastičnija i najšokantnija je situacija u pogledu arhitektonsko-tehničkih uslova, higijene, opremljenosti na oligofrenom odeljenju u vršačkoj bolnici. Ukupni uslovi u kojima ovi pacijenti žive, po našem mišljenju, predstavljaju nehuman i ponižavajući tretman.

Iako sve tri bolnice zauzimaju veliku površinu i imaju dovoljno eksternog prostora između brojnih objekata, nedostaju sportski i rekreativni tereni, te drugi oblici osmišljenog uređenja zelenih površina koji bi imali i terapeutsku funkciju. U krugu bolnica nema ni adekvatnih mini-marketa gde bi pacijenti mogli da kupe neke osnovne proizvode, nema javnih telefonskih govornica (ili postoji samo jedna, što je nedovoljno za toliki broj pacijenata i veličinu bolničkog kompleksa); prostorije za radnu terapiju nemaju neophodan materijal, ne postoje posebni objekti ili prostorije namenjene zadovoljavanju kulturnih ili obrazovnih potreba...

Uprkos protoku vremena, novim medicinskim saznanjima i procedurama koje se u svetu primenjuju u lečenju psihijatrijskih bolesti već više decenija, uprkos reformi zdravstvenog sistema koja je u toku, psihijatrijske bolnice, njihovi pacijenti kao i zaposleni u ovoj oblasti, i dalje su izolovani i izopšteni, i samo su još jedan u nizu primera koji ukazuju na ozbiljne poremećaje i nedostatke kako na institucionalnom nivou, tako i u samom društvu u Srbiji.

## 2. Lečenje

Iako je bolničko osoblje tvrdilo da na prijemu pacijenta informišu o prirodi oboljenja koje im je dijagnostikovano, o tome na koje će odeljenje biti raspoređen, ko će mu biti lekar, ne možemo govoriti o tome da je u pravom smislu reči za svakog pacijenta sastavljan precizan i razrađen plan lečenja koji sadrži dijagnozu, razlog predloženog tretmana, metode lečenja, očekivano trajanje bolničkog tretmana, alternativne mogućnosti lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Dakle, pomenuta vrsta informacija ne nudi se pacijentu na prijemu (posebno one koje se odnose na alternativne i manje restriktivne metode lečenja) pre nego što se od njega zatraži da da pismenu saglasnost za prijem u bolnicu.

Od pacijenta se ne zahteva da pristane na planirani metod lečenja. Shodno tome, u sistemu ne postoji nezavisno telo koje bi moglo da arbitrira u situaciji kada se pacijent ne bi složio sa predloženim metodima lečenja. U nekim situacijama, ali to

nije pravilo i to se ne percipira kao pravo pacijenta, pacijent može zahtevati da mu se više ne daje određena terapija. Osoblje može (a ne mora) uvažiti njegov zahtev, što naravno zavisi od njihove procene pacijentove sposobnosti da ispolji takav zahtev. Ukoliko procene da pacijent nema kapacitet da legitimno zahteva promenu terapije, onda će mu se lekovi davati parenteralno. Posebno ističemo da pravo na slobodan pristanak na lečenje nije zagarantovano samo pacijentima koji su dobrovoljno pristali da budu hospitalizovani, već i onima koji su prisilno smešteni u psihijatrijske bolnice.

Smisao i cilj naše posete nije bio usmeren na to da ispitujemo ispravnost postavljenih dijagnoza, niti adekvatnost farmakoterapije kojoj su pacijenti izloženi. Sve informacije u pogledu lečenja i tretmana pacijenata dobili smo isključivo od zaposlenih u bolnici. Ove navode nismo bili u mogućnosti da proveravamo neposrednim pregledom pacijenata i njihove dokumentacije, što bi bilo korisno učiniti u nekom budućem istraživanju. Svi pacijenti u bolnicama dobijaju farmakoterapiju. Farmakoterapija koja se primenjuje u bolnicama usaglašena je sa savremenim tokovima lečenja psihijatrijskih pacijenata i ima je u dovoljnom broju i količini. Dostupna paleta lekova (neuroleptici, psihostabilizatori, sedativi) raznovrsna je, uključujući i neuroleptike poslednje generacije, koji ne daju ekstrapiramidalnu simptomatologiju. Ostalih lekova, neophodnih za somatska oboljenja, takođe, ima dovoljno. Lekovi se ne koriste za sprovođenje dijagnostičkih procedura, niti kao oblik kažnjavanja pacijenata, već se daju isključivo iz terapeutskih razloga.

Farmakoterapiju dobijaju i pacijenti koji su u bolnice smešteni zbog ekspertize njihovog duševnog stanja. U obe bolnice, u kojima se ovakva vrsta ekspertize vrši (kovinska i vršačka), nije bilo primera da je neko otpušten, a da je utvrđeno da je mentalno zdrav.

Prethodno postavljena dijagnoza u velikoj meri određuje postojeću dijagnozu pacijenta, s tim što su zaposleni u Padinskoj Skeli naglasili da se dijagnoza u njihovoj bolnici može revidirati u odnosu na onu koju je pacijent ranije imao, ili u odnosu na onu koja je ustanovljena na prijemu.

Medicinski dosije pacijenta nije dostupan pacijentu, njegovoj porodici, ili advokatu. Takođe, ne postoji praksa prosljeđivanja medicinske dokumentacije u druge medicinske psihijatrijske ustanove ako se pacijent hospitalizuje u drugoj psihijatrijskoj instituciji, kao ni ordinirajućem psihijatru u sredini u koju se pacijent vraća. Dokumentacija se može izneti iz ustanove jedino na zahtev suda.

Ni u jednoj od bolnica, prema navodima osoblja, ne primenjuje se EKT terapija. Pacijenti kovinske bolnice se za primenu EKT vode u Institut za mentalno zdravlje u Beogradu. U slučaju da se pacijent protivni primeni EKT, ne postoji nezavisno telo koje bi donelo konačnu odluku o tome, da li primeniti ovu terapiju.

Ista je situacija i sa hirurškim intervencijama somatske prirode. Odluku o intervencijama donosi tim lekara iz ustanove, na osnovu obavljenih specijalističkih konsultacija. Ako pacijent ne želi intervenciju, ne postoji nezavisno telo koje pregleda pacijenta i na taj način donosi odluku o neophodnosti predložene intervencije.

Ni u jednoj od tri bolnice ne poštuje se Zakon o zaštiti zdravlja Republike Srbije, kada je reč o pravu pacijenta da da saglasnost na predloženi tretman i lečenje. Zakon o zaštiti zdravlja Republike Srbije reguliše ovu oblast na detaljan način. Zakon

je izričit u tome da svaki pacijent ima pravo da odluči o svakoj medicinskoj meri koja će nad njim biti primenjena. Zakon jasno propisuje, da svaki poslovno nesposoban pacijent treba da bude uključen makar u proces donošenja odluke o primeni medicinske mere nad njim, u skladu sa njegovom sposobnošću za rasuđivanje.

Ostali oblici tretmana i lečenja u sve tri bolnice identični su. Organizuju se terapijske grupe i terapijske zajednice, koje čine svi pacijenti sa jednog odeljenja.

Nema mnogo različitih pristupa i/ili orijentacija u tretmanu, obično se koriste bihevioralne tehnike nagrađivanja, uče se socijalne veštine i sl.

Okupaciona terapija uključuje slikanje, šivenje, štrikanje, grnčariju, sađenje cveća i sl., a nagrada su obično cigarete. Međutim, jako mali broj terapeuta, do 3 najviše, ukazuje na to da se ovakvim vrstama aktivnosti ne posvećuje adekvatna pažnja. Posebno ukoliko se ima u vidu, da pacijenti koji se nalaze u zatvorenim tretmanima, nemaju gde da upražnjavaju različite aktivnosti.

Tretmanu posebnih kategorija pacijenata ne pridaje se posebna pažnja (tu i tamo koristi se suport i kognitivni pristup u tretmanu depresivnih pacijenata).

Individualni tretman koji upražnjava psiholog obavlja se po potrebi. Neki pacijenti nikada nemaju priliku da nasamo razgovaraju sa psihologom, neki provedu u proseku četiri sata kod psihologa kada su na psihodijagnostičkoj proceni.

Sušтина je da se samo u dnevnim bolnicama psihijatrijskih ustanova radi onako kako bi trebalo, ali uz napomenu da je njihov kapacitet mali i da su tu, ipak, pacijenti koji su u znatno boljem stanju od ostalih u bolnici. Za sve ostale, što znači za „veliku većinu,“ važi „skladištenje“ u psihijatrijske bolnice koje ih, praktično, izdvaja iz zajednice, čime se pospešuje njihovo brže propadanje.

Saradnja bolnica sa drugim zdravstvenim ustanovama je slaba, jer nerado prihvataju psihijatrijske pacijente, čak i kada im je život ugrožen. Stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata koja je izražena do mere da ne mogu dobiti adekvatnu lekarsku negu i zaštitu, kada se pojavljuju kao somatski pacijenti, zahteva posebnu društvenu pažnju i brigu i smatramo da bi država trebalo odgovorno da se pozabavi ovim problemom.

### 3. Osoblje

Poput mnogih drugih zdravstvenih ustanova, i psihijatrijske bolnice su u značajnoj meri pogodile mere Vlade, kojima su zaposlenima u zdravstvu (prosveti i sl.) ponuđene beneficije za napuštanje radnog mesta radi smanjivanja broja zaposlenih u javnom sektoru. Neselektivno napuštanje radnih mesta u budžetskim ustanovama izazvalo je dosta problema, jer su se upražnjena radna mesta praktično gasila, ostavljajući tako mnoge službe bez neophodnih kadrova. Najdrastičnija posledica nastupila je u bolnici „Dr Laza Lazarević“ u Padinskoj Skeli, kada je zbog odlaska 60 radnika, uprava bila prinuđena da spaja odeljenja, kako bi se preostali deo zaposlenih mogao adekvatno rasporediti. Nakon ove reorganizacije, usledila je

tragedija u kojoj su život izgubila trojica pacijenata.<sup>5</sup> Jedan od primarnih problema u oblasti rada i funkcionisanja psihijatrijskih bolnica predstavlja nedovoljan broj zaposlenih, sa adekvatnom stručnošću i obukom, na svim nivoima. Rad sa psihijatrijskim pacijentima veoma je specifičan, i zahteva veći broj zaposlenih koji će biti angažovani u radu sa pacijentima, u odnosu na druge bolnice i ustanove koje se bave lečenjem somatskih bolesnika. S obzirom na to da dominantan vid tretmana predstavljala farmakoterapija, više je nego deficitaran broj radnih terapeuta koji bi bili angažovani u radu sa pacijentima. Takođe, izuzetan problem predstavlja i činjenica da je veoma mali broj socijalnih radnika zaposlen u bolnicama. Ovo može biti posebno zabrinjavajuće, ukoliko se zna da u postupku resocijalizacije i reintegracije u društvenu zajednicu, socijalni radnici igraju veoma značajnu ulogu. Na primer, u bolnici u Kovinu, sa više od 800 pacijenata radi samo jedan socijalni radnik.

Pomoćno osoblje, kao i srednji i viši medicinski kadar nisu posebno edukovani, niti pripremljeni za rad sa psihijatrijskim pacijentima. Za pomoćno osoblje, pre prijema na rad u bolnicu, ili tokom rada u bolnici nikada nisu bile organizovane bilo kakve obuke u okviru kojih bi se oni upoznali sa specifičnostima psihijatrijskih oboljenja, kao i o tome na koji način postupati sa psihijatrijskim pacijentima. U nekim ustanovama pomoćno osoblje učestvuje u obuzdavanju uznemirenih pacijenata. Ovo osoblje nije prethodno prošlo organizovanu obuku o ne-fizičkim i manuelnim metodama savladavanja otpora.

Srednje i više stručne medicinske škole nemaju posebno usmerenje u oblasti psihijatrije. Sve medicinske sestre i tehničari jesu sestre i tehničari opšteg smera. To znači da pre prijema na rad u bolnici oni nisu imali nikakve posebne i dodatne obuke o tome na koji način postupati i raditi sa psihijatrijskim pacijentima. Veoma se retko i u toku rada za njih organizuju posebne obuke u ovoj oblasti.

Ako se ovoj činjenici doda i to da je veoma mali broj njih isključivo angažovan da radi u poslepodnevnom i noćnim smenama na odeljenjima, i da ni u jednoj bolnici ne postoji propisana procedura o reagovanju u kriznim situacijama, dolazimo do zaključka da ovo osoblje jeste posebno izloženo pritiscima i stresu. Na primer, u psihijatrijskoj bolnici u Kovinu u popodnevnoj i noćnoj smeni na akutnim odeljenjima (muškom koje ima oko 70 pacijenata i ženskom koje ima oko 80 pacijentkinja) rade po tri medicinske sestre. Ista je ili slična situacija u drugim psihijatrijskim bolnicama. Zbog veoma teških uslova u kojima rade (mali broj osoba koji je angažovan u pomenutim smenama, nepostojanje adekvatne obuke, niti propisane procedure za reagovanje u kriznim situacijama, materijalnih uslova u kojima rade), ovo osoblje je posebno nezadovoljno zbog visine iznosa koji država izdvaja za njihove plate. Oni posebno ističu da bi preko plata i poboljšanja uslova u kojima rade država trebalo da adekvatno nagradi njihov trud i angažman u radu sa psihijatrijskim pacijentima.

Iako se za visoko stručni kadar izdvajaju određena sredstva za edukaciju, oni smatraju da to nije dovoljno i da bi se na tom polju moglo učiniti mnogo više. U pojedinim bolnicama, kao što je npr. bolnica „Dr Laza Lazarević“, uprava posebnu pažnju posvećuje ovoj oblasti i izdvaja značajna sredstva za edukacije osoblja. Pored toga što je stručnom osoblju neophodna permanentna edukacija i stalno obaveštavanje o najnovijim saznanjima iz oblasti psihijatrije, oni su posebno

nezadovoljni opštim uslovima u kojima rade. Zbog teških uslova, nedovoljnog broja stručnog osoblja, nemogućnosti da se ostvari fluktuacija osoblja između različitih ustanova (veoma se retko dešava da stručno osoblje posle nekog vremena prelazi da radi u druge ustanove, ili biva angažovano na drugim poslovima i profesionalno napreduje), ovi ljudi su izloženi tzv. burn out sindromu, ili sindromu sagorevanja. Oni, takođe, ističu kao problem nizak nivo primanja, s obzirom na uslove u kojima rade i specifičnost rada sa psihijatrijskim pacijentima.

#### 4. Sprečavanje zlostavljanja (torture)

Iako u toku monitoringa psihijatrijskih bolnica nismo naišli na očigledne dokaze o zlostavljanju pacijenata (ukoliko se izuzmu uslovi u kojima žive pacijenti na oligofrenom odeljenju vršačke bolnice)<sup>6</sup>, smatramo da mehanizmi koji bi trebalo da budu u funkciji sprečavanja zlostavljanja u bolnicama, nisu adekvatni.

Prvi mehanizam čije bi funkcionisanje trebalo da predstavlja neku vrstu garancije da se u bolnici neće dešavati zlostavljanje pacijenata i da će svaki pokušaj biti adekvatno sankcionisan, predstavlja način izbora osoblja, kao i njegova edukacija. Ovo se posebno odnosi na izbor pomoćnog osoblja, kao i srednjoškolskog medicinskog kadra (tahničara) koji učestvuju u obuzdavanju uznemirenih pacijenata, ili sprečavanju sukoba među pacijentima. Već smo ranije pomenuli da se prilikom izbora osoblja ne vodi posebno računa o tome da su prošli bilo kakvu obuku u pogledu nenasilne komunikacije, ili modalitetima ne-fizičkog i manuelnog savladavanja otpora. Štaviše, ni pomoćno osoblje, a ni srednji medicinski kadar, pre nego što stupe na rad u psihijatrijske ustanove, ne pohađaju obuke o radu sa psihijatrijskim pacijentima. Ako se tome doda i činjenica da u ustanovama ne postoje propisane procedure o reagovanju u kriznim situacijama, onda je jasno da ovi mehanizmi nisu adekvatna garancija za sprečavanje zlostavljanja pacijenata.

Problem se dodatno usložnjava kada znamo da tokom popodneva i tokom noći u bolnicama ne postoji dovoljan, a u nekim slučajevima nikakav nadzor visokostručnog kadra i uprave nad radom i postupanjem pomoćnog osoblja i srednjeg medicinskog kadra.

Takođe, ne sme se nikako zaboraviti i činjenica da zbog nedovoljnog broja zaposlenih po odeljenjima u toku popodnevni i noćnih smena, ni pacijenti nisu dovoljno i adekvatno nadzirani, pa time i zaštićeni od eventualnog nasilničkog ponašanja drugih pacijenata. Jedna od najdrastičnijih posledica ovakve situacije nastupila je u psihijatrijskoj bolnici u Padinskoj Skeli.<sup>7</sup>

Garancijama u kontekstu sprečavanja zlostavljanja svakako ne ide u prilog

<sup>6</sup> Pogledati izveštaj o monitoringu Specijalne neuropsihijatrijske bolnice "Dr Slavoljub Bakalović" u Vršcu.

<sup>7</sup> Videti izveštaj o psihijatrijskoj bolnici "Dr Laza Lazarević" u Padinskoj Skeli.

i činjenica da u gotovo svim bolnicama pacijenti učestvuju, zajedno sa osobljem, u obuzdavanju uznemirenih pacijenata. U nekim bolnicama na terapijskim grupama određuju se vođe timova i pomagači među pacijentima koji treba da reaguju u kriznim situacijama, kako bi zaštitili druge pacijente i osoblje.<sup>8</sup>

Poseban problem u kontekstu sprečavanja zlostavljanja predstavlja činjenica da na nivou države, kao ni na nivou ustanova nisu propisani uslovi i procedura za ograničenje slobode kretanja (smeštanje u zatvoreni tretman, ili fizička imobilizacija).

Zakon o zaštiti zdravlja Republike Srbije propisuje organizovanje rada zaštitnika pacijentovih prava u svakoj zdravstvenoj ustanovi. Zaštitnik je najčešće po vokaciji pravnik, zaposlen u zdravstvenoj ustanovi, zadužen da primi i razmotri pritužbe i žalbe pacijenata na rad osoblja, tretman u bolnici, ili kršenje nekog prava. Zaštitnik je dužan da u roku od 5 dana od prijema pritužbe napiše izveštaj koji se dostavlja i pacijentu. Ukoliko je nezadovoljan nalazom zaštitnika, pacijent se može žaliti Inspekciji Ministarstva zdravlja. U zakonu ne piše da je Inspekcija uopšte dužna da odgovori na žalbu pacijenta. Ovaj mehanizam može biti delotvoran kada je reč o pritužbama na rad i funkcionisanje drugih zdravstvenih ustanova. Ali, ukoliko imamo u vidu da je boravak u psihijatrijskim bolnicama specifičan, jer može biti prisilan i jer pacijent ovu bolnicu ne može napustiti kada on to poželi, onda se ovaj mehanizam zaštite pacijentovih prava ne može smatrati dovoljnim: prvo, jer zaštitnik ne sme biti lice koje je zaposleno u samoj ustanovi, već to mora biti potpuno neutralna i nezavisna osoba, ili telo; drugo, jer postupak mora garantovati jasnu proceduru, precizne rokove i obavezu prvostepenog i drugostepenog organa da pacijentu odgovori na njegovu pritužbu ili žalbu, kao i da pre toga ozbiljno razmotri slučaj; treće, jer se pacijentima mora garantovati mehanizam koji će sigurno omogućiti da pacijentova pritužba i stigne do zaštitnika kome je upućena. U pojedinim ustanovama, zaštitnik pacijentovih prava nije uspostavljen. Pacijenti pritužbe podnose načelniku odeljenja, ili na terapijskoj grupi.<sup>9</sup> Pored zaštitnika prava, u ustanovama postoje komisije za interni nadzor, sastavljene od lekara iz ustanove koji imaju ovlašćenje da izvrše neku vrstu internog, stručnog nadzora nad radom osoblja i postupanjem prema pacijentima.

Komuniciranje sa spoljnim svetom jeste mehanizam koji može biti značajan za sprečavanje zlostavljanja pacijenata u bolnicama. Iako se pacijentima ne brani komunikacija sa spoljnim svetom (prepiska, posete, telefoniranje), ne postoje nikakva propisana pravila koja bi pacijentima ova prava garantovala. U zatvorenom tretmanu celokupna komunikacija realizuje se posredstvom osoblja. Iako je određeno kada se posete primaju i koliko mogu trajati, lekari mogu ograničiti posete pacijentima ukoliko procene da bi se to negativno odrazilo na njihovo stanje. Takođe, pacijenti u zatvorenom tretmanu mogu telefonirati samo onda kada osoblje to odobri. Generalno, rodbina i prijatelji mogu zvati pacijente, ali isključivo na telefone koji se nalaze u kancelarijama, pa osoblje takođe odlučuje o tome kada će dozvoliti razgovore. Pisma koja pišu pacijenti u zatvorenom tretmanu mogu se dostavljati, slati, samo

<sup>8</sup> Videti izveštaj o monitoringu Specijalne neuropsihijatrijske bolnice u Kovinu.

<sup>9</sup> Videti izveštaj o monitoringu Specijalne psihijatrijske bolnice "Dr Laza Lazarević" u Padinskoj Skeli.

preko osoblja. Kako ne postoji propisana procedura i garantovano pravo na komunikaciju sa spoljnim svetom, osoblje ima potpunu diskreciju u odlučivanju kada će, na koji način i kako ovu komunikaciju pacijentima omogućiti, odnosno onemogućiti.

Ministarstvo zdravlja vrši nadzor nad radom bolnica. U sistemu ne postoji nezavisno telo koje se bavi redovnim, ili ad hoc monitoringom psihijatrijskih ustanova s ciljem ispitivanja da li se poštuju ljudska prava psihijatrijskih pacijenata, posebno onih koji su prisilno smešteni u bolnice.

## 5. Sredstva za ograničenje slobode kretanja

Sredstva i načini za ograničenje slobode kretanja u psihijatrijskim bolnicama nisu regulisani propisima. To znači da ne postoje ni zakonske, ni podzakonske odredbe koje bi definisale sredstva, njihovu primenu, njihovo trajanje, eventualne pritužbe na primenu sredstava i obavezu periodične revizije odluka o primeni sredstava.

U bolnicama se primenjuju dva oblika ili vida ograničenja slobode kretanja. Prvi je smeštaj pacijenata u zatvoreni tretman. Pacijenti se smeštaju u zatvoreni tretman kako bi se nalazili pod striktnijim nadzorom osoblja. Zatvoreni tretman podrazumeva da se pacijenti mogu kretati u okviru jednog bolničkog krila (hodnik, sobe, kupatila, eventualno sobe za dnevni boravak). Pacijenti mogu komunicirati međusobno, sa osobljem i sa spoljnim svetom, ali je ta komunikacija striktnije kontrolisana. Leti se pacijenti izvode u šetnju, ali ne svakodnevno, jer nema dovoljno zaposlenih koji bi mogli da nadziru pacijente tokom šetnje. S obzirom na to da ne postoje propisani kriterijumi, trajanje, procedura smeštaja, mogućnost ulaganja posebne žalbe na odluku o smeštaju, kao ni na redovnu reviziju odluke o smeštaju, celokupni boravak i trajanje zatvorenog tretmana spada u domen diskrecionih odluka zaposlenih u bolnici. Svi pacijenti koji su prinudno smešteni u bolnicu, oni koji su skloni bekstvu, i oni pacijenti koji ne prihvataju činjenicu da su bolesni i smatraju da im nije potrebno lečenje, ili odbijaju uzimanje lekova, raspoređuju se u zatvoreni tretman. Problem nastaje onda kada zbog popunjenosti kapaciteta na drugim odeljenjima, pacijenti ostaju na zatvorenom odeljenju i po nekoliko godina.<sup>10</sup>

Drugi vid ograničenja slobode kretanja jeste fiksiranje, ili imobilizacija pacijenata, koja se vrši tako što se pacijent kožnim kaiševima vezuje za krevet. Ni u jednoj bolnici nije propisana procedura delovanja u kriznim situacijama, niti na koji se način ova imobilizacija vrši. Zbog nedovoljnog broja zaposlenih na odeljenjima, pacijenti učestvuju u obuzdavanju uznemirenih i agitiranih pacijenata. Ne postoji jasno definisana procedura kojom bi se sprečila mogućnost prelaska ovakvog terapijskog tretmana u torturu. Pojam ekstremne agitacije jeste stvar lične procene medicinskog osoblja. Ne vodi se ni poseban registar pacijenata nad kojima su primenjena sredstva obuzdavanja. Informacija o potrebi imobilizacije pacijenata nalazi se u raportnoj

<sup>10</sup> Videti izveštaj iz bolnice "Dr Slavoljub Bakalović" u Vršcu.

knjizi, koja se vodi na svakom odeljenju, uz usmeni nalog lekara, bez njegovog potpisa, sa naznakom u knjizi da je obavljena konsultacija ordinirajućeg psihijatra i da je po njegovom nalogu primenjena fizička imobilizacija. Samo u jednoj ustanovi vodi se poseban registar o imobilizacijama<sup>11</sup>. Imobilizacija se u nekim ustanovama vrši u prisustvu drugih pacijenata.

## 6. Garancije u kontekstu prisilnog smeštaja

Procedura prijema u psihijatrijske bolnice regulisana je Zakonom o zaštiti zdravlja i Zakonom o vanparničnom postupku. Analizu zakonskih odredbi koje se odnose na postupak smeštaja detaljno smo prikazali u uvodnom delu našeg izveštaja. Smatramo da ovakva zakonska regulativa, kao i praksa rada bolnica i sudova koja je iz odredbi proizašla, ne pružaju dovoljne garancije, posebno u kontekstu prisilnog smeštaja pacijenata.

Dobrovoljni pristanak podrazumeva da pacijent svoju saglasnost za prijem u bolnicu daje u pisanoj formi, uvek, u prisustvu dva građanina, koji nisu zaposleni u ustanovi, nisu lica koja su dovela pacijenta, niti lica, po čijoj je prijavi pacijent doveden u bolnicu. Obično su svedoci prijema bivši radnici psihijatrijskih bolnica<sup>12</sup> koji stanuju u blizini i dolaze po pozivu. Pre dobrovoljnog prijema, pacijentu se ne predočava poseban plan lečenja koji sadrži dijagnozu, razlog predloženog tretmana, metode lečenja, očekivano trajanje bolničkog tretmana, alternativne mogućnosti lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Na osnovu ovoga, može se zaključiti da je postupak potpisivanja izjave o pristanku na boravak i lečenje krajnje rutinski i formalizovan. Formular se čuva u istoriji bolesti. Ako "Izjava o dobrovoljnom pristanku na boravak i lečenje" nije potpisana odmah, zbog nepostojanja saradnje sa pacijentom u trenutku prijema, ostavljena je mogućnost da se naknadno potpiše i da na ovaj način, prinudna hospitalizacija postane dobrovoljna.

Ukoliko se ne pribavi saglasnost za prijem u bolnicu, ustanova obaveštava nadležni opštinski sud o prisilnom smeštaju. Ono što čini postupanje samog suda neefikasnim, i usudili bismo se da kažemo, površnim, jeste što sudovi najčešće samo formalno potvrđuju ono što bolnica od njih traži. Drugim rečima, sudovi nisu u obavezi da vide pacijenta, da obezbede nezavisno veštačenje lekara izvan bolnice, nisu u obavezi da pacijentu dodele advokata, ukoliko on to traži, a sam najčešće nije u mogućnosti da ga angažuje. Sud nije u obavezi i najčešće ne izvodi nikakve druge dokaze koji mogu biti od značaja za donošenje odluke o prisilnom smeštaju. Sudovi nikada pacijentu lično ne dostavljaju odluku o prisilnom smeštaju, niti imaju obavezu da obezbede advokata koji bi pomagao u sastavljanju žalbe višem sudu. Nikakvog značaja nema dostavljanje odluke porodici, posebno onda kada je porodica direktno

<sup>11</sup> Videti izveštaj o monitoringu bolnice u Kovinu.

<sup>12</sup> Videti izveštaj o monitoringu psihijatrijske bolnice u Kovinu.

učestvovala u postupku prisilnog smeštaja pacijenta u bolnicu. Ako se sme dodati činjenica da sud odluku može doneti tek nakon više od mesec dana, onda je sasvim izvesno da su postojeća zakonska procedura i praksa rada sudova u ovoj oblasti neadekvatni sa stanovišta međunarodnih standarda, posebno Evropske konvencije o ljudskim pravima. Donekle izuzetak predstavlja najavljena procedura Drugog opštinskog suda u Beogradu, ali ona tek treba da bude uspostavljena.<sup>13</sup> Iako je zakon u pogledu smeštaja jasan utoliko što naglašava da se prisilno u bolnicu smeštaju oni ljudi koji zbog pogoršanja svog psihičkog stanja mogu ozbiljno uroziti život i zdravlje sebe i drugih, praksa je veoma često drugačija. S obzirom na to da je bolnica "Dr Laza Lazarević" urgentnog karaktera, oni su često prinuđeni da prime i one osobe koje se nikako ne bi mogle podvesti pod pomenuti kriterijum. U tome veliku ulogu igraju pripadnici Ministarstva unutrašnjih poslova, koji lica koja se nalaze pod dejstvom alkohola, ili lica koja nekontrolisano narušavaju red i mir drugih, dovedu ispred bolničkih vrata i tu ih ostave. Iz tog razloga bolnica je prinuđena da prima i zbrinjava i ona lica, za koja prema postojećoj regulativi uopšte nije nadležna.

Kada sagledamo činjenicu da ne postoje ni zakonski, niti podzakonski propisi koji garantuju prava psihijatrijskim pacijentima, posebno onim koji su prisilno smešteni, adekvatan i efikasan postupak pritužbi i žalbi na postupanje osoblja telu izvan ustanove i sistema Ministarstva zdravlja, kao i nepostojanje redovnog i ad hoc monitoringa psihijatrijskih ustanova, koji bi vršilo telo van sistema Ministarstva zdravlja, onda je jasno da su garancije u kontekstu prisilnog smeštaja u psihijatrijske bolnice, blago rečeno nedovoljne.

Ovom prilikom želimo da ukažemo na položaj forenzičkih pacijenata, čiji tretman u bolnicama nije uopšte regulisan. Ovo iz razloga što se na njih ne mogu primenjivati odredbe Zakona o izvršenju krivičnih sankcija. To praktično znači da se ova lica, u pravnom smislu, nalaze u nepovoljnijem položaju od zatvorenika, posebno ako se uzme u obzir da novi ZIKS, u velikoj meri korenspondira, bar na normativnom planu, sa međunarodnim standardima.

Otpust pacijenata zavisi od procene stručnog tima. Čak i oni pacijenti koji su dobrovoljno smešteni u bolnice, ne mogu otići iz bolnice kada oni to požele, ili odluče. Osoblje je to koje procenjuje da li je pacijent sposoban da nastavi lečenje na slobodi. Pacijent se najčešće ubeđuje da to nije dobro za njega, ali ukoliko insistira, onda se, prema navodima osoblja, pokreće postupak za prisilni smeštaj, što znači da se sud uključuje u postupak. Međutim, ukoliko se uzme u obzir postupanje i uloga suda u postupcima prisilnog smeštaja, nemamo razloga da verujemo da se u ovim slučajevima sud ponaša drugačije od pukog, ili formalnog potvrđivanja onoga što su zaposleni u bolnici odlučili.

U kontekstu otpuštanja forenzičkih pacijenata, stvari su nešto drugačije, s tim što je i u ovim slučajevima postupak sudova i način donošenja odluka neadekvatan sa stanovišta poštovanja ljudskih prava, posebno onih koja su garantovana Evropskom konvencijom.

Smeštaj i trajanje bolničkog tretmana kod forenzičkih pacijenata često nije vremenski limitirano. U periodičnim razmacima, od po 6 meseci, sud ima obavezu

<sup>13</sup> Videti izveštaj o monitoringu psihijatrijske bolnice "Dr Laza Lazarević" U Padinskoj Skeli.

da izvrši automatsku reviziju odluke o zaštitnoj meri. Sud bi trebalo da svoju odluku bazira, prevashodno, na mišljenju lekara iz bolnice, ali i kroz druge dokaze koje je u obavezi da prikupi. Praktično, sudovi skoro nikada ne donose odluku nakon pažljivo prikupljenih dokaza, saslušanja svedoka, obezbeđivanja nezavisnog veštačenja, izveštaja centra za socijalni rad, razgovora sa pacijentom. Sudovi, veoma često, po automatizmu, bez preteranog udublivanja u činjenice, donose odluke samo na osnovu stava tužilaštva, koje se, po pravilu, protivi predlogu za obustavljanje zaštitne mere. Sudovi nisu u obavezi da vide pacijenta i čuju njegovo mišljenje, pre nego što donesu odluku.<sup>14</sup>

Jedan od velikih problema sa kojima se suočavaju zaposleni u psihijatrijskim bolnicama jeste dugogodišnji boravak u bolnici jednog broja pacijenata koji nemaju adekvatnu podršku porodice i odgovarajućih institucija socijalne zaštite, a nisu u mogućnosti da se sami o sebi staraju bez pomoći drugih. Ti pacijenti su prinuđeni da žive u bolnicama. Država još nije našla odgovarajuće rešenje smeštaja za ova lica. Zasada, isključivo od lične inicijative zaposlenih u bolnici zavisi da li će se za ove pacijente naći adekvatniji smeštaj<sup>15</sup>, jer nažalost, ne postoji nikakva saradnja, niti koordinacija sa Ministarstvom za rad, zapošljavanje i socijalna pitanja kako bi se ovaj problem mogao rešiti na sistemski način.

## Preporuke

- Umesto predviđenih novih zgrada za veliki broj bolesnika (izgradnja u Kovinu, renoviranje u Vršcu i Padinskoj Skeli), izgraditi savremene psihijatrijske bolnice manjeg kapaciteta, za lečenje pacijenata koji teritorijalno pripadaju opštini, u kojima bi se pacijentima pružala medicinska nega i druga neophodna terapija, u skladu sa međunarodno priznatim profesionalnim standardima, a postojeće objekte, u pomenutim bolnicama, zatvoriti;
- Pacijente kojima je potrebno bolničko lečenje, a dolaze iz svih krajeva Srbije, izmestiti u odgovarajuće bolnice bliže prebivalištu, porodici i prijateljima;
- Sa predstavnicima ministarstava za zdravlje i socijalnu politiku, lokalnim, pokrajinskim i republičkim organima, hitno pristupiti izradi plana za smeštaj i zbrinjavanje pacijenata čije stanje ne zahteva bolnički tretman, u manje socijalne ustanove pri lokalnim zajednicama, kao privremeno rešenje do njihovog potpunog integrisanja u društvenu zajednicu;
- Instalirati veći broj javnih telefonskih govornica u krugu bolnica, i makar po jednu na svakom odeljenju;
- Istaći na vidnim mestima u svim odeljenjima pravila ponašanja (kućni red),

<sup>14</sup> Videti izveštaj o monitoringu bolnice "Dr Slavoljub Bakalović" u Vršcu.

<sup>15</sup> Videti izveštaj o monitoringu psihijatrijske bolnice "Dr Laza Lazarević" u Padinskoj Skeli.



jelovnike za nedelju dana i druge važne informacije;

- Omogućiti pacijentima da samostalno urede i dekorišu prostor u kome borave;
- Osmisliti sistem obeležavanja garderobe i individualizovati je, naročito za pacijente koji su dugo vremena u bolnici;
- Uspostaviti saradnju sa obrazovnim institucijama, nevladinim i humanitarnim organizacijama, i organizovati sistem kontinuiranog volontiranja u ustanovi;
- Za svakog pacijenta napraviti poseban plan lečenja;
- Doneti novi zakon o mentalnom zdravlju kojim će biti inkorporirana prava koja su predviđena međunarodnim dokumentima, pa između ostalog, i da pacijent, u skladu sa svojim duševnim stanjem, mora imati pravo na izbor lekara koji će ga lečiti i na pristanak na određenu medicinsku meru koja se nad njim primenjuje; kao i pravo da određenu meru može odbiti;
- Pacijenti moraju imati pravo uvida u svoj medicinski karton, što u određenim slučajevima može biti ograničeno, ali to ograničenje i njegovo sprovođenje mora biti propisano domaćim zakonom, na onaj način, kako je propisano relevantnim međunarodnim dokumentima;
- Zakonski regulisati obavezu da se pacijentov medicinski karton prosleđuje prilikom premeštaja pacijenta u drugu bolnicu, ili ustanove koje su od značaja za zdravlje pacijenta;
- Lekar mora konstantno da pruža iscrpne informacije pacijentu o njegovom zdravstvenom stanju, planiranom lečenju, toku i efektima lečenja, kao i očekivanom stanju posle lečenja;
- Motivisati osoblje da na različite načine uspostavi iskren i pomažući odnos sa pacijentom;
- Razvijati fundamentalne komponente psihosocijalnog rehabilitacionog tretmana (radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke i sportske aktivnosti), povećati broj radnih terapeuta, uključiti više psihologa i socijalnih radnika u pomenute aktivnosti, zaposliti stručnjaka za sportske aktivnosti, obnoviti terene, nabaviti nove rekvizite, a popraviti stare;
- Usmeriti tretman što je moguće više ka očuvanju samostalnosti pacijenata (ne praviti tazliku između terapije i rehabilitacije, započeti rehabilitaciju čim se uspostavi makar i minimalna kooperativnost pacijenta, pri započinjanju rehabilitacije, u zavisnosti od stepena oštećenja ličnosti, pristupiti, pre svega, razvijanju onog dela ličnosti koji je očuvan u cilju što bolje socijalizacije);
- Pokrenuti tzv. zaštićene radionice i omogućiti nekim pacijentima da u njima rade (s obzirom na „tešku“ psihopatologiju pacijenata, bio bi potreban duži rad u specijalnim zaštitnim radionicama u kojima bi akcenat bio više na radnoj terapiji, a manje na realnom radu);
- Boriti se protiv stigmatiziranja psihijatrijskih pacijenata (kao što je npr. Svetsko udruženje psihijatarata pokrenulo kampanju protiv stigmatizacije shizofrenih pacijenata pod nazivom „Otvorite vrata“); posebno edukovati zdravstvene radnike jer se pokazalo da je upravo među njima velika zastupljenost negativnih ubeđenja o mentalnoj bolesti i manje optimističan stav o mogućnostima lečenja i resocijalizacije

osoba sa mentalnim poremećajima; edukacija i kontakt su definisani kao najefikasniji principi promene stava, a značaj „dvosmerne edukacije“ u zdravstvu, odnosno među svim profilima stručnjaka koji se bave somatskom medicinom i mentalnim poremećajima, nemerljiv je;

- Rehabilitacija u bolničkim uslovima trebalo bi da bude samo prva karika u lancu pomoći osobama sa (teškim) mentalnim oboljenjima, na putu socijalne reintegracije i „povratka“ u zajednicu tako da bi i sredinu (porodicu, šire sisteme) trebalo edukovati da shvati potrebe pacijenata (psiholozi i socijalni radnici obučeni za rad s porodicom i/ili terapiju porodice, sprečavanje članova uže porodice da izlaze u susret regresivnim potrebama pacijenta i njegovoj/njenoj potrebi za zavisnošću tako da ne naprave od svog doma azil za jednog pacijenta); u psihijatrijskim ustanovama prelaznog tipa (za parcijalnu hospitalizaciju poput dnevne bolnice) ne bi trebalo negovati suviše permisivnu atmosferu i/ili neprimereno niska socijalna očekivanja od pacijenata;
- Na nivou profesionalnog udruženja doneti etički kodeks psihijatarata, drugih stručnjaka i medicinskog osoblja koje učestvuje u lečenju i rehabilitaciji psihijatrijskih pacijenata;
- Reformisati školski program u srednjim i višim stručnim školama, tako što bi se u sistem uvela posebna specijalizacija iz oblasti psihijatrije;
- Pre stupanja na rad u bolnici za pomoćno osoblje organizovati posebnu obuku kroz koju će biti upoznat kako i na koji način postupati sa pacijentima, kao i obuku o metodama nefizičkog i manualnog savlađivanja otpora;
- Povećati broj psihologa, radnih terapeuta i socijalnih radnika;
- Omogućiti pomenutim kadrovima veći angažman na poslovima socijalne terapije;
- Nabaviti savremenije i validnije tehnike, testove i skale;
- Angažovati psihologe na proceni (preostale) radne sposobnosti i rehabilitacionih potencijala pacijenata;
- Posvetiti veću pažnju pacijentima čiji su rehabilitacioni potencijal iscrpljeni;
- Pažljivije nadzirati pomoćno osoblje;
- Povećati kontrolu osoblja od strane uprave;
- Intenzivirati komunikaciju među različitim profilima stručnjaka;
- Stimulisati prisustvo nezavisnih osoba (studenta, istraživača, volontera), npr. ispitati sindrom izgaranja na poslu kod osoblja, istražiti vezu tzv. kvaliteta života i mentalnog poremećaja, posebno kod shizofrenih pacijenata i pacijenata sa afektivnim poremećajima sa rezidualnim hronicitetom kakvih ima mnogo u Kovinu (promene u strukturi psihijatrijskog sistema zaštite, posebno premeštaj hroničnih pacijenata iz bolnica u zajednicu i pokret deinstitucionalizacije sa različitim službama za tretman, dnevnim i okupacionim strukturama i posebnim smeštajem, dovele su do šireg interesovanja za evaluaciju tih službi pa je koncept kvaliteta života postao mera ishoda uspešnosti raspoloživih službi) i sl.;
- Stimulisati permanentnu edukaciju osoblja (utisak je da je srednje medicinsko osoblje posebno zanemareno);

- Poboljšati uslove rada osoblju, počevši sa opremanjem radnog prostora odgovarajućim nameštajem i tehnikom;
- Povećati plate osoblju, imajući u vidu njihov težak posao i položaj u kojem se nalaze;
- Poklanjati posebnu pažnju prilikom izbora pomoćnog osoblja koje će raditi u bolnici.
- Zaposliti dovoljan broj stručnog osoblja kako bi se izbegla situacija da se pacijenti koriste u savladavju uznemirenih i agitiranih pacijenata;
- Napraviti takav raspored rada da stručno osoblje (psihijatri) budu prisutni u bolnici tokom popodneva i noću;
- Hitno je potrebno usvojiti odgovarajuće zakonske i podzakonske akte kojima će precizno biti regulisana prava pacijenata, sa naglaskom na jasno definisan žalbeni postupak posebno ustanovljenom telu izvan bolnice. Ovo telo mora da ima vrlo precizna ovlašćenja i obavezu da u određenom roku preispita žalbe, preduzme odgovarajuće korake ukoliko ustanovi povredu propisanih prava;
- Ustanoviti posebno telo koje će vršiti monitoring bolnice radi ispitivanja da li se i na koji način poštuju propisana prava pacijenata, posebno onih koji su prinudno smešteni;
- Zakonom predvideti metode ograničenja slobode kretanja, tačno određene slučajeve i vremenski okvir u kojem se može ograničiti sloboda kretanja za pacijente, kao i postojanje nezavisnih organa, ili tela koje će imati obavezu da na zahtev pacijenta preispitaju odluku o ovom ograničenju;
- Unutrašnjim bolničkim pravilnikom utvrditi kako, kada, pod kojim uslovima pacijent mora biti smešten u zatvoreni tretman. Predvideti obavezne revizije odluke o smeštaju u pravilnim vremenskim intervalima;
- Na nivou bolnice doneti precizne smernice o postupku obuzdavanja agitiranih i uznemirenih pacijenata;
- Fiksiranje, kao krajnju meru, koja je regulisana i posebnim bolničkim pravilnikom, obavljati u posebnoj prostoriji, mimo prisustva ostalih pacijenata;
- Ustanoviti poseban registar u koji će biti upisani svi relevantni podaci o fiksiranju (ko je naredio fiksiranje, zbog čega, ko je od osoblja u tome učestvovao, koliko je fiksacija trajala, eventualne povrede koje su nanete pacijentu prilikom obuzdavanja);
- Svakom pacijentu (dobrovoljnom) pre prijema predočiti plan lečenja koji će sadržati informacije o dijagnozi, razlozima predloženog tretmana, metodama lečenja, očekivanom trajanju bolničkog tretmana, alternativnim mogućnostima lečenja, uključujući i one koje su manje restriktivne. Ovaj plan lečenja treba sačiniti i za pacijente koji su prisilno primljeni, on treba da bude dostupan kako samim pacijentima, tako i njihovim zastupnicima i drugim relevantnim institucijama (sudu) koji treba da donesu odluku o smeštaju;
- Doneti novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja (usklađen sa Evropskom konvencijom o ljudskim pravima i njenim tumačenjem iskazanim kroz odluke Evropskog suda za ljudska prava) u kojem će biti precizno definisan postupak prisilnog

- prijema pacijenata, koji će sadržavati obavezu da sudija mora pribaviti mišljenje nezavisnog eksperta, a ne doneti odluku samo na osnovu nalaza lekara iz bolnice;
- Novi zakon mora sadržati obavezu suda da obezbedi advokata licu protiv koga se vodi postupak prisilnog prijema u bolnicu. Ukoliko je lice dovedeno po prijavi porodice, sud treba da mu odredi advokata, to ne treba da čini porodica, jer bi to onda bio sukob interesa;
- Novi zakon mora predvideti obavezu da sud mora videti pacijenta pre nego što donese odluku o smeštaju;
- Pacijentu koji ne poznaje srpski jezik, sud je obavezan da obezbedi i prevodioca u postupku;
- Odluku o prisilnom prijemu dostaviti pacijentu lično i, ukoliko želi da se žali na odluku, obezbediti mu advokata koji će mu pomoći da napiše žalbu;
- Nakon što država donese novi zakon o zaštiti mentalnog zdravlja i odgovarajuće podzakonske akte, bolnica treba da napravi brošuru koja će sadržavati informacije o svim pravima pacijenata, kao i preciznim uputstvima na koji način i u kom postupku pacijenti mogu zaštititi svoja prava;
- U zatvorena odeljenja instalirati telefonske govornice i sandučice u koje će pacijenti moći da ubace predstave i žalbe zaštitniku njihovih prava;
- Napraviti zajedničku strategiju na relaciji Ministarstvo zdravlja – Ministarstvo za rad i socijalnu politiku, kako bi se i u Srbiji započelo sa postupkom deinstitucionalizacije lica koja su do sada živela u bolnicama i domovima socijalne zaštite, s tim što prioritet u rešavanju treba da imaju ljudi sa najtežim problemima i najvećim potrebama.

## PRIKAZ RELEVANTNIH ZAKONA KOJI SE ODNOSE NA LICA KOJA SE PRINUDNO SMEŠTAJU U PSIHIJATRIJSKE USTANOVE I PACIJENTE KOJI SE STACIONARNO LEČE U OVIM USTANOVAMA

Novi zakon o zaštiti lica sa duševnim oboljenjima u Republici Srbiji jeste u pripremi. Ipak, nacrt Zakona koji je doživeo svoju 19. verziju, još uvek nije ušao u skupštinsku proceduru. U ovom momentu nije moguće prognozirati kada će novi Zakon biti usvojen.

U međuvremenu, na snazi su dva akta, dva zakona, koji regulišu materiju prisilnog smeštaja građana u psihijatrijske ustanove. Jedan je Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije (Službeni glasnik, 107/05), koji u članu 44. definiše uslove i proceduru po kojoj se vrši prisilni smeštaj u psihijatrijsku ustanovu. On glasi: "Ako doktor medicine, odnosno specijalista psihijatar, odnosno specijalista neuropsihijatar proceni da je priroda duševne bolesti kod bolesnika takva da može da ugrozi život bolesnika ili život drugih lica ili imovinu, može ga uputiti na bolničko lečenje, a nadležni doktor medicine odgovarajuće stacionarne zdravstvene ustanove primiti na bolničko lečenje bez pristanka samog bolesnika u skladu sa zakonom, s tim da narednog dana po prijemu, konzilijum stacionarne zdravstvene ustanove odluči da li će se bolesnik zadržati na bolničkom lečenju." Stav 2. istog člana kaže da: "O prijemu bolesnika iz stava 1. ovog člana stacionarna zdravstvena ustanova dužna je da u roku od 48 sati od dana prijema bolesnika obavesti nadležni sud." U sledećem stavu kaže se da će način i postupak, kao i organizacija i uslovi lečenja duševno bolesnih lica, odnosno smeštaj ovih lica u stacionarne ustanove, biti uređen posebnim zakonom.

Poglavlje V pomenutog Zakona odnosi se na prava pacijenata. Tako se članom 26 proklamuje pravo na dostupnost zdravstvene zaštite bez diskriminacije u odnosu na neko lično svojstvo, pa tako i na prirodu pacijentovog oboljenja. Član 27. definiše pravo na informisanje o stanju zdravlja, bez obzira na stanje u kojem se nalazi, član 28. pravo na obaveštavanje (pacijent mora da bude obavešten o dijagnozi, o predloženoj medicinskoj meri i trajanju, posledicama njenog nepreduzimanja, vrstu i verovatnoću mogućih rizika, alternativne metode lečenja, dejstvo lekova, moguće promene pacijentovog stanja itd.). U članu 29. proklamovano je pravo na slobodan izbor lekara, član 30. pacijentima garantuje pravo na privatnost i poverljivost informacija. Članovi od 31. do 35. odnose se na pravo na samodlučivanje i pristanak, tj. da pacijent ima pravo da slobodno odluči o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, pa se to pravo garantuje i pacijentima koji imaju limitiranu mogućnost rasuđivanja do one mere do koje mogu razumeti posledice svojih odluka. Članom 36. dozvoljava se pacijentu da može imati uvid u medicinsku dokumentaciju, kao i njegovi roditelji, staratelji, zakonski zastupnici. Član 37. garantuje pravo na tajnost podataka iz medicinske dokumentacije. Član 38. govori o pravu pacijenta nad kojim se vrši medicinski ogled, koji se može preduzimati samo nad odraslim poslovno sposobnim pacijentima koji pristanu na to. Izuzetno, ovo se može primeniti i na maleoletnim i poslovno ne-

sposobnim licima, samo uz pristanak zakonskog zastupnika. Članom 39. reguliše se pacijentovo pravo na prigovor zaštitniku prava pacijenta (lice koje je zaposleno u zdravstvenoj ustanovi). Ovo lice po prijemu pritužbe mora da ustanovi osnovanost i da nakon 5 dana sačini pismeni nalaz. Taj nalaz se dostavlja direktoru ustanove i pacijentu, koji se može žaliti na nalaz Inspekciji Ministarstva zdravlja. Zakon ne reguliše obavezu Inspekcije Ministarstva da odgovori na žalbu. Opšte odredbe iz ovog Zakona morale bi bez izuzetka biti primenjene i na pacijente koji se stacionarno leče u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama.

Zakon o vanparničnom postupku Republike Srbije predviđa postupak "Zadržavanja u zdravstvenoj organizaciji koja obavlja delatnost u oblasti neuropsihijatrije". Ovim postupkom je predviđeno da sud u vanparničnom postupku treba da donese odluku o prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi. Za razliku od Zakona o zdravstvenoj zaštiti, koji definiše uslove pod kojima se lice može uputiti na bolničko lečenje u psihijatrijsku ustanovu, ovaj Zakon ima jednu potpuno štur i nejasnu odredbu koja bi trebalo da predstavlja uslov zadržavanja, a koja glasi: "U ovom postupku sud odlučuje o smeštaju i zadržavanju duševno bolesnog lica u odgovarajućoj zdravstvenoj organizaciji kad je zbog prirode bolesti neophodno da to lice bude ograničeno u slobodi kretanja ili opštenja sa spoljnim svetom." (Član 45. stav 1.)

Zdravstvena organizacija koja primi na lečenje lice bez njegove saglasnosti dužna je, u roku od 3 dana od prijema, da obavesti sud o prisilnom smeštaju. Mesno je nadležan sud na čijem se području ustanova nalazi.

Sud može doneti odluku o prisilnom smeštaju lica u psihijatrijsku bolnicu i u postupku lišavanja poslovne sposobnosti, kada je boravak u ustanovi neophodan da bi se utvrdilo njegovo duševno stanje, dakle radi ekspertize. Smeštaj u ustanovu radi ekspertize ne može biti duži od 3 meseca. (Član 38. stav 3. Zakona o vanparničnom postupku.)

Lice može biti smešteno u psihijatrijsku ustanovu i uz dobrovoljni pristanak. Izjava o saglasnosti za prijem mora biti data u pisanom obliku, pred ovlašćenim licem iz ustanove, u prisustvu dva poslovno sposobna i pismena svedoka, koji nisu radnici u toj organizaciji i nisu krvni srodnici, ili supružnici lica koje se prinudno smešta u ustanovu, kao ni lice koje ga je dovelo u ustanovu.

Zdravstvena organizacija dužna je da u roku od 3 dana od opoziva prethodno date saglasnosti za smeštaj u ustanovu, obavesti sud i time pokrene proceduru donošenja sudske odluke o prisilnom smeštaju, kada lice koje je svojom voljom primljeno u ustanovu, tu saglasnost opozove, a ovlašćeno lice iz ustanove smatra da je njegovo dalje zadržavanje u ustanovi neophodno.

Iako član 45. stav 2. definiše postupak kao hitan, član 50. Zakona predviđa da sud po prijemu prijave, po mogućnosti u roku od 15 dana, a najkasnije u roku od 30 dana donese rešenje da li se lice prinudno zadržava u zdravstvenoj ustanovi. Pre donošenja rešenja, prema članu 49. koji upućuje na član 38. istog Zakona, predviđeno je da lice mora biti pregledano od najmanje dva lekara odgovarajuće specijalnosti. S obzirom na to da Zakon dozvoljava mogućnost da pregled mogu obaviti i specijalisti iz ustanove gde je lice prinudno smešteno, to se u praksi najčešće i primenjuje. Član 38. određuje da lekari specijalisti treba da daju svoje mišljenje o duševnom stanju

bolesnika i sposobnosti tog lica za rasuđivanje.

Kad sud odluči da lice treba da bude zadržano u ustanovi, odrediće vreme zadržavanja koje ne može biti duže od jedne godine. Zdravstvena organizacija obavezana je da sudu šalje periodične izveštaje o zdravstvenom stanju zadržanog lica. Nije precizirano u kojim rokovima i koliko izveštaja. Na zahtev zadržanog lica, njegovog staraoca, ili privremenog zastupnika, kao i po službenoj dužnosti, sud može doneti odluku da se lice pusti iz ustanove, ako se zdravstveno stanje lica toliko poboljšalo da su prestali uslovi za njegovo zadržavanje.

Ako zdravstvena ustanova proceni da lice treba da bude zadržano duže od roka koji je odredio sud, 30 dana pre isteka roka podnosi predlog sudu za produžetak zadržavanja. Sud po istom postupku donosi novu odluku. Na rešenja o prinudnom smeštaju, puštanju ili produžetku zadržavanja, pravo na žalbu imaju lice, staralac i privremeni zastupnik. Bolnica nije u obavezi da dostavi primerak rešenja zadržanom licu, pa je nejasno kako će se lice žaliti ako mu rešenje ne bude dostavljeno. Rok za žalbu je 3 dana od prijema rešenja. Drugostepeni sud je dužan da odluči po žalbi u roku od 3 dana od prijema žalbe.

Prava i obaveze lica koji su prinudno zadržani u psihijatrijskoj ustanovi nisu definisani zakonskim i podzakonskim aktima.

## PRILOZI

## V. Involuntary placement in psychiatric establishments

### Extract from the 8th General Report [CPT/Inf (98) 12]

#### A. Preliminary remarks

25. The CPT is called upon to examine the treatment of all categories of persons deprived of their liberty by a public authority, including persons with mental health problems. Consequently, the Committee is a frequent visitor to psychiatric establishments of various types.

Establishments visited include mental hospitals accommodating, in addition to voluntary patients, persons who have been hospitalised on an involuntary basis pursuant to civil proceedings in order to receive psychiatric treatment. The CPT also visits facilities (special hospitals, distinct units in civil hospitals, etc) for persons whose admission to a psychiatric establishment has been ordered in the context of criminal proceedings. Psychiatric facilities for prisoners who develop a mental illness in the course of their imprisonment, whether located within the prison system or in civil psychiatric institutions, also receive close attention from the CPT.

26. When examining the issue of health-care services in prisons in its 3rd General Report (cf. CPT/Inf (93) 12, paragraphs 30 to 77), the CPT identified a number of general criteria which have guided its work (access to a doctor; equivalence of care; patient's consent and confidentiality; preventive health care; professional independence and professional competence). Those criteria also apply to involuntary placement in psychiatric establishments.

In the following paragraphs, some of the specific issues pursued by the CPT in relation to persons who are placed involuntarily in psychiatric establishments are described.<sup>16</sup> The CPT hopes in this way to give a clear advance indication to national authorities of its views concerning the treatment of such persons; the Committee would welcome comments on this section of its General Report.

#### B. Prevention of ill-treatment

27. In view of its mandate, the CPT's first priority when visiting a psychiatric establishment must be to ascertain whether there are any indications of the deliberate ill-treatment of patients. Such indications are seldom found. More generally, the CPT wishes to place on record the dedication to patient care observed among the overwhelming majority of staff in most psychiatric establishments visited by its delegations. This situation is on occasion all the more commendable in the light of the low staffing levels and paucity of resources at the staff's disposal.

<sup>16</sup> As regards psychiatric care for prisoners, reference should also be made to paragraphs 41 to 44 of the Committee's 3rd General Report.

## V. Prisilni smeštaj u psihijatrijske ustanove Izvod iz 8. Opšteg izveštaja [CPT/Inf (98) 12]

#### A. Prethodne napomene

25. CPT je pozvan da ispita tretman svih kategorija osoba lišenih slobode od strane državnih vlasti, uključujući i tretman osoba koje imaju problema sa duševnim zdravljem. Shodno tome, Komitet često posećuje različite psihijatrijske ustanove.

Posećene ustanove uključuju duševne bolnice u kojima su, osim pacijenata koji su tu dobrovoljno, smeštene i osobe koje su prisilno hospitalizirane, u skladu sa postupcima građanskog prava, kako bi tu bile podvrgnute psihijatrijskom lečenju. CPT takođe posećuje objekte (specijalne bolnice, odvojena odeljenja u civilnim bolnicama, itd.) za osobe čiji je prijem u psihijatrijsku ustanovu naložen u okviru krivičnih postupaka. CPT takođe posvećuje veliku pažnju psihijatrijskim objektima za zatvorenike čija se duševna bolest razvila tokom boravka u zatvoru, bilo da su smešteni unutar zatvorskog sistema ili u civilnim psihijatrijskim institucijama.

26. Prilikom ispitivanja problema zdravstvenih službi u 3. Opštem izveštaju (videti CPT/Inf (93) 12, odeljci 30 do 77), CPT je ustanovio niz opštih kriterijuma kojima se rukovodio u svom radu (pristup lekaru; jednakost nege; pacijentov pristanak i poverljivost; preventivna zdravstvena zaštita; profesionalna nezavisnost i profesionalna stručnost). Ovi kriteriji se takođe primenjuju i na prisilno smeštanje u psihijatrijske ustanove.

U odeljcima koji slede, opisuju se neka od specifičnih pitanja kojima se bavio CPT u odnosu na osobe koje su prisilno smeštene u psihijatrijske ustanove.<sup>16</sup> CPT se nada da će na ovaj način unapred dati jasna uputstva državnim vlastima o svojim gledištima u pogledu tretmana takvih osoba; Komitet pozdravlja sve komentare u vezi ovog odeljka svog Opšteg izveštaja.

#### B. Sprečavanje zlostavljanja

27. Imajući u vidu mandat CPT-a, prvi prioritet CPT-a prilikom posete psihijatrijskoj ustanovi mora biti da utvrdi da li ima nekih nagoveštaja svesnog zlostavljanja pacijenata. Ti nagoveštaji se retko nalaze. Uopšte uzev, CPT želi da zabeleži požrtvovane napore na nezi pacijenata koje je uočio kod ogromne većine osoblja u većini posećenih psihijatrijskih ustanova. Ovakva situacija je tim više za pohvalu s obzirom na mali broj osoblja i oskudnost sredstava koja osoblju stoje na raspolaganju.

<sup>16</sup> U pogledu psihijatrijske nege zatvorenika, treba takođe videti odeljke 41-44 u 3. Opštem izveštaju Komiteta

Nevertheless, the CPT's own on-site observations and reports received from other sources indicate that the deliberate ill-treatment of patients in psychiatric establishments does occur from time to time. A number of questions will be addressed subsequently which are closely-linked to the issue of the prevention of ill-treatment (e.g. means of restraint; complaints procedures; contact with the outside world; external supervision). However, some remarks should be made at this stage as regards the choice of staff and staff supervision.

28. Working with the mentally ill and mentally handicapped will always be a difficult task for all categories of staff involved. In this connection it should be noted that health-care staff in psychiatric establishments are frequently assisted in their day-to-day work by orderlies; further, in some establishments a considerable number of personnel are assigned to security-related tasks. The information at the CPT's disposal suggests that when deliberate ill-treatment by staff in psychiatric establishments does occur, such auxiliary staff rather than medical or qualified nursing staff are often the persons at fault.

Bearing in mind the challenging nature of their work, it is of crucial importance that auxiliary staff be carefully selected and that they receive both appropriate training before taking up their duties and in-service courses. Further, during the performance of their tasks, they should be closely supervised by - and be subject to the authority of - qualified health-care staff.

29. In some countries, the CPT has encountered the practice of using certain patients, or inmates from neighbouring prison establishments, as auxiliary staff in psychiatric facilities. The Committee has serious misgivings about this approach, which should be seen as a measure of last resort. If such appointments are unavoidable, the activities of the persons concerned should be supervised on an on-going basis by qualified health-care staff.

30. It is also essential that appropriate procedures be in place in order to protect certain psychiatric patients from other patients who might cause them harm. This requires inter alia an adequate staff presence at all times, including at night and weekends. Further, specific arrangements should be made for particularly vulnerable patients; for example, mentally handicapped and/or mentally disturbed adolescents should not be accommodated together with adult patients.

31. Proper managerial control of all categories of staff can also contribute significantly to the prevention of ill-treatment. Obviously, the clear message must be given that the physical or psychological ill-treatment of patients is not acceptable and will be dealt with severely. More generally, management should ensure that the therapeutic role of staff in psychiatric establishments does not come to be considered as secondary to security considerations.

Similarly, rules and practices capable of generating a climate of tension between staff and patients should be revised accordingly. The imposition of fines on staff in the event of an escape by a patient is precisely the kind of measure which can have a negative effect on the ethos within a psychiatric establishment.

Bez obzira na ovo, sopstvena zapažanja CPT-a sa lica mesta, kao i izveštaji primljeni iz drugih izvora, ukazuju da u psihijatrijskim ustanovama s vremena na vreme ipak dolazi do namernog zlostavljanja pacijenata. U daljem tekstu će se razmotriti niz pitanja koja su usko vezana sa pitanjem sprečavanja zlostavljanja (npr. sredstva ograničavanja slobode kretanja; žalbeni postupci; kontakt sa spoljnim svetom; spoljni nadzor). Međutim, na ovom mestu treba dati izvesne napomene u vezi izbora i nadzora osoblja.

28. Rad sa mentalno bolesnim i mentalno hendikepiranima predstavlja uvek težak zadatak za sve kategorije angažovanog osoblja. U vezi sa ovim treba napomenuti da zdravstvenom osoblju u psihijatrijskim ustanovama u njihovom svakodnevnom radu često pomažu zdravstveni pomoćnici; nadalje, u nekim ustanovama se velikom broju zaposlenih poveravaju zadaci u vezi sa bezbednošću. Informacije kojima raspolaže CPT sugerišu da kada dođe do zlostavljanja od strane osoblja u psihijatrijskim ustanovama, to obično vrši pomoćno osoblje, a ne medicinsko ili stručno osoblje za zdravstvenu negu.

Imajući u vidu tešku prirodu njihovog posla, od ključne je važnosti da pomoćno osoblje bude pažljivo izabrano i da dobije odgovarajuću obuku, kako pre preuzimanja svojih dužnosti, tako i tokom obuke u službi. Nadalje, tokom izvršavanja svojih zadataka, to osoblje mora biti pažljivo nadzirano i rukovođeno od strane stručnog zdravstvenog osoblja.

29. U nekim zemljama, CPT je naišao na praksu da se izvesni pacijenti ili zatvorenici iz susednih zatvorskih ustanova koriste kao pomoćno osoblje u psihijatrijskim objektima. Komitet ozbiljno zamera ovom pristupu, koji bi trebalo smatrati kao meru kojoj se pribegava samo u slučaju krajnje nužde. Ukoliko to ipak nije moguće izbeći, aktivnosti tih osoba moraju biti neprekidno nadzirane od strane stručno osposobljenog zdravstvenog osoblja.

30. Takođe je od suštinske važnosti da budu ustanovljeni odgovarajući postupci kako bi se zaštitili određeni psihijatrijski pacijenti od drugih pacijenata koji bi ih mogli povrediti. Ovo, između ostalog, zahteva prisustvo adekvatnog broja osoblja u svakom momentu, uključujući tu i tokom noći i vikenda. Nadalje, treba iznaći specifična rešenja za posebno ugrožene pacijente; na primer, mentalno hendikepirani i/ili mentalno poremećeni adolescenti ne bi smeli biti smešteni zajedno sa odraslim pacijentima.

31. Pravilna kontrola svih kategorija osoblja od strane uprave može takođe značajno doprineti sprečavanju zlostavljanja. Očigledno je da mora biti upućena jasna poruka da fizičko ili psihološko zlostavljanje pacijenata nije prihvatljivo i da će biti vrlo strogo kažnjeno. Uopšte uzev, rukovodeće osoblje mora osigurati da terapijska uloga osoblja u psihijatrijskim ustanovama ne bude smatrana od drugorazrednog značaja u odnosu na bezbednost.

Slično tome, pravila i praksa koja bi mogla stvoriti atmosferu napetosti između osoblja i pacijenata moraju biti revidirana na prikladan način. Nametanje novčanih kazni osoblju u slučaju kada neki pacijent pobegne je upravo ona vrsta mere koja može imati negativan učinak na etiku koja vlada unutar jedne psihijatrijske ustanove.

**C. Patients' living conditions and treatment**

32. The CPT closely examines patients' living conditions and treatment; inadequacies in these areas can rapidly lead to situations falling within the scope of the term "inhuman and degrading treatment". The aim should be to offer material conditions which are conducive to the treatment and welfare of patients; in psychiatric terms, a positive therapeutic environment. This is of importance not only for patients but also for staff working in psychiatric establishments. Further, adequate treatment and care, both psychiatric and somatic, must be provided to patients; having regard to the principle of the equivalence of care, the medical treatment and nursing care received by persons who are placed involuntarily in a psychiatric establishment should be comparable to that enjoyed by voluntary psychiatric patients.

33. The quality of patients' living conditions and treatment inevitably depends to a considerable extent on available resources. The CPT recognises that in times of grave economic difficulties, sacrifices may have to be made, including in health establishments. However, in the light of the facts found during some visits, the Committee wishes to stress that the provision of certain basic necessities of life must always be guaranteed in institutions where the State has persons under its care and/or custody. These include adequate food, heating and clothing as well as - in health establishments - appropriate medication.

**living conditions**

34. Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.

Particular attention should be given to the decoration of both patients' rooms and recreation areas, in order to give patients visual stimulation. The provision of bedside tables and wardrobes is highly desirable, and patients should be allowed to keep certain personal belongings (photographs, books, etc). The importance of providing patients with lockable space in which they can keep their belongings should also be underlined; the failure to provide such a facility can impinge upon a patient's sense of security and autonomy.

Sanitary facilities should allow patients some privacy. Further, the needs of elderly and/or handicapped patients in this respect should be given due consideration; for example, lavatories of a design which do not allow the user to sit are not suitable for such patients. Similarly, basic hospital equipment enabling staff to provide adequate care (including personal hygiene) to bedridden patients must be made available; the absence of such equipment can lead to wretched conditions.

It should also be noted that the practice observed in some psychiatric establishments of continuously dressing patients in pyjamas/nightgowns is not conducive to strengthening personal identity and self-esteem; individualisation of clothing should form part of the therapeutic process.

**C. Životni uslovi i lečenje pacijenata**

32. CPT pažljivo ispituje životne uslove pacijenata i njihovo lečenje; neodgovarajuće mere u ovom domenu mogu veoma brzo dovesti do situacija koje se mogu okvalifikovati kao nečovečno ili ponižavajuće postupanje. Obezbedjenje takvih materijalnih uslova koji omogućavaju lečenje i dobrobit pacijenata bi trebalo da bude cilj; psihijatrijskom terminologijom rečeno, radi se o stvaranju pozitivnog terapijskog okruženja. Ovo je od važnosti ne samo za pacijente, nego i za osoblje koje radi u psihijatrijskim ustanovama. Nadalje, moraju se obezbediti odgovarajuće lečenje i nega, kako psihijatrijska tako i somatska; u vezi principa jednakosti nege, medicinsko lečenje i zdravstvena nega koja se obezbeđuje osobama koje su prisilno smeštene u psihijatrijske institucije moraju biti slični onima koji se pružaju dobrovoljnim psihijatrijskim pacijentima.

33. Kvalitet životnih uslova i lečenja pacijenata neizbežno u velikoj meri zavise od raspoloživih sredstava. CPT shvata da se u vreme ozbiljnih ekonomskih poteškoća mora stegnuti kaiš, uključujući tu i u zdravstvenim ustanovama. Međutim, u svetlu činjenica ustanovljenih tokom nekih poseta, Komitet želi da naglasi da osiguranje osnovnih životnih potreba mora uvek biti garantovano u institucijama gde se nalaze osobe koje su pod brigom države i/ili koje ona čuva. Ovo uključuje obezbeđivanje dovoljno hrane, odgovarajuće grejanje i odeću, kao i odgovarajuću terapiju u zdravstvenim ustanovama.

**životni uslovi**

34. Stvaranje pozitivnog terapijskog okruženja znači pre svega obezbeđivanje dovoljno životnog prostora po pacijentu, kao i adekvatno osvetljenje, grejanje i provetravanje, održavanje ustanove u zadovoljavajućem stanju i ispunjavanje zahteva bolničke higijene.

Naročitu pažnju treba posvetiti dekoraciji prostora, kako soba za pacijente, tako i delova za rekreaciju, kako bi se pacijenti vizuelno stimulirali. Vrlo je poželjno obezbediti ormare za garderobu i ormariće uz krevet, a pacijentima bi trebalo biti dozvoljeno da drže određene lične stvari (fotografije, knjige, itd.). Treba takođe podvući važnost toga da pacijentima bude dat neki prostor koji mogu da zaključaju, kako bi tu čuvali svoje lične stvari; propust da im se obezbedi takva podobnost može narušiti pacijentov osećaj sigurnosti i autonomije.

Toaleti moraju omogućiti pacijentima izvesnu privatnost. Nadalje, odgovarajuću pažnju treba posvetiti potrebama staraca i/ili hendikepiranih pacijenata u ovom pogledu; na primer, nužnici koji su napravljeni tako da ne omogućavaju korisniku da sedne nisu pogodni za takve pacijente. Slično tome, treba omogućiti osnovnu bolničku opremu koja omogućava osoblju da pruži adekvatnu negu (uključujući i ličnu higijenu) osobama vezanim za krevet; odsustvo takve opreme može dovesti do veoma jadnih uslova za život.

Praksa koju je CPT primetio u nekim psihijatrijskim ustanovama gde su pacijenti stalno obučeni u pidžame/spavačice ne doprinosi jačanju identiteta ličnosti i samopoštovanja. Omogućavanje oblačenja po ličnom ukusu trebalo bi da predstavlja deo terapijskog procesa.

35. Patients' food is another aspect of their living conditions which is of particular concern to the CPT. Food must be not only adequate from the standpoints of quantity and quality, but also provided to patients under satisfactory conditions. The necessary equipment should exist enabling food to be served at the correct temperature. Further, eating arrangements should be decent; in this regard it should be stressed that enabling patients to accomplish acts of daily life - such as eating with proper utensils whilst seated at a table - represents an integral part of programmes for the psycho-social rehabilitation of patients. Similarly, food presentation is a factor which should not be overlooked.

The particular needs of disabled persons in relation to catering arrangements should also be taken into account.

36. The CPT also wishes to make clear its support for the trend observed in several countries towards the closure of large-capacity dormitories in psychiatric establishments; such facilities are scarcely compatible with the norms of modern psychiatry. Provision of accommodation structures based on small groups is a crucial factor in preserving/restoring patients' dignity, and also a key element of any policy for the psychological and social rehabilitation of patients. Structures of this type also facilitate the allocation of patients to relevant categories for therapeutic purposes.

Similarly, the CPT favours the approach increasingly being adopted of allowing patients who so wish to have access to their room during the day, rather than being obliged to remain assembled together with other patients in communal areas.

#### treatment

37. Psychiatric treatment should be based on an individualised approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis; it is also desirable for them to be offered education and suitable work.

The CPT all too often finds that these fundamental components of effective psycho-social rehabilitative treatment are underdeveloped or even totally lacking, and that the treatment provided to patients consists essentially of pharmacotherapy. This situation can be the result of the absence of suitably qualified staff and appropriate facilities or of a lingering philosophy based on the custody of patients.

38. Of course, psychopharmacologic medication often forms a necessary part of the treatment given to patients with mental disorders. Procedures must be in place to ensure that medication prescribed is in fact provided, and that a regular supply of appropriate medicines is guaranteed. The CPT will also be on the look-out for any indications of the misuse of medication.

39. Electroconvulsive therapy (ECT) is a recognised form of treatment for psychiatric patients suffering from some particular disorders. However, care should be taken that ECT fits into the patient's treatment plan, and its administration must be accompanied by appropriate safeguards.

35. Ishrana pacijenata predstavlja drugi aspekt životnih uslova do kojeg je CPT-u veoma stalo. Hrana ne samo da mora biti odgovarajuća u pogledu kvantiteta i kvaliteta, nego takođe mora biti davana pacijentima pod zadovoljavajućim uslovima. Mora postojati neophodna oprema koja omogućava da se hrana servira na odgovarajućoj temperaturi. Nadalje, mora se omogućiti pristojan način jedenja; u tom pogledu treba naglasiti da omogućavanje pacijentima da vrše radnje svog svakodnevnog života – kao što je jedenje uz pomoć odgovarajućeg pribora, sedeći za stolom – predstavlja integralni deo programa psihosocijalne rehabilitacije. Slično tome, način davanja i aranžiranja hrane predstavlja faktor koji ne sme biti zanemaren.

Takođe trebaju biti uzete u obzir i posebne potrebe invalidnih osoba u pogledu ishrane.

36. CPT takođe želi da izrazi nedvosmislenu podršku tendenciji zatvaranja spavaonica velikih kapaciteta u psihijatrijskim ustanovama, tendenciji koja je primećena u nekoliko zemalja; takvi objekti jedva da su spojivi sa normama moderne psihijatrije. Obezbeđivanje smeštaja u malim grupama predstavlja ključni faktor u očuvanju/vraćanju dostojanstva pacijentu, te takođe predstavlja ključni element svake strategije psihološke i društvene rehabilitacije pacijenata. Smeštajne strukture ovog tipa takođe olakšavaju grupisanje pacijenata u odgovarajuće kategorije u terapijske svrhe.

Slično tome, CPT preferira pristup, koji se u sve većoj meri usvaja, da se pacijentima koji to žele omogućiti odlazak u njihove sobe tokom dana, umesto da budu obavezni da ostanu na okupu sa drugim pacijentima u zajedničkim prostorijama.

#### lečenje

37. Psihijatrijsko lečenje mora biti zasnovano na individualiziranom pristupu, koji podrazumeva sastavljanje posebnog plana lečenja za svakog pacijenta. To lečenje mora uključivati široki spektar rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući radnu terapiju, grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, umetničke, dramske, muzičke i sportske aktivnosti. Pacijenti moraju imati redovan pristup odgovarajuće opremljenim prostorijama za rekreaciju, te imati mogućnost da se rekreiraju na otvorenom svakoga dana; takođe je poželjno da im bude omogućeno obrazovanje i odgovarajući posao.

CPT je i u previše slučajeva našao da su ove fundamentalne komponente delotvornog psiho-socijalnog rehabilitacionog tretmana nerazvijene ili da čak u potpunosti nedostaju, te da se lečenje pacijenata u suštini sastoji od farmakoterapije. Ova situacija je možda rezultat nedostatka odgovarajuće obučene osoblja i odgovarajućih pogodnosti ili je možda rezultat preživele filozofije lečenja, zasnovane na zatvaranju pacijenata.

38. Naravno, psihofarmakološka terapija često čini sastavni deo lečenja pacijenata sa duševnim poremećajima. Moraju biti uspostavljeni takvi postupci kojima se osigurava da se propisana terapija zaista i pruža, te da redovno snabdevanje odgovarajućim lekovima bude garantovano. CPT će takođe pažljivo pratiti da li ima bilo kakvih znakova zloupotrebe lekova.

39. "Elektrošok terapija" (EŠT) predstavlja priznatu formu lečenja psihijatrijskih pacijenata koji boluju od specifičnih poremećaja. Međutim, treba pripaziti da se EŠT uklapa u plan lečenja datog pacijenta, te da ta terapija bude praćena odgovarajućim garancijama.



The CPT is particularly concerned when it encounters the administration of ECT in its unmodified form (i.e. without anaesthetic and muscle relaxants); this method can no longer be considered as acceptable in modern psychiatric practice. Apart from the risk of fractures and other untoward medical consequences, the process as such is degrading for both the patients and the staff concerned. Consequently, ECT should always be administered in a modified form.

ECT must be administered out of the view of other patients (preferably in a room which has been set aside and equipped for this purpose), by staff who have been specifically trained to provide this treatment. Further, recourse to ECT should be recorded in detail in a specific register. It is only in this way that any undesirable practices can be clearly identified by hospital management and discussed with staff.

40. Regular reviews of a patient's state of health and of any medication prescribed is another basic requirement. This will inter alia enable informed decisions to be taken as regards a possible dehospitalisation or transfer to a less restrictive environment.

A personal and confidential medical file should be opened for each patient. The file should contain diagnostic information (including the results of any special examinations which the patient has undergone) as well as an ongoing record of the patient's mental and somatic state of health and of his treatment. The patient should be able to consult his file, unless this is unadvisable from a therapeutic standpoint, and to request that the information it contains be made available to his family or lawyer. Further, in the event of a transfer, the file should be forwarded to the doctors in the receiving establishment; in the event of discharge, the file should be forwarded - with the patient's consent - to a treating doctor in the outside community.

41. Patients should, as a matter of principle, be placed in a position to give their free and informed consent to treatment. The admission of a person to a psychiatric establishment on an involuntary basis should not be construed as authorising treatment without his consent. It follows that every competent patient, whether voluntary or involuntary, should be given the opportunity to refuse treatment or any other medical intervention. Any derogation from this fundamental principle should be based upon law and only relate to clearly and strictly defined exceptional circumstances.

Of course, consent to treatment can only be qualified as free and informed if it is based on full, accurate and comprehensible information about the patient's condition and the treatment proposed; to describe ECT as "sleep therapy" is an example of less than full and accurate information about the treatment concerned. Consequently, all patients should be provided systematically with relevant information about their condition and the treatment which it is proposed to prescribe for them. Relevant information (results, etc.) should also be provided following treatment.

#### **D. Staff**

42. Staff resources should be adequate in terms of numbers, categories of staff (psychiatrists, general practitioners, nurses, psychologists, occupational therapists, social workers, etc.), and experience and training. Deficiencies in staff resources will often seriously undermine attempts to offer activities of the kind described in

CPT je naročito zabrinut kada se susretne sa pojavom primene EŠT u njenoj nemodifikovanoj formi (tj. bez anestetika i miorelaksanata); ovakav metod se ne može više smatrati prihvatljivim u modernoj psihijatrijskoj praksi. Osim opasnosti od fraktura i drugih nepoželjnih posledica po zdravlje, sam proces je po sebi ponižavajući kako za pacijente, tako i za osoblje u pitanju. Shodno tome, EŠT mora biti primenjivana u modifikovanoj formi.

EŠT se mora primenjivati izvan vidnog dometa ostalih pacijenata (po mogućnosti u sobi koja je odvojena i opremljena za tu svrhu), od strane osoblja koje je posebno obučeno za ovu vrstu lečenja. Nadalje, pribegavanje ovoj terapiji se mora detaljno evidentirati u posebnoj knjizi. Jedino na taj način se svaka vrsta nepoželjne prakse može jasno identifikovati od strane rukovodstva bolnice i o tome razgovarati sa osobljem.

40. Redovne provere pacijentovog stanja zdravlja i svih propisanih lekova predstavljaju drugi temeljni zahtev. Ovo, između ostalog, omogućuje da se donesu odluke zasnovane na dovoljno informacija u vezi mogućeg otpuštanja iz bolnice ili premeštanja u manje restriktivan ambijent.

Svatom pacijentu mora biti otvoren lični i poverljiv medicinski dosije. Ovaj dosije mora sadržavati dijagnostičke informacije (uključujući i rezultate svih specijalnih ispitivanja kojima je pacijent bio podvrgnut), kao i tekuću evidenciju pacijentovog mentalnog i somatskog stanja, te njegovog lečenja. Pacijent mora biti u mogućnosti da ima uvida u svoj dosije, osim ukoliko to nije preporučljivo sa terapijske tačke gledišta, te da zahteva da informacije koje taj dosije sadrži budu učinjene dostupnim njegovoj porodici ili advokatu. Nadalje, u slučaju premeštanja, ovaj dosije mora biti prosleđen lekarima u prijemnoj ustanovi; u slučaju otpuštanja, dosije treba proslediti – uz pristanak pacijenta – lekaru u zajednici na slobodi.

41. Pacijenti u principu moraju biti u prilici da daju slobodan pristanak na lečenje, zasnovan na dovoljno informacija. Prijem neke osobe u psihijatrijsku ustanovu na nedobrovoljnoj osnovi ne sme biti protumačen tako kao da ovlašćuje na lečenje bez njegovog pristanka. Iz toga sledi da svaki sposoban pacijent, bilo da je tu dobrovoljno ili prisilno, mora imati mogućnost da odbije lečenje ili bilo koju drugu medicinsku intervenciju. Svako derogiranje ovog osnovnog načela mora biti zasnovano na zakonu i odnositi se isključivo na jasno i strogo definisane izuzetne okolnosti.

Naravno, pristanak na lečenje se može kvalifikovati slobodnim i zasnovanim na dovoljno obaveštenja samo ako je utemeljen na potpunim, tačnim i razumljivim informacijama o stanju pacijenta i predloženom lečenju; opisati EŠT kao "terapiju snom" predstavlja primer nedovoljne i netačne informacije o tom lečenju. Shodno tome, svim pacijentima treba sistematski pružati relevantne informacije o njihovom stanju i predloženom lečenju koje im se propisuje; relevantne informacije (rezultati ispitivanja, itd.) moraju takođe biti date i posle lečenja.

#### **D. Osoblje**

42. Osposobljenost kadrovima mora biti adekvatna u smislu broja, vrste osoblja (psihijatri, lekari opšte prakse, medicinske sestre, psiholozi, radni terapeuti, socijalni radnici, itd.), te iskustva i stručne osposobljenosti. Nedostaci u kadrovskoj osposobljenosti često ozbiljno osujećuju pokušaje da se pacijentima osiguraju ak-

paragraph 37; further, they can lead to high-risk situations for patients, notwithstanding the good intentions and genuine efforts of the staff in service.

43. In some countries, the CPT has been particularly struck by the small number of qualified psychiatric nurses among the nursing staff in psychiatric establishments, and by the shortage of personnel qualified to conduct social therapy activities (in particular, occupational therapists). The development of specialised psychiatric nursing training and a greater emphasis on social therapy would have a considerable impact upon the quality of care. In particular, they would lead to the emergence of a therapeutic milieu less centred on drug-based and physical treatments.

44. A number of remarks concerning staff issues and, more particularly, auxiliary staff, have already been made in an earlier section (cf. paragraphs 28 to 31). However, the CPT also pays close attention to the attitude of doctors and nursing staff. In particular, the Committee will look for evidence of a genuine interest in establishing a therapeutic relationship with patients. It will also verify that patients who might be considered as burdensome or lacking rehabilitative potential are not being neglected.

45. As in other health-care services, it is important that the different categories of staff working in a psychiatric unit meet regularly and form a team under the authority of a senior doctor. This will allow day-to-day problems to be identified and discussed, and guidance to be given. The lack of such a possibility could well engender frustration and resentment among staff members.

46. External stimulation and support are also necessary to ensure that the staff of psychiatric establishments do not become too isolated. In this connection, it is highly desirable for such staff to be offered training possibilities outside their establishment as well as secondment opportunities. Similarly, the presence in psychiatric establishments of independent persons (e.g. students and researchers) and external bodies (cf paragraph 55) should be encouraged.

### **E. Means of restraint**

47. In any psychiatric establishment, the restraint of agitated and/or violent patients may on occasion be necessary. This is an area of particular concern to the CPT, given the potential for abuse and ill-treatment.

The restraint of patients should be the subject of a clearly-defined policy. That policy should make clear that initial attempts to restrain agitated or violent patients should, as far as possible, be non-physical (e.g. verbal instruction) and that where physical restraint is necessary, it should in principle be limited to manual control.

Staff in psychiatric establishments should receive training in both non-physical and manual control techniques vis-à-vis agitated or violent patients. The possession of such skills will enable staff to choose the most appropriate response when confronted by difficult situations, thereby significantly reducing the risk of injuries to patients and staff.

48. Resort to instruments of physical restraint (straps, strait-jackets, etc.) shall only very rarely be justified and must always be either expressly ordered by a doctor or immediately brought to the attention of a doctor with a view to seeking his

ativnosti na način kako je to opisano u odeljku 37; nadalje, to može dovesti do situacija visokog rizika za pacijente, bez obzira na sve dobre namere i iskrene napore osoblja.

43. U nekim zemljama, CPT je bio posebno iznenađen malim brojem kvalifikovanih psihijatrijskih sestara među medicinskim osobljem u psihijatrijskim ustanovama, kao i nedostatkom osoblja koje bi bilo osposobljeno da vodi aktivnosti socijalne terapije (posebno nedostatkom radnih terapeuta). Razvoj specijalizirane obuke za psihijatrijsku negu i veći naglasak na socijalnoj terapiji mogu imati znatnog uticaja na kvalitet zdravstvene nege, te mogu dovesti do stvaranja takvog terapijskog ambijenta koji bi bio manje zasnovan na fizičkoj i medikamentoznoj terapiji.

44. U odeljcima 28 do 31, već je dat niz napomena u vezi pitanja osoblja, a naročito pomoćnog osoblja. Međutim, CPT takođe posvećuje veliku pažnju stavovima lekara i osoblja koje neguje pacijente. Komitet će tražiti dokaze o iskrenoj zainteresovanosti za uspostavljanje terapijskog odnosa sa pacijentima. On će takođe proveravati da li se zanemaruju pacijenti koji se smatraju neugodnim ili bez mogućnosti rehabilitacije.

45. Kao i kod svih drugih zdravstvenih službi, važno je da se različite kategorije osoblja koje radi u psihijatrijskoj jedinici redovno sastaju i formiraju tim pod vođstvom glavnog lekara. Ovo omogućava da se svakodnevni problemi identifikuju, da se o njima raspravlja, a da osoblju budu davana uputstva. Nedostatak takvih mogućnosti može dovesti do frustracije i zlovolje među osobljem.

46. Spoljna stimulacija i podrška su takođe neophodni kako bi se osiguralo da osoblje psihijatrijskih ustanova ne postane previše izolovano. U vezi sa tim, vrlo je poželjno da takvom osoblju budu ponuđene mogućnosti za obuku izvan sopstvene ustanove, kao i mogućnosti za dodelu na rad nekoj drugoj psihijatrijskoj ustanovi. Slično tome, treba stimulisati prisustvo nezavisnih osoba (npr. studenata i istraživača), kao i spoljnih tela (videti odeljak 55).

### **E. Sredstva za oduzimanje slobode kretanja**

47. U bilo kojoj psihijatrijskoj ustanovi ponekad je potrebno obuzdati uznemirene i/ili nasilne pacijente. Ovo je oblast koju CPT prati sa posebnom pažnjom, zbog mogućnosti zloupotrebe i zlostavljanja.

Oduzimanje slobode kretanja pacijentima mora biti uređeno jasno definisanim politikom. Ta politika mora nedvosmisleno istaći da početni pokušaji da se obuzdaju uznemireni ili nasilni pacijenti moraju koliko god je to moguće biti ne-fizičke prirode (npr. verbalna uputstva), a tamo gdje je fizičko obuzdavanje pacijenata neophodno, ono se u principu mora ograničiti na manuelno obuzdavanje.

Osoblje u psihijatrijskim ustanovama mora biti obučeno u tehnikama ne-fizičkog i manualnog obuzdavanja uznemirenih ili nasilnih pacijenata. Posedovanje takvih veština omogućuje osoblju da izabere naprikladniji odgovor kada se suoči sa teškim situacijama, pri čemu se u značajnoj meri smanjuje opasnost povređivanja pacijenata i osoblja.

48. Pribegavanje instrumentima fizičkog sputavanja (kaiševi, "ludačke košulje", itd.) je veoma retko opravdano i mora uvek biti izričito naloženo od strane lekara ili se o tome lekar mora odmah obavestiti u svrhu traženja njegovog odobren-

approval. If, exceptionally, recourse is had to instruments of physical restraint, they should be removed at the earliest opportunity; they should never be applied, or their application prolonged, as a punishment.

The CPT has on occasion encountered psychiatric patients to whom instruments of physical restraint have been applied for a period of days; the Committee must emphasise that such a state of affairs cannot have any therapeutic justification and amounts, in its view, to ill-treatment.

49. Reference should also be made in this context to the seclusion (i.e. confinement alone in a room) of violent or otherwise “unmanageable” patients, a procedure which has a long history in psychiatry.

There is a clear trend in modern psychiatric practice in favour of avoiding seclusion of patients, and the CPT is pleased to note that it is being phased out in many countries. For so long as seclusion remains in use, it should be the subject of a detailed policy spelling out, in particular: the types of cases in which it may be used; the objectives sought; its duration and the need for regular reviews; the existence of appropriate human contact; the need for staff to be especially attentive.

Seclusion should never be used as a punishment.

50. Every instance of the physical restraint of a patient (manual control, use of instruments of physical restraint, seclusion) should be recorded in a specific register established for this purpose (as well as in the patient’s file). The entry should include the times at which the measure began and ended, the circumstances of the case, the reasons for resorting to the measure, the name of the doctor who ordered or approved it, and an account of any injuries sustained by patients or staff.

This will greatly facilitate both the management of such incidents and the oversight of the extent of their occurrence.

#### **F. Safeguards in the context of involuntary placement**

51. On account of their vulnerability, the mentally ill and mentally handicapped warrant much attention in order to prevent any form of conduct - or avoid any omission - contrary to their well-being. It follows that involuntary placement in a psychiatric establishment should always be surrounded by appropriate safeguards. One of the most important of those safeguards - free and informed consent to treatment - has already been highlighted (cf. paragraph 41).

##### **the initial placement decision**

52. The procedure by which involuntary placement is decided should offer guarantees of independence and impartiality as well as of objective medical expertise.

As regards, more particularly, involuntary placement of a civil nature, in many countries the decision regarding placement must be taken by a judicial authority (or confirmed by such an authority within a short time-limit), in the light of psychiatric opinions. However, the automatic involvement of a judicial authority in the initial decision on placement is not foreseen in all countries. Committee of Ministers Recommendation N° R (83) 2 on the legal protection of persons suffering from men-

ja. Ukoliko se, izuzetno, pribegne instrumentima fizičkog sputavanja, ti instrumenti moraju biti uklonjeni čim to bude moguće; oni nikada ne smeju biti primenjivani, odnosno njihova primena produžavana, kao vrsta kazne.

CPT je povremeno susretao psihijatrijske pacijente na koje su bili primenjivani instrumenti fizičkog sputavanja tokom više dana; Komitet mora istaći da takvo stanje stvari ne može imati bilo kakvog terapijskog opravdanja i, po mišljenju Komiteta, predstavlja zlostavljanje.

49. U ovom kontekstu treba se osvrnuti i na izdvajanje u samicu nasilnih ili na drugi način “neukrotivih” pacijenata, postupak kojeg psihijatrija poznaje već dugo.

U savremenoj psihijatrijskoj praksi postoji jasna tendencija da se izbegne izdvajanje pacijenata u samicu i CPT sa zadovoljstvom konstatuje da se ova praksa već ukida u mnogim zemljama. Dokle kod se izdvajanje u samicu i dalje koristi, ono mora biti predmetom detaljno definisane politike, kojom se posebno navode: vrste slučajeva u kojima se izdvajanje može koristiti; ciljevi koji se žele postići; trajanje i potreba za redovnom revizijom postupka; postojanje odgovarajućeg ljudskog kontakta; potreba da osoblje bude posebno pažljivo.

Izdvajanje u samicu se ne sme nikada koristiti kao kazna.

50. Svaki slučaj fizičkog ograničavanja slobode kretanja pacijenta (manuelno obuzdavanje, korišćenje instrumenata fizičkog sputavanja, izdvajanje u samicu) mora biti evidentirano u posebnoj knjizi ustanovljenoj u tu svrhu (kao i u pacijentovom dosijeu). Upis u knjigu mora uključiti vreme kada je ta mera započeta i kada je okončana, okolnosti slučaja, razloge za pribegavanje toj meri, ime lekara koji je naredio ili odobrio meru i opis svih eventualnih povreda pacijenta ili osoblja.

Ovim se u velikoj meri olakšava kako kontrola takvih epizoda, tako i pregled stepena raširenosti takvih pojava.

#### **F. Garancije u kontekstu prisilnog smeštaja**

51. Zbog njihove posebne ugroženosti, duševno bolesnima i duševno zaostalima potrebno je posvetiti mnogo pažnje kako bi se sprečila bilo koja forma ponašanja – odnosno izbegla svaka omaška – koja ugrožava njihovu dobrobit. Iz toga sledi da prisilno smeštanje u psihijatrijsku ustanovu mora uvek biti praćeno odgovarajućim garancijama. Jedna od najvažnijih među ovim garancijama – slobodan pristanak na lečenje, zasnovan na dovoljno informacija – bila je već ranije pomenuta (videti odeljak 41).

##### **početna odluka o smeštaju**

52. Postupak na osnovu kojeg se donosi odluka o prisilnom smeštanju mora nuditi garancije nezavisnosti i nepristrasnosti, kao i objektivnog kliničkog veštačenja.

Kada se radi o prisilnom smeštanju civilnog karaktera, u mnogim zemljama odluku o smeštaju moraju doneti sudske vlasti (ili je te vlasti moraju potvrditi u kratkom roku), a u svetlu psihijatrijskih mišljenja. Međutim, ne predviđaju sve zemlje automatsko uključivanje sudskih vlasti u početnu odluku o smeštaju. Preporuka Komiteta ministara br. R (83) 2 o pravnoj zaštiti osoba koje boluju od mentalnih

tal disorder placed as involuntary patients allows for both approaches (albeit setting out special safeguards in the event of the placement decision being entrusted to a non-judicial authority). The Parliamentary Assembly has nevertheless reopened the debate on this subject via its Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights, calling for decisions regarding involuntary placement to be taken by a judge.

In any event, a person who is involuntarily placed in a psychiatric establishment by a non-judicial authority must have the right to bring proceedings by which the lawfulness of his detention shall be decided speedily by a court.

### **safeguards during placement**

53. An introductory brochure setting out the establishment's routine and patients' rights should be issued to each patient on admission, as well as to their families. Any patients unable to understand this brochure should receive appropriate assistance.

Further, as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.

54. The maintenance of contact with the outside world is essential, not only for the prevention of ill-treatment but also from a therapeutic standpoint.

Patients should be able to send and receive correspondence, to have access to the telephone, and to receive visits from their family and friends. Confidential access to a lawyer should also be guaranteed.

55. The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (eg. a judge or supervisory committee) which is responsible for the inspection of patients' care. This body should be authorised, in particular, to talk privately with patients, receive directly any complaints which they might have and make any necessary recommendations.

### **discharge**

56. Involuntary placement in a psychiatric establishment should cease as soon as it is no longer required by the patient's mental state. Consequently, the need for such a placement should be reviewed at regular intervals.

When involuntary placement is for a specified period, renewable in the light of psychiatric evidence, such a review will flow from the very terms of the placement. However, involuntary placement might be for an unspecified period, especially in the case of persons who have been compulsorily admitted to a psychiatric establishment pursuant to criminal proceedings and who are considered to be dangerous. If the period of involuntary placement is unspecified, there should be an automatic review at regular intervals of the need to continue the placement.

poremećaja, a koje su smeštene u psihijatrijsku ustanovu kao nedobrovoljni pacijenti, predviđa oba pristupa (iako govori o posebnim garancijama u slučaju da se odluka o smeštanju poverava ne-sudskim organima). Parlamentarna skupština je bez obzira na to ponovo otvorila debatu o ovoj temi svojom Preporukom 1235 (1994) o psihijatriji i ljudskim pravima, tražeći da odluke u vezi prisilnog smeštaja donosi sudija.

U svakom slučaju, osoba koja je prisilno smeštena u psihijatrijsku ustanovu od strane ne-sudskih organa mora imati pravo da pokrene sudski postupak na osnovu kojeg će o zakonitosti njenog lišavanja slobode odlučivati sud po hitnom postupku.

### **garancije tokom smeštaja**

53. Po prijemu, svakom pacijetu, kao i njegovoj porodici, treba biti data uvodna brošura u kojoj se objašnjavaju načini postupanja u datoj ustanovi, kao i pacijentova prava. Svakom pacijentu koji nije u stanju da razume ovu brošuru treba na prikladan način pomoći.

Nadalje, kao i na svakom drugom mestu lišavanja slobode, delotvoran žalbeni postupak u psihijatrijskim ustanovama predstavlja osnovnu garanciju protiv zlostavljanja. Moraju da postoje posebna rešenja kojima se omogućuje pacijentima da ulože formalne žalbe jasno definisanom telu i da komuniciraju u poverenju sa odgovarajućim vlastima izvan te ustanove.

54. Održavanje kontakta sa spoljašnjim svetom je od suštinske važnosti, ne samo u svrhu sprečavanja zlostavljanja, nego i sa terapijskog stanovišta.

Pacijenti moraju biti u mogućnosti da šalju i primaju poštu, da imaju pristup telefonu, te da primaju posete svoje rodbine i prijatelja. Mora im se takođe garantovati poverljiv kontakt sa advokatom.

55. CPT takođe pridaje veliku važnost tome da se psihijatrijske ustanove redovno posećuju od strane nezavisnog spoljnog tela (npr. sudije ili nadzornog komiteta), nadležnog za kontrolu nege pacijenata. Ovo telo mora biti posebno ovlašćeno da razgovara nasamo sa pacijentima, da prima neposredno sve njihove eventualne žalbe, te da daje potrebne preporuke.

### **otpuštanje**

56. Prisilni smeštaj u psihijatrijskoj ustanovi mora biti okončan kad to pacijentovo mentalno stanje više ne zahteva. Shodno tome, potrebu za takvim smeštajem treba preispitivati u redovnim vremenskim intervalima.

Kada se prisilni smeštaj vrši na određeni period, te odluka o smeštaju obnavlja u svetlu psihijatrijskih činjenica, takva revizija postupka proističe već iz samih uslova smeštanja. Međutim, prisilni smeštaj može biti i na neodređeno vreme, naročito u slučajevima osoba koje su bile primljene u psihijatrijsku ustanovu na osnovu krivičnog postupka i koje se smatraju opasnim. Ukoliko trajanje prisilnog smeštaja nije specifično navedeno, u redovnim intervalima se mora vršiti automatska revizija potrebe za nastavljanjem smeštaja u psihijatrijskoj ustanovi.

In addition, the patient himself should be able to request at reasonable intervals that the necessity for placement be considered by a judicial authority.

57. Although no longer requiring involuntary placement, a patient may nevertheless still need treatment and/or a protected environment in the outside community. In this connection, the CPT has found, in a number of countries, that patients whose mental state no longer required them to be detained in a psychiatric establishment nevertheless remained in such establishments, due to a lack of adequate care/accommodation in the outside community. For persons to remain deprived of their liberty as a result of the absence of appropriate external facilities is a highly questionable state of affairs.

### G. Final remarks

58. The organisational structure of health-care services for persons with psychiatric disorders varies from country to country, and is certainly a matter for each State to determine. Nevertheless, the CPT wishes to draw attention to the tendency in a number of countries to reduce the number of beds in large psychiatric establishments and to develop community-based mental health units. The Committee considers this is a very favourable development, on condition that such units provide a satisfactory quality of care.

It is now widely accepted that large psychiatric establishments pose a significant risk of institutionalisation for both patients and staff, the more so if they are situated in isolated locations. This can have a detrimental effect on patient treatment. Care programmes drawing on the full range of psychiatric treatment are much easier to implement in small units located close to the main urban centres.

Osim toga, i sam pacijent mora biti u mogućnosti da u razumnim vremenskim intervalima zatraži da sudske vlasti preispitaju nužnost smeštaja.

57. I kada prisilan smeštaj više nije potreban, pacijentu može i dalje biti potrebno pružiti lečenje i/ili zaštićeno okruženje u spoljnoj zajednici. U vezi ovoga, CPT je našao u nizu zemalja da pacijenti čije mentalno stanje nije više zahtevalo da budu držani u psihijatrijskoj ustanovi uprkos tome i dalje ostaju u tim ustanovama zbog nedostatka odgovarajuće nege/smeštajnih kapaciteta u spoljnoj zajednici. Situacija u kojoj osobe ostaju lišene slobode zbog nedostatka odgovarajućih spoljnih pogodnosti je veoma problematična.

### G. Završne napomene

58. Organizaciona struktura zdravstvenih službi za osobe sa psihijatrijskim poremećajima varira od zemlje do zemlje i nešto je što svaka država treba da uredi na svoj način. Bez obzira na to, CPT želi da skrene pažnju na tendenciju, koja se javlja u nizu zemalja, da se smanji broj kreveta u velikim psihijatrijskim ustanovama i da se izgrade odeljenja za mentalno zdravlje u malim lokalnim zajednicama. Komitet smatra da je ovo povoljna tendencija, pod uslovom da takve jedinice za mentalno zdravlje omogućavaju zadovoljavajući kvalitet nege.

Već je naširoko prihvaćeno da velike psihijatrijske ustanove nose sa sobom znatnu opasnost institucionalizovanja, kako pacijenata tako i osoblja, i to u još većoj meri ako su smeštene na izolovanim lokacijama. Ovo može imati štetan učinak na lečenje pacijenata. Mnogo je lakše primeniti programe nege koji se koriste celim spektrom metoda psihijatrijskog lečenja ukoliko se to obavlja u malim jedinicama smeštenim u blizini velikih urbanih centara.

## Principles for the Protection of Persons with Mental Illness

Adopted by General Assembly resolution 46/119  
of 17 December 1991

### Application

The present Principles shall be applied without discrimination on any grounds, such as disability, race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic or social origin, legal or social status, age, property or birth.

### Definitions

In the present Principles:

- (a) "Counsel" means a legal or other qualified representative;
- (b) "Independent authority" means a competent and independent authority prescribed by domestic law;
- (c) "Mental health care" includes analysis and diagnosis of a person's mental condition, and treatment, care and rehabilitation for a mental illness or suspected mental illness;
- (d) "Mental health facility" means any establishment, or any unit of an establishment, which as its primary function provides mental health care;
- (e) "Mental health practitioner" means a medical doctor, clinical psychologist, nurse, social worker or other appropriately trained and qualified person with specific skills relevant to mental health care;
- (f) "Patient" means a person receiving mental health care and includes all persons who are admitted to a mental health facility;
- (g) "Personal representative" means a person charged by law with the duty of representing a patient's interests in any specified respect or of exercising specified rights on the patient's behalf, and includes the parent or legal guardian of a minor unless otherwise provided by domestic law;
- (h) "The review body" means the body established in accordance with principle 17 to review the involuntary admission or retention of a patient in a mental health facility.

## Načela za zaštitu mentalno obolelih osoba i poboljšanje zaštite mentalnog zdravlja

Usvojeno rezolucijom Generalne skupštine br. 46/119  
od 17. decembra 1991. godine

### Primena

Ova Načela se primenjuju bez diskriminacije po bilo kom osnovu kao što je nesposobnost, rasa, boja, pol, jezik, vera, političko i drugo mišljenje, nacionalno, etničko ili društveno poreklo, pravni ili društveni položaj, starost, imovinsko stanje ili rođenje.

### Definicije pojmova

U ovim Načelima:

- "Pravobranilac" je pravni ili drugi osposobljeni zastupnik;
- "Nezavisni organ" je nadležni ili nezavisni organ propisan domaćim zakonom;
- "Zaštita mentalnog zdravlja" uključuje analizu i dijagnozu duševnog stanja neke osobe, kao i lečenje, negu i rehabilitaciju mentalno obolelih osoba ili osoba za koje se sumnja da pate od mentalne bolesti;
- "Ustanova za mentalno zdravlje" je svaka ustanova odnosno jedinica takve ustanove čija osnovna delatnost je obezbeđenje zaštite mentalnog zdravlja;
- "Radnik u oblasti mentalnog zdravlja" je lekar, klinički psiholog, bolničar, društveni radnik ili drugo lice sa odgovarajućom obukom i kvalifikacijama koje je posebno osposobljeno za zaštitu mentalnog zdravlja;
- "Pacijent" je primalac nege u oblasti mentalnog zdravlja odnosno svako ko je primljen u ustanovu za mentalno zdravlje;
- "Lični zastupnik" je lice ovlašćeno zakonom da zastupa interese pacijenta u određenom pogledu ili da ostvaruje određena prava u njegovo ime, a podrazumeva i roditelja ili pravnog staratelja maloletnika ukoliko domaćim zakonom to nije drukčije određeno;
- "Reviziono telo" je telo ustanovljeno u skladu sa načelom 17 radi preispitivanja nedobrovoljnog prijema pacijenta u ustanovu za mentalno zdravlje ili njegovog zadržavanja u njoj.

**General limitation clause**

The exercise of the rights set forth in the present Principles may be subject only to such limitations as are prescribed by law and are necessary to protect the health or safety of the person concerned or of others, or otherwise to protect public safety, order, health or morals or the fundamental rights and freedoms of others.

**Principle 1****Fundamental freedoms and basic rights**

1. All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of the health and social care system.

2. All persons with a mental illness, or who are being treated as such persons, shall be treated with humanity and respect for the inherent dignity of the human person.

3. All persons with a mental illness, or who are being treated as such persons, have the right to protection from economic, sexual and other forms of exploitation, physical or other abuse and degrading treatment.

4. There shall be no discrimination on the grounds of mental illness. "Discrimination" means any distinction, exclusion or preference that has the effect of nullifying or impairing equal enjoyment of rights. Special measures solely to protect the rights, or secure the advancement, of persons with mental illness shall not be deemed to be discriminatory. Discrimination does not include any distinction, exclusion or preference undertaken in accordance with the provisions of the present Principles and necessary to protect the human rights of a person with a mental illness or of other individuals.

5. Every person with a mental illness shall have the right to exercise all civil, political, economic, social and cultural rights as recognized in the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights and in other relevant instruments, such as the Declaration on the Rights of Disabled Persons and the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.

6. Any decision that, by reason of his or her mental illness, a person lacks legal capacity, and any decision that, in consequence of such incapacity, a personal representative shall be appointed, shall be made only after a fair hearing by an independent and impartial tribunal established by domestic law. The person whose capacity is at issue shall be entitled to be represented by a counsel. If the person whose capacity is at issue does not himself or herself secure such representation, it shall be made available without payment by that person to the extent that he or she does not have sufficient means to pay for it. The counsel shall not in the same proceedings represent a mental health facility or its personnel and shall not also represent a member of the family of the person whose capacity is at issue unless the tribunal is satisfied that there is no conflict of interest. Decisions regarding capacity and the need for a personal representative shall be reviewed at reasonable intervals prescribed by domestic law. The person whose capacity is at issue, his or her per-

**Opšta ograničavajuća klauzula**

Ostvarivanje prava izloženih u ovim Načelima može biti predmet samo onih ograničenja koja su postavljena zakonom i koja su neophodna za zaštitu zdravlja ili bezbednosti dotične osobe ili drugih, odnosno u cilju zaštite javne bezbednosti, reda, zdravlja ili morala ili temeljnih prava i sloboda drugih.

**Načelo 1****Temeljne slobode i osnovna prava**

1. Svako ima pravo na najkvalitetniju negu u okviru zaštite mentalnog zdravlja, a koja je sastavni deo sistema zdravstvene i društvene zaštite.

2. Sa svakom mentalno obolelom osobom ili osobom koja se leči kao takva postupa se čovečno uz poštovanje urođenog dostojanstva ljudske ličnosti.

3. Svaka mentalno obolela osoba ili osoba koja se leči kao takva ima pravo na zaštitu od ekonomskog, seksualnog i drugih oblika iskorištavanja, fizičkog ili drugog zlostavljanja i ponižavajućeg postupanja.

4. Ne sme postojati diskriminacija na osnovu mentalne bolesti. "Diskriminacija" je svako razlikovanje, isključivanje ili davanje prvenstva koje ima za posledicu poništenje ili umanjenje jednakog uživanja prava. Posebne mere preduzete isključivo radi zaštite prava ili poboljšanja stanja mentalno obolelih osoba ne smatraju se diskriminatornim. Diskriminacija ne uključuje bilo kakvo razlikovanje, isključivanje ili davanje prvenstva saglasno odredbama ovih Načela koje je neophodno radi zaštite ljudskih prava mentalno obolelih osoba ili drugih pojedinaca.

5. Svaka mentalno obolela osoba ima pravo na ostvarivanje svih građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava koja su priznata Univerzalnom deklaracijom o ljudskim pravima, Međunarodnim paktom o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, Međunarodnim paktom o građanskim i političkim pravima i drugim relevantnim instrumentima kao što su Deklaracija o pravima invalida i Skup načela za zaštitu svih lica u bilo kom obliku pritvora ili zatočeništva.

6. Svako rešenje kojim se neka osoba proglašava pravno nesposobnom na osnovu njene mentalne bolesti, kao i svako rešenje kojim se nalaže imenovanje ličnog zastupnika usled takve nesposobnosti, donosi se isključivo posle pravičnog postupka koji vodi nezavisan i nepristrasan tribunal ustanovljen u skladu sa domaćim zakonom. Osoba čija je pravna sposobnost osporena ima pravo da je zastupa pravobranilac. Ukoliko osoba čija je pravna sposobnost osporena sama ne obezbedi takvog zastupnika, zastupanje će toj osobi biti obezbeđeno besplatno u meri u kojoj njoj nedostaju sredstva da to plati. Pravobranilac ne može predstavljati ustanovu za mentalno zdravlje ili njeno osoblje u istom postupku, a takođe ne može predstavljati ni člana porodice osobe čija je pravna sposobnost osporena, osim u slučaju da se tribunal uveri u nepostojanje sukoba interesa. Rešenja u vezi sa pravnom sposobnošću i potrebom za ličnim zastupnikom preispituju se u razumnim vremenskim razmacima propisanim domaćim zakonom. Osoba čija pravna sposobnost je osporena, njen lični

sonal representative, if any, and any other interested person shall have the right to appeal to a higher court against any such decision.

7. Where a court or other competent tribunal finds that a person with mental illness is unable to manage his or her own affairs, measures shall be taken, so far as is necessary and appropriate to that person's condition, to ensure the protection of his or her interests.

### **Principle 2 Protection of minors**

Special care should be given within the purposes of the Principles and within the context of domestic law relating to the protection of minors to protect the rights of minors, including, if necessary, the appointment of a personal representative other than a family member.

### **Principle 3 Life in the community**

Every person with a mental illness shall have the right to live and work, to the extent possible, in the community.

### **Principle 4 Determination of mental illness**

1. A determination that a person has a mental illness shall be made in accordance with internationally accepted medical standards.

2. A determination of mental illness shall never be made on the basis of political, economic or social status, or membership in a cultural, racial or religious group, or for any other reason not directly relevant to mental health status.

3. Family or professional conflict, or non-conformity with moral, social, cultural or political values or religious beliefs prevailing in a person's community, shall never be a determining factor in the diagnosis of mental illness.

4. A background of past treatment or hospitalization as a patient shall not of itself justify any present or future determination of mental illness.

5. No person or authority shall classify a person as having, or otherwise indicate that a person has, a mental illness except for purposes directly relating to mental illness or the consequences of mental illness.

### **Principle 5 Medical examination**

No person shall be compelled to undergo medical examination with a view to determining whether or not he or she has a mental illness except in accordance with a procedure authorized by domestic law.

zastupnik, ukoliko takav postoji, i svaka druga zainteresovana osoba ima pravo žalbe višem sudu na svako takvo rešenje.

7. Kada sud ili drugi nadležni tribunal ustanovi da je mentalno obolela osoba nesposobna da vodi računa o svojim poslovima, preduzeće se mere u cilju obezbeđenja zaštite njenih interesa u meri u kojoj je to neophodno i primereno njenom stanju.

### **Načelo 2 Zaštita maloletnika**

U okviru ciljeva ovih Načela i u kontekstu domaćeg zakonodavstva u vezi sa zaštitom maloletnika, treba posvetiti posebnu pažnju zaštiti prava maloletnika uključujući, ako je to potrebno, imenovanje ličnog zastupnika koji nije član porodice.

### **Načelo 3 Život u zajednici**

Svaka mentalno obolela osoba ima pravo da živi i radi u zajednici u meri u kojoj je to moguće.

### **Načelo 4 Utvrđivanje mentalnih poremećaja**

1. Nalaz o postojanju mentalne bolesti kod neke osobe sačinjava se u skladu sa međunarodno prihvaćenim medicinskim standardima.

2. Nijedan nalaz o mentalnoj bolesti ne sme biti sačinjen na osnovu političkog, ekonomskog ili društvenog položaja, odnosno kulturne, rasne ili verske pripadnosti, a takođe ni po bilo kom drugom osnovu koji nije od neposrednog značaja za utvrđivanje stanja mentalnog zdravlja.

3. Sukob u porodici ili na poslu, odnosno neprihvatanje većinskih moralnih, društvenih, kulturnih ili političkih vrednosti ili verskih ubeđenja sredine, ne sme nikada biti odlučujući činilac u dijagnozi mentalne bolesti.

4. Činjenica da je neko već bio lečen ili smešten u bolnicu kao pacijent sama po sebi ne sme poslužiti u sadašnjosti ili budućnosti kao opravdanje za bilo kakav nalaz o postojanju mentalne bolesti.

5. Nijedan pojedinac ili organ ne sme klasifikovati nekoga kao mentalno obolelu osobu, odnosno nagovestiti na bilo koji način da dotična osoba pati od mentalne bolesti, osim za potrebe koje su u neposrednoj vezi s mentalnom bolešću ili s njenim posledicama.

### **Načelo 5 Lekarski pregled**

Niko ne sme biti nateran da se podvrgne lekarskom pregledu da bi se utvrdilo da li on pati od mentalne bolesti, osim u skladu s procedurom odobrenom domaćim zakonom.



### **Principle 6 Confidentiality**

The right of confidentiality of information concerning all persons to whom the present Principles apply shall be respected.

### **Principle 7 Role of community and culture**

1. Every patient shall have the right to be treated and cared for, as far as possible, in the community in which he or she lives.

2. Where treatment takes place in a mental health facility, a patient shall have the right, whenever possible, to be treated near his or her home or the home of his or her relatives or friends and shall have the right to return to the community as soon as possible.

3. Every patient shall have the right to treatment suited to his or her cultural background.

### **Principle 8 Standards of care**

1. Every patient shall have the right to receive such health and social care as is appropriate to his or her health needs, and is entitled to care and treatment in accordance with the same standards as other ill persons.

2. Every patient shall be protected from harm, including unjustified medication, abuse by other patients, staff or others or other acts causing mental distress or physical discomfort.

### **Principle 9 Treatment**

1. Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive or intrusive treatment appropriate to the patient's health needs and the need to protect the physical safety of others.

2. The treatment and care of every patient shall be based on an individually prescribed plan, discussed with the patient, reviewed regularly, revised as necessary and provided by qualified professional staff.

3. Mental health care shall always be provided in accordance with applicable standards of ethics for mental health practitioners, including internationally accepted standards such as the Principles of Medical Ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, adopted by the United Nations General Assembly. Mental health knowledge and skills shall never be abused.

4. The treatment of every patient shall be directed towards preserving and enhancing personal autonomy.

### **Načelo 6 Tajnost podataka**

Mora biti poštovano pravo na tajnost podataka svih osoba na koje se ova Načela odnose.

### **Načelo 7 Uloga sredine i kulture**

1. Svaki pacijent ima pravo na lečenje i negu u sredini u kojoj živi, u meri u kojoj je to moguće.

2. Ukoliko se pacijent leči u ustanovi za mentalno zdravlje, on ima pravo, kad god je to moguće, da bude lečen u blizini svoje kuće ili kuće svojih srodnika odnosno prijatelja, a takođe ima i pravo na povratak u svoju sredinu što je pre moguće.

3. Svaki pacijent ima pravo na terapiju primerenu njegovom kulturnom poreklu.

### **Načelo 8 Standardi u pružanju nege**

1. Svaki pacijent pravo na onu vrstu zdravstvene nege i društvene zaštite koja odgovara njegovim zdravstvenim potrebama, a takođe ima i pravo na negu i lečenje u skladu sa standardima koji se primenjuju na ostale bolesnike.

2. Svaki pacijent mora biti zaštićen od štetnih posledica, uključujući primenu neodgovarajućih lekova, zlostavljanje od drugih pacijenata ili osoblja, kao i druge postupke kojima se nanosi duševni bol ili fizička neugodnost.

### **Načelo 9 Lečenje**

1. Svaki pacijent ima pravo na lečenje u okruženju sa što je moguće manje ograničenja, uz korišćenje terapije koja je najmanje restriktivna i intruzivna i koja je primerena zdravstvenim potrebama pacijenta i potrebi za fizičkom zaštitom drugih.

2. Lečenje i nega svakog pacijenta zasniva se na planu lečenja propisanom na individualnoj osnovi, o kome se razgovara s pacijentom i koji se redovno preispituje, revidira po potrebi i sprovodi od strane kvalifikovanog stručnog osoblja.

3. Nega mentalno obolelih osoba uvek se pruža u skladu sa primenljivim standardima etike za radnike u oblasti mentalnog zdravlja, uključujući međunarodno prihvaćene standarde kao što su Načela medicinske etike usvojena od Generalne skupštine Ujedinjenih nacija. Znanje i umešnost u oblasti mentalnog zdravlja ne smeju nikada biti zloupotrebjeni.

4. Lečenje svakog pacijenta mora biti usmereno ka očuvanju i uvećanju njegove lične samostalnosti.

### **Principle 10 Medication**

1. Medication shall meet the best health needs of the patient, shall be given to a patient only for therapeutic or diagnostic purposes and shall never be administered as a punishment or for the convenience of others. Subject to the provisions of paragraph 15 of principle 11 below, mental health practitioners shall only administer medication of known or demonstrated efficacy.

2. All medication shall be prescribed by a mental health practitioner authorized by law and shall be recorded in the patient's records.

### **Principle 11 Consent to treatment**

1. No treatment shall be given to a patient without his or her informed consent, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle.

2. Informed consent is consent obtained freely, without threats or improper inducements, after appropriate disclosure to the patient of adequate and understandable information in a form and language understood by the patient on:

(a) The diagnostic assessment;

(b) The purpose, method, likely duration and expected benefit of the proposed treatment;

(c) Alternative modes of treatment, including those less intrusive;

(d) Possible pain or discomfort, risks and side-effects of the proposed treatment.

3. A patient may request the presence of a person or persons of the patient's choosing during the procedure for granting consent.

4. A patient has the right to refuse or stop treatment, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle. The consequences of refusing or stopping treatment must be explained to the patient.

5. A patient shall never be invited or induced to waive the right to informed consent. If the patient should seek to do so, it shall be explained to the patient that the treatment cannot be given without informed consent.

6. Except as provided in paragraphs 7, 8, 12, 13, 14 and 15 of the present principle, a proposed plan of treatment may be given to a patient without a patient's informed consent if the following conditions are satisfied:

(a) The patient is, at the relevant time, held as an involuntary patient;

(b) An independent authority, having in its possession all relevant information, including the information specified in paragraph 2 of the present principle, is satisfied that, at the relevant time, the patient lacks the capacity to give or withhold informed consent to the proposed plan of treatment or, if domestic legislation so provides, that, having regard to the patient's own safety or the safety of others, the patient unreasonably withholds such consent;

(c) The independent authority is satisfied that the proposed plan of treatment is in the best interest of the patient's health needs.

### **Načelo 10 Medikacija**

1. Medikacija je potpuno u službi pacijentovog zdravlja, primenjuje se isključivo u terapeutske i dijagnostičke svrhe i nikada se koristi u svrhu kažnjavanja ili zato što je tako drugima zgodnije. Shodno odredbama iz stava 15 načela 11, radnici u oblasti mentalnog zdravlja daju samo one lekove čije je dejstvo poznato i provereno.

2. Svaki lek mora biti prepisan od radnika u oblasti mentalnog zdravlja i upisan u dokumentaciju pacijenta.

### **Načelo 11 Pristanak na lečenje**

1. Pacijent ne sme biti podvrgnut bilo kakvom lečenju bez svog pristanka zasnovanog na informisanosti, osim u slučajevima predviđenim stavovima 6, 7, 8, 13 and 15 dole.

2. Pristanak zasnovan na informisanosti je pristanak koji se daje dobrovoljno, bez pretnji ili nepriklonog podstrekivanja, i to pošto se pacijentu pruže dovoljne i razumljive informacije, u obliku i na jeziku koji on razume, o sledećem:

a) dijagnostičkoj proceni;

b) svrsi, načinu i predviđenom trajanju lečenja i očekivanim koristima od njega;

c) alternativnim načinima lečenja uključujući manje intruzivne metode; i

d) mogućim bolovima i nelagodnostima, rizicima i pratećim pojavama predložene terapije.

3. Tokom procedure davanja pristanka pacijent može zatražiti prisustvo jedne ili više osoba po svom izboru.

4. Pacijent ima pravo da odbije ili prekine lečenje, osim u slučajevima predviđenim stavovima 6, 7, 8, 13 and 15 dole. Pacijentu se moraju predložiti posledice odbijanja ili prekidanja lečenja.

5. Pacijent nikada ne sme biti pozvan ili naveden da se odrekna prava na pristanak zasnovan na informisanosti. Ako pacijent to hoće da učini, mora mu se objasniti da se lečenje ne može primeniti bez pristanka zasnovanog na informisanosti.

6. Osim u slučajevima predviđenim stavovima 7, 8, 12, 13, 14 i 15 dole, pacijentu se može predložiti predviđeni plan lečenja bez njegovog pristanka zasnovanog na informisanosti ukoliko su zadovoljeni sledeći uslovi:

a) pacijent je u predmetno vreme držan kao nedobrovoljan pacijent;

b) nezavisan organ koji poseduje sve relevantne informacije, uključujući informacije navedene u stavu 2 gore, ustanovio je da u predmetno vreme pacijent nije sposoban da da ili uskrati pristanak zasnovan na informisanosti na predloženi plan lečenja odnosno, ukoliko je to predviđeno domaćim zakonodavstvom, nezavisan organ je zaključio, imajući u vidu pacijentovu ličnu bezbednost ili bezbednost drugih, da pacijent neopravdano uskraćuje takav pristanak; i

c) nezavisan organ je uveren da je predloženi plan lečenja od najveće koristi za pacijentovo zdravlje.

7. Paragraph 6 above does not apply to a patient with a personal representative empowered by law to consent to treatment for the patient; but, except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may be given to such a patient without his or her informed consent if the personal representative, having been given the information described in paragraph 2 of the present principle, consents on the patient's behalf.

8. Except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may also be given to any patient without the patient's informed consent if a qualified mental health practitioner authorized by law determines that it is urgently necessary in order to prevent immediate or imminent harm to the patient or to other persons. Such treatment shall not be prolonged beyond the period that is strictly necessary for this purpose.

9. Where any treatment is authorized without the patient's informed consent, every effort shall nevertheless be made to inform the patient about the nature of the treatment and any possible alternatives and to involve the patient as far as practicable in the development of the treatment plan.

10. All treatment shall be immediately recorded in the patient's medical records, with an indication of whether involuntary or voluntary.

11. Physical restraint or involuntary seclusion of a patient shall not be employed except in accordance with the officially approved procedures of the mental health facility and only when it is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others. It shall not be prolonged beyond the period which is strictly necessary for this purpose. All instances of physical restraint or involuntary seclusion, the reasons for them and their nature and extent shall be recorded in the patient's medical record. A patient who is restrained or secluded shall be kept under humane conditions and be under the care and close and regular supervision of qualified members of the staff. A personal representative, if any and if relevant, shall be given prompt notice of any physical restraint or involuntary seclusion of the patient.

12. Sterilization shall never be carried out as a treatment for mental illness.

13. A major medical or surgical procedure may be carried out on a person with mental illness only where it is permitted by domestic law, where it is considered that it would best serve the health needs of the patient and where the patient gives informed consent, except that, where the patient is unable to give informed consent, the procedure shall be authorized only after independent review.

14. Psychosurgery and other intrusive and irreversible treatments for mental illness shall never be carried out on a patient who is an involuntary patient in a mental health facility and, to the extent that domestic law permits them to be carried out, they may be carried out on any other patient only where the patient has given informed consent and an independent external body has satisfied itself that there is genuine informed consent and that the treatment best serves the health needs of the patient.

15. Clinical trials and experimental treatment shall never be carried out on any patient without informed consent, except that a patient who is unable to give informed consent may be admitted to a clinical trial or given experimental treatment,

7. Stav 6 gore se ne odnosi na pacijenta koji ima ličnog zastupnika ovlašćenog zakonom da pristane na lečenje u pacijentovo ime; međutim, osim u slučajevima predviđenim stavovima 12, 13, 14 i 15 dole, pacijent može biti lečen bez svog pristanka zasnovanog na informisanosti ukoliko njegov lični zastupnik da pristanak u njegovo ime pošto je prethodno upoznat sa sadržajem stava 2 gore.

8. S izuzetkom predviđenim u stavovima 12, 13, 14 i 15 dole, svaki pacijent može takođe biti podvrgnut lečenju bez svog pristanka zasnovanog na informisanosti ukoliko kvalifikovan radnik u oblasti mentalnog zdravlja ovlašćen zakonom utvrdi da je lečenje hitno potrebno radi sprečavanja neposredne ili neminovne opasnosti po pacijenta ili po druge. Takvo lečenje ne sme biti duže od strogo utvrđenog roka neophodnog za ovu svrhu.

9. Ukoliko je lečenje odobreno bez pacijentovog pristanka zasnovanog na informisanosti, učiniće se sve da se pacijent ipak informiše o prirodi lečenja i svakoj alternativi, kao i da se pacijent uključi u izradu plana lečenja u onoj meri u kojoj je to izvodljivo.

10. Svi podaci o terapiji će se odmah uneti u pacijentov zdravstveni karton, a takođe će biti naznačeno da li je lečenje dobrovoljno ili ne.

11. Pacijent ne sme biti podvrgnut fizičkom obuzdavanju i nedobrovoljnoj izolaciji osim u skladu sa zvanično odobrenom procedurom dotične ustanove za mentalno zdravlje, i to samo onda kada je to jedini način da se spreči neposredna ili neminovna opasnost po pacijenta ili po druge. Postupak ne sme biti duži od strogo utvrđenog roka neophodnog za ovu svrhu. U pacijentov zdravstveni karton mora se upisati svaki slučaj primene fizičkog obuzdavanja ili nedobrovoljne izolacije, razlozi za to, kao i priroda i opseg tih mera. Obuzdan ili izolovan pacijent mora biti držan u čovečnim uslovima pod negom i pažljivim i redovnim nadzorom stručnog osoblja. O svakom fizičkom obuzdavanju ili nedobrovoljnoj izolaciji pacijenta mora se odmah obavestiti njegov lični zastupnik ukoliko on postoji i ukoliko je to relevantno.

12. Sterilizacija se nikada ne sme primeniti kao način lečenja mentalne bolesti.

13. Složeniji medicinski ili hirurški postupak sme biti primenjen na pacijenta samo ukoliko je on dopušten domaćim zakonom, ukoliko se smatra da će on biti od najveće koristi za pacijentovo zdravlje, odnosno ukoliko pacijent da svoj pristanak zasnovan na informisanosti, osim kada pacijent nije u stanju da da svoj pristanak zasnovan na informisanosti, u kom slučaju se postupak odobrava samo posle ponovnog razmatranja od strane nezavisnog organa.

14. Psihohirurgija i drugi intruzivni i ireverzibilni postupci u lečenju mentalne bolesti ne smeju biti primenjeni na pacijenta koji se nalazi u ustanovi za mentalno zdravlje protiv svoje volje, dok se u pogledu drugih pacijenata oni mogu primeniti u meri u kojoj je to dopušteno domaćim zakonom samo ukoliko pacijent da svoj pristanak zasnovan na informisanosti, s tim što nezavisno telo van ustanove mora da se uveri u verodostojnost takvog pristanka i da smatra da će postupak biti od najveće koristi za pacijentovo zdravlje.

15. Klinička ispitivanja i eksperimentalne terapije ne smeju nikada biti primenjene na pacijenta bez pristanka zasnovanog na informisanosti, s tim što pacijent koji nije u stanju da da pristanak zasnovan na informisanosti može biti podvrgnut

but only with the approval of a competent, independent review body specifically constituted for this purpose.

16. In the cases specified in paragraphs 6, 7, 8, 13, 14 and 15 of the present principle, the patient or his or her personal representative, or any interested person, shall have the right to appeal to a judicial or other independent authority concerning any treatment given to him or her.

### **Principle 12 Notice of rights**

1. A patient in a mental health facility shall be informed as soon as possible after admission, in a form and a language which the patient understands, of all his or her rights in accordance with the present Principles and under domestic law, and the information shall include an explanation of those rights and how to exercise them.

2. If and for so long as a patient is unable to understand such information, the rights of the patient shall be communicated to the personal representative, if any and if appropriate, and to the person or persons best able to represent the patient's interests and willing to do so.

3. A patient who has the necessary capacity has the right to nominate a person who should be informed on his or her behalf, as well as a person to represent his or her interests to the authorities of the facility.

### **Principle 13 Rights and conditions in mental health facilities**

1. Every patient in a mental health facility shall, in particular, have the right to full respect for his or her:

- (a) Recognition everywhere as a person before the law;
- (b) Privacy;
- (c) Freedom of communication, which includes freedom to communicate with other persons in the facility; freedom to send and receive uncensored private communications; freedom to receive, in private, visits from a counsel or personal representative and, at all reasonable times, from other visitors; and freedom of access to postal and telephone services and to newspapers, radio and television;
- (d) Freedom of religion or belief.

2. The environment and living conditions in mental health facilities shall be as close as possible to those of the normal life of persons of similar age and in particular shall include:

- (a) Facilities for recreational and leisure activities;
- (b) Facilities for education;
- (c) Facilities to purchase or receive items for daily living, recreation and communication;
- (d) Facilities, and encouragement to use such facilities, for a patient's engagement in active occupation suited to his or her social and cultural background,

kliničkom ispitivanju ili eksperimentalnoj terapiji, ali jedino uz odobrenje kompetentnog, nezavisnog revizionog tela obrazovanog upravo za ovu svrhu.

16. U slučajevima određenim u stavovima 6, 7, 8, 13, 14 i 15 gore pacijent ili njegov lični zastupnik, odnosno bilo koje drugo zainteresovana osoba, ima pravo žalbe sudskom ili drugom nezavisnom organu u vezi s bilo kojim postupkom kojim je pacijent podvrgnut.

### **Načelo 12 Obaveštenje o pravima**

1. Po prijemu u ustanovu za mentalno zdravlje pacijent će što je moguće pre biti obavešten o svojim pravima u skladu sa ovim Načelima i domaćem zakonu, i to u obliku i na jeziku koji on razume, s tim što će obaveštenje uključiti objašnjenje njegovih prava i uputstva o njihovom ostvarivanju.

2. Ukoliko pacijent nije u stanju da razume takve informacije, odnosno sve dok on nije u stanju da to razume, pacijentova prava će se saopštiti ličnom zastupniku, ukoliko on postoji i ukoliko je to relevantno, odnosno osobi ili osobama koje mogu najbolje da zastupaju pacijentove interese a to i žele.

3. Pacijent koji poseduje neophodnu pravnu sposobnost ima pravo da imenuje osobu koju treba obaveštavati u njegovo ime, kao i osobu koja će zastupati njegove interese pred rukovodstvom ustanove.

### **Načelo 13 Prava i uslovi u ustanovama za mentalno zdravlje**

1. Svaki pacijent u ustanovi za mentalno zdravlje naročito ima pravo da mu se u punoj meri priznaje sledeće:

- a) da svuda bude priznat kao pravni subjekat;
  - b) privatnost;
  - c) sloboda komuniciranja, što uključuje slobodu komuniciranja s drugim osobama u ustanovi; sloboda da šalje i prima necenzurisana pisma i pozive; sloboda da prima nasamo pravobranioca ili ličnog zastupnika i, u svako razumno vreme, druge posetioce; sloboda korišćenja poštanskih i telefonskih usluga i pristupa novinama, radiju i televiziji;
  - d) sloboda veroispovesti ili drugih uverenja.
2. Okruženje i životni uslovi u ustanovama za mentalno zdravlje moraju biti što sličniji onima koje osobe sličnog uzrasta imaju u svom svakodnevnom životu, naročito uključujući:

- a) uslove za rekreacione i slobodne aktivnosti;
- b) uslove za obrazovanje;
- c) mogućnost kupovine i primanje predmeta potrebnih u svakodnevnom životu, rekreaciji i komuniciranju;
- d) uslove u kojima pacijent može da se bavi aktivnostima u skladu sa svojim društvenim i kulturnim poreklom kao i ohrabrenje da se oni koriste, a takođe i uslove

and for appropriate vocational rehabilitation measures to promote reintegration in the community. These measures should include vocational guidance, vocational training and placement services to enable patients to secure or retain employment in the community.

3. In no circumstances shall a patient be subject to forced labour. Within the limits compatible with the needs of the patient and with the requirements of institutional administration, a patient shall be able to choose the type of work he or she wishes to perform.

4. The labour of a patient in a mental health facility shall not be exploited. Every such patient shall have the right to receive the same remuneration for any work which he or she does as would, according to domestic law or custom, be paid for such work to a non-patient. Every such patient shall, in any event, have the right to receive a fair share of any remuneration which is paid to the mental health facility for his or her work.

#### **Principle 14 Resources for mental health facilities**

1. A mental health facility shall have access to the same level of resources as any other health establishment, and in particular:

(a) Qualified medical and other appropriate professional staff in sufficient numbers and with adequate space to provide each patient with privacy and a programme of appropriate and active therapy;

(b) Diagnostic and therapeutic equipment for the patient;

(c) Appropriate professional care;

(d) Adequate, regular and comprehensive treatment, including supplies of medication.

2. Every mental health facility shall be inspected by the competent authorities with sufficient frequency to ensure that the conditions, treatment and care of patients comply with the present Principles.

#### **Principle 15 Admission principles**

1. Where a person needs treatment in a mental health facility, every effort shall be made to avoid involuntary admission.

2. Access to a mental health facility shall be administered in the same way as access to any other facility for any other illness.

3. Every patient not admitted involuntarily shall have the right to leave the mental health facility at any time unless the criteria for his or her retention as an involuntary patient, as set forth in principle 16 below, apply, and he or she shall be informed of that right.

za sprovođenje odgovarajućih mera radi osposobljavanja lica delimično sposobnih za rad u cilju njihove društvene reintegracije. Ove mere treba da uključe stručno savetovanje, stručnu obuku i službu za raspoređivanje na radna mesta radi osposobljavanja pacijenata da nađu i zadrže posao u društvenoj zajednici.

3. Pacijent ne sme biti podvrgnut prisilnom radu ni pod kojim uslovima. U okviru granica primerenim pacijentovim potrebama i zahtevima uprave ustanove, pacijentu se mora omogućiti da izabere vrstu posla koji želi da obavlja.

4. Pacijentov rad u ustanovi za mentalno zdravlje ne sme biti eksploatisan. Za svaki posao koji obavlja svaki pacijent ima pravo na nagradu koja bi bila isplaćena, u skladu sa domaćim zakonom i običajima, za isti posao nekome ko nije pacijent. U svakom slučaju, svaki takav pacijent ima pravo na pravičan deo nagrade koja se isplaćuje ustanovi za mentalno zdravlje na osnovu njegovog rada.

#### **Načelo 14 Resursi ustanova za mentalno zdravlje**

1. Ustanovi za mentalno zdravlje biće dostupni resursi na istom nivou kao i bilo kojoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, a naročito:

a) kvalifikovano medicinsko i drugo odgovarajuće stručno osoblje u potrebnom broju sa dovoljno prostora da se svakom pacijentu obezbedi privatnost i program odgovarajuće i aktivne terapije;

b) dijagnostička i terapijska oprema za potrebe pacijenta;

c) odgovarajuća stručna nega; i

d) uslovi za adekvatno, redovno i sveobuhvatno lečenje i zalihe lekova.

2. Nadležni organi će izvršiti inspekciju svake ustanove za mentalno zdravlje dovoljno često kako bi se obezbedilo da uslovi, lečenje i nega pacijenata budu u skladu sa ovim Načelima.

#### **Načelo 15 Načela o prijemu**

1. U slučaju kad je nekome potrebno lečenje u ustanovi za mentalno zdravlje, mora se učiniti sve da se izbegne njegov nedobrovoljan prijem.

2. U vezi sa prijemom u ustanovu za mentalno zdravlje, administrativni postupak mora biti isti kao i u slučaju prijema u bilo koju drugu ustanovu radi lečenja bilo koje druge bolesti.

3. Svaki pacijent koji nije primljen protiv svoje volje ima pravo da napusti ustanovu za mentalno zdravlje u bilo koje vreme, osim kada se primenjuju merila za njegovo zadržavanje u svojstvu nedobrovoljnog pacijenta u skladu sa načelom 16, s tim što on mora biti obavešten o tom pravu.

## **Principle 16 Involuntary admission**

1. A person may (a) be admitted involuntarily to a mental health facility as a patient; or (b) having already been admitted voluntarily as a patient, be retained as an involuntary patient in the mental health facility if, and only if, a qualified mental health practitioner authorized by law for that purpose determines, in accordance with principle 4 above, that that person has a mental illness and considers:

(a) That, because of that mental illness, there is a serious likelihood of immediate or imminent harm to that person or to other persons; or

(b) That, in the case of a person whose mental illness is severe and whose judgement is impaired, failure to admit or retain that person is likely to lead to a serious deterioration in his or her condition or will prevent the giving of appropriate treatment that can only be given by admission to a mental health facility in accordance with the principle of the least restrictive alternative.

In the case referred to in subparagraph (b), a second such mental health practitioner, independent of the first, should be consulted where possible. If such consultation takes place, the involuntary admission or retention may not take place unless the second mental health practitioner concurs.

2. Involuntary admission or retention shall initially be for a short period as specified by domestic law for observation and preliminary treatment pending review of the admission or retention by the review body. The grounds of the admission shall be communicated to the patient without delay and the fact of the admission and the grounds for it shall also be communicated promptly and in detail to the review body, to the patient's personal representative, if any, and, unless the patient objects, to the patient's family.

3. A mental health facility may receive involuntarily admitted patients only if the facility has been designated to do so by a competent authority prescribed by domestic law.

## **Principle 17 Review body**

1. The review body shall be a judicial or other independent and impartial body established by domestic law and functioning in accordance with procedures laid down by domestic law. It shall, in formulating its decisions, have the assistance of one or more qualified and independent mental health practitioners and take their advice into account.

2. The initial review of the review body, as required by paragraph 2 of principle 16 above, of a decision to admit or retain a person as an involuntary patient shall take place as soon as possible after that decision and shall be conducted in accordance with simple and expeditious procedures as specified by domestic law.

3. The review body shall periodically review the cases of involuntary patients at reasonable intervals as specified by domestic law.

4. An involuntary patient may apply to the review body for release or voluntary status, at reasonable intervals as specified by domestic law.

## **Načelo 16 Nedobrovoljan prijem**

1. a) osoba može biti primljena u ustanovu za mentalno zdravlje kao pacijent bez svoje volje, odnosno b) ukoliko je osoba već primljena kao dobrovoljan pacijent, ona može biti zadržana u ustanovi za mentalno zdravlje kao nedobrovoljan pacijent samo i jedino ako stručan radnik u oblasti mentalnog zdravlja ovlašten po zakonu u tu svrhu odluči, u skladu sa načelom 4, da osoba pati od mentalne bolesti i smatra:

a) da, usled te mentalne bolesti, postoji ozbiljna verovatnoća neposredne ili neminovne opasnosti po dotičnu osobu ili po druge osobe; ili

b) da bi u slučaju teško mentalno obolele osobe sa smanjenom moći rasuđivanja, propust da se ona primi ili zadrži verovatno doveo do ozbiljnog pogoršanja njenog stanja i sprečio primenu odgovarajućeg lečenja koje se jedino može pružiti prijemom u ustanovu za mentalno zdravlje u skladu s načelom najmanje restriktivne alternative.

U slučaju navedenom u podstavu b) treba se obratiti za mišljenje drugom takvom radniku u oblasti mentalnog zdravstva, koji je nezavisan od prvoga, kad god je to moguće. Kad se jednom preduzmu takve konsultacije, ne sme doći do nedobrovoljnog prijema ili zadržavanja sem ako se drugi radnik ne složi s prvim.

2. Nedobrovoljan prijem i zadržavanje najpre će biti na kratko vreme, shodno odredbama domaćeg zakona, a u cilju posmatranja i početnog lečenja dok se čeka na odluku revizionog tela o prijemu ili zadržavanju. Pacijent se bez odlaganja obaveštava o razlozima za prijem, dok se o prijemu i o razlozima za njega odmah i podrobno obaveštavaju reviziono telo, pacijentov lični zastupnik ukoliko on postoji i, u slučaju da se pacijent tome ne protivi, pacijentova porodica.

3. Ustanova za mentalno zdravlje može primiti pacijente bez njihove volje jedino ako je ona previđena za to od strane nadležnog organa propisanog domaćim zakonom.

## **Načelo 17 Reviziono telo**

1. Reviziono telo je sudsko ili drugo nezavisno i nepristrasno telo ustanovljeno domaćim zakonom koje deluje u skladu sa procedurama propisanim domaćim zakonom. U donošenju odluka ono mora uživati pomoć jednog ili više stručnih i nezavisnih radnika u oblasti mentalnog zdravlja i mora uzeti u obzir njihove savete.

2. U skladu sa stavom 2 načela 16, reviziono telo se sastaje što je moguće pre da inicijalno preispita odluku o nedobrovoljnom prijemu ili zadržavanju pacijenta, pri čemu postupa po pojednostavljenim i ubrzanim postupcima određenim domaćim zakonom.

3. Reviziono telo povremeno preispituje slučajeve nedobrovoljnih pacijenata u razumnim vremenskim razmacima određenim domaćim zakonom.

4. Nedobrovoljan pacijent može se obratiti revizionom telu, u razumnim vremenskim razmacima određenim domaćim zakonom, radi otpusta ili dobijanja statusa dobrovoljnog pacijenta.

5. At each review, the review body shall consider whether the criteria for involuntary admission set out in paragraph 1 of principle 16 above are still satisfied, and, if not, the patient shall be discharged as an involuntary patient.

6. If at any time the mental health practitioner responsible for the case is satisfied that the conditions for the retention of a person as an involuntary patient are no longer satisfied, he or she shall order the discharge of that person as such a patient.

7. A patient or his personal representative or any interested person shall have the right to appeal to a higher court against a decision that the patient be admitted to, or be retained in, a mental health facility.

### **Principle 18 Procedural safeguards**

1. The patient shall be entitled to choose and appoint a counsel to represent the patient as such, including representation in any complaint procedure or appeal. If the patient does not secure such services, a counsel shall be made available without payment by the patient to the extent that the patient lacks sufficient means to pay.

2. The patient shall also be entitled to the assistance, if necessary, of the services of an interpreter. Where such services are necessary and the patient does not secure them, they shall be made available without payment by the patient to the extent that the patient lacks sufficient means to pay.

3. The patient and the patient's counsel may request and produce at any hearing an independent mental health report and any other reports and oral, written and other evidence that are relevant and admissible.

4. Copies of the patient's records and any reports and documents to be submitted shall be given to the patient and to the patient's counsel, except in special cases where it is determined that a specific disclosure to the patient would cause serious harm to the patient's health or put at risk the safety of others. As domestic law may provide, any document not given to the patient should, when this can be done in confidence, be given to the patient's personal representative and counsel. When any part of a document is withheld from a patient, the patient or the patient's counsel, if any, shall receive notice of the withholding and the reasons for it and it shall be subject to judicial review.

5. The patient and the patient's personal representative and counsel shall be entitled to attend, participate and be heard personally in any hearing.

6. If the patient or the patient's personal representative or counsel requests that a particular person be present at a hearing, that person shall be admitted unless it is determined that the person's presence could cause serious harm to the patient's health or put at risk the safety of others.

7. Any decision on whether the hearing or any part of it shall be in public or in private and may be publicly reported shall give full consideration to the patient's own wishes, to the need to respect the privacy of the patient and of other persons and to the need to prevent serious harm to the patient's health or to avoid putting at risk the safety of others.

5. Prilikom svakog preispitivanja reviziono telo će razmatrati da li su i dalje zadovoljeni uslovi navedeni u stavu 1 načela 16, a ako nisu, pacijent će biti otpušten kao nedobrovoljan pacijent.

6. Ako u bilo kom trenutku radnik u oblasti mentalnog zdravlja koji vodi predmet nađe da razlozi za zadržavanje neke osobe kao nedobrovoljnog pacijenta više ne stoje, on će naložiti otpust te osobe kao pacijenta sa tim statusom.

7. Pacijent, njegov lični zastupnik ili bilo koja zainteresovana osoba ima pravo žalbe višem sudu na odluku po kojoj se pacijent prima u ustanovu za mentalno zdravlje ili zadržava u njoj.

### **Načelo 18 Proceduralna zaštita**

1. Pacijent ima pravo da izabere i postavi pravobranioca koji će ga zastupati kao takvog, što uključuje i zastupanje u vezi sa svakim tužbenim ili žalbenim postupkom. Ukoliko pacijent ne obezbedi takve usluge, pacijentu će biti obezbeđen pravobranilac besplatno u meri u kojoj njemu nedostaju sredstva da ih plati.

2. Pacijent ima pravo na pomoć u vidu usluga tumača ukoliko je to potrebno. U slučaju da su takve usluge neophodne a pacijent ih sam ne obezbedi, one će mu biti stavljene na raspolaganje besplatno u meri u kojoj njemu nedostaju sredstva da ih plati.

3. Pacijent i pacijentov pravobranilac mogu zatražiti i priložiti na svakoj raspravi nalaz nezavisnog organa o stanju pacijentovog mentalnog zdravlja, kao i druge nalaze odnosno usmene, pismene i druge relevantne i prihvatljive dokaze.

4. Kopije pacijentove dokumentacije i ostalih nalaza koji se prilažu predaju se pacijentu i njegovom pravobraniocu, osim u posebnim slučajevima kada je odlučeno da bi otkrivanje određenih podataka pacijentu moglo ozbiljno ugroziti pacijentovo zdravlje i dovesti u opasnost bezbednost drugih. Ukoliko domaći zakon to predviđa, svaki dokument koji se ne da na uvid pacijentu može biti predat pacijentovom ličnom zastupniku i pravobraniocu pod uslovom da se to učini u poverenju. U slučaju odluke da se neki deo dokumenta uskrati pacijentu, pacijent ili njegov pravobranilac, ukoliko on postoji, biće obavešteni o odluci i razlozima za nju, a odluka će biti podložna sudskoj reviziji.

5. Pacijent i pacijentov lični zastupnik i pravobranilac imaju pravo da prisustvuju svakoj raspravi, učestvuju u njoj i da lično svedoče.

6. Ukoliko pacijent ili pacijentov lični zastupnik odnosno pravobranilac zahteva prisustvo određene osobe na raspravi, toj osobi će biti odobren pristup, osim u slučaju kada je odlučeno da bi prisustvo te osobe moglo ozbiljno ugroziti pacijentovo zdravlje ili dovesti u opasnost bezbednost drugih.

7. Pri svakom odlučivanju o tome da li rasprava treba u celosti ili delimično biti otvorena za javnost ili održana bez njenog prisustva, kao i o tome da li o njoj treba obavestavati javnost, moraju se u potpunosti uvažiti pacijentove želje, potreba za poštovanjem privatnosti pacijenta i drugih osoba, kao i potreba da se spreči ozbiljno ugrožavanje pacijentovog zdravlja i dovođenje u opasnost bezbednosti drugih.

8. The decision arising out of the hearing and the reasons for it shall be expressed in writing. Copies shall be given to the patient and his or her personal representative and counsel. In deciding whether the decision shall be published in whole or in part, full consideration shall be given to the patient's own wishes, to the need to respect his or her privacy and that of other persons, to the public interest in the open administration of justice and to the need to prevent serious harm to the patient's health or to avoid putting at risk the safety of others.

**Principle 19**  
**Access to information**

1. A patient (which term in the present Principle includes a former patient) shall be entitled to have access to the information concerning the patient in his or her health and personal records maintained by a mental health facility. This right may be subject to restrictions in order to prevent serious harm to the patient's health and avoid putting at risk the safety of others. As domestic law may provide, any such information not given to the patient should, when this can be done in confidence, be given to the patient's personal representative and counsel. When any of the information is withheld from a patient, the patient or the patient's counsel, if any, shall receive notice of the withholding and the reasons for it and it shall be subject to judicial review.

2. Any written comments by the patient or the patient's personal representative or counsel shall, on request, be inserted in the patient's file.

**Principle 20**  
**Criminal offenders**

1. The present Principle applies to persons serving sentences of imprisonment for criminal offences, or who are otherwise detained in the course of criminal proceedings or investigations against them, and who are determined to have a mental illness or who it is believed may have such an illness.

2. All such persons should receive the best available mental health care as provided in principle 1 above. The present Principles shall apply to them to the fullest extent possible, with only such limited modifications and exceptions as are necessary in the circumstances. No such modifications and exceptions shall prejudice the persons' rights under the instruments noted in paragraph 5 of principle 1 above.

3. Domestic law may authorize a court or other competent authority, acting on the basis of competent and independent medical advice, to order that such persons be admitted to a mental health facility.

4. Treatment of persons determined to have a mental illness shall in all circumstances be consistent with principle 11 above.

8. Odluka koja proizide iz rasprave i njeno obrazloženje moraju biti dati u pismenom obliku. Kopije će se dostaviti pacijentu i njegovom ličnom zastupniku i pravobraniocu. Pri odlučivanju o tome da li odluku treba objaviti u celosti ili delimično, moraju se u potpunosti uvažiti pacijentove želje, potreba za poštovanjem privatnosti pacijenta i drugih osoba, javni interes za otvoreno deljenje pravde, kao i potreba da se spreči ozbiljno ugrožavanje pacijentovog zdravlja i dovođenje u opasnost bezbednosti drugih.

**Načelo 19**  
**Uvid u informacije**

1. Pacijent (u ovom načelu ovaj termin obuhvata i bivše pacijente) ima pravo na uvid u informacije o svom zdravlju i u ličnu dokumentaciju koju vodi ustanova za mentalno zdravlje. Ovo pravo podleže ograničenjima da bi se sprečilo ozbiljno ugrožavanje pacijentovog zdravlja i izbeglo dovođenje u opasnost bezbednosti drugih. Ukoliko domaći zakon to predviđa, svaka takva informacija koja se uskrati pacijentu može biti data pacijentovom ličnom zastupniku i pravobraniocu pod uslovom da se to učini u poverenju. U slučaju odluke da se neka informacija uskrati pacijentu, pacijent ili njegov pravobranilac, ukoliko on postoji, biće obavešteni o odluci i razlozima za nju, a odluka će biti podložna sudskoj reviziji.

2. U pacijentov dosje se unose svi pismeni komentari pacijenta ili njegovog ličnog zastupnika odnosno pravobranioca ukoliko postoji zahtev u tom smislu.

**Načelo 20**  
**Učinioci krivičnih dela**

1. Ovo načelo se odnosi na lica koja izdržavaju zatvorske kazne za krivična dela ili su na drugi način lišena slobode dok traje krivični postupak ili istraga protiv njih, a utvrđeno je ili se veruje da pate od mentalne bolesti.

2. Svim takvim licima mora se obezbediti najbolja moguća nega kako je to predviđeno načelom 1. Ova Načela se primenjuju na njih u najvećoj mogućoj meri, i to samo uz ograničene modifikacije i izuzetke koje nalažu okolnosti. Nijedna takva modifikacija ili ograničenje ne sme ugroziti prava ovih lica u skladu sa instrumentima navedenim u stavu 5 načela 1.

3. Sud ili drugi nadležni organ koji postupa na osnovu saveta stručnog i nezavisnog organa može se ovlastiti domaćim zakonom da naloži prijem takvih lica u ustanovu za mentalno zdravlje.

4. Lečenje lica za koja je utvrđeno da pate od mentalne bolesti mora biti u skladu načelom 11 u svakoj prilici.



**Principle 21**  
**Complaints**

Every patient and former patient shall have the right to make a complaint through procedures as specified by domestic law.

**Principle 22**  
**Monitoring and remedies**

States shall ensure that appropriate mechanisms are in force to promote compliance with the present Principles, for the inspection of mental health facilities, for the submission, investigation and resolution of complaints and for the institution of appropriate disciplinary or judicial proceedings for professional misconduct or violation of the rights of a patient.

**Principle 23**  
**Implementation**

1. States should implement the present Principles through appropriate legislative, judicial, administrative, educational and other measures, which they shall review periodically.

2. States shall make the present Principles widely known by appropriate and active means.

**Principle 24**  
**Scope of principles relating to mental health facilities**

The present Principles apply to all persons who are admitted to a mental health facility.

**Principle 25**  
**Saving of existing rights**

There shall be no restriction upon or derogation from any existing rights of patients, including rights recognized in applicable international or domestic law, on the pretext that the present Principles do not recognize such rights or that they recognize them to a lesser extent.

**Načelo 21**  
**Žalbe**

Svaki pacijent i bivši pacijent ima pravo ulaganja žalbe u skladu sa procedurama određenim domaćim zakonom.

**Načelo 22**  
**Nadzor i pravna sredstva**

Države će obezbediti da budu na snazi odgovarajući mehanizmi za unapređenje poštovanja ovih Pravila, za kontrolu ustanova za mentalno zdravlje, za podnošenje, ispitivanje i rešavanje žalbi, kao i za pokretanje odgovarajućih disciplinskih i sudskih postupaka u slučajevima neprofesionalnog postupanja ili kršenja pacijentovih prava.

**Načelo 23**  
**Primena**

1. Države treba da primenjuju ova Načela putem odgovarajućih zakonodavnih, sudskih, upravnih, obrazovnih i drugih mera koje se periodično preispituju.
2. Države će ova Načela široko razglasiti na aktivan i odgovarajuć način.

**Načelo 24**  
**Opseg načela koja se odnose na ustanove za mentalno zdravlje**

Ova Načela se odnose na sve osobe primljene u ustanovu za mentalno zdravlje.

**Načelo 25**  
**Očuvanje postojećih prava**

Ne sme biti nikakvih ograničenja ili umanjenja bilo kojih od postojećih prava pacijenata, uključujući prava koja se priznaju važećim međunarodnim i domaćim proposima, a pod izgovorom da se ovim Načelima ne priznaju takva prava odnosno da se priznaju u manjem obimu.

## RECOMMENDATION 1235 (1994)<sup>17</sup> on psychiatry and human rights

1. The Assembly observes that there is no overall study on legislation and practice with regard to psychiatry covering the member states of the Council of Europe.

2. It notes that on the one hand, a body of case-law has developed on the basis of the European Convention on Human Rights and that on the other, the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment has made a number of observations with regard to practices followed in the matter of psychiatric placements.

3. It notes that, in a large number of member countries, legislation on psychiatry is under review or in preparation.

4. It is aware that, in many countries, a lively debate is currently focused on problems associated with certain types of treatment such as lobotomies and electroconvulsive therapy as well as on sexual abuse in psychiatric care.

5. It recalls Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients.

6. It considers that the time has come for the member states of the Council of Europe to adopt legal measures guaranteeing respect for human rights of psychiatric patients.

7. The Assembly therefore invites the Committee of Ministers to adopt a new recommendation based on the following rules:

### i. Admission procedure and conditions:

a. compulsory admission must be resorted to in exceptional cases only and must comply with the following criteria:

- there is a serious danger to the patient or to other persons;
- an additional criterion could be that of the patient's treatment: if the absence of placement could lead to a deterioration or prevent the patient from receiving appropriate treatment;

b. in the event of compulsory admission, the decision regarding placement in a psychiatric institution must be taken by a judge and the placement period must be specified. Provision must be made for the placement decision to be regularly and

<sup>17</sup> Assembly debate on 12 April 1994 (10th Sitting) (see Doc. 7040, report of the Committee on Legal Affairs and Human Rights, Rapporteur: Mr Stoffelen; and Doc. 7048, opinion of the Social, Health and Family Affairs Committee, Rapporteur: Mr Eisma).

Text adopted by the Assembly on 12 April 1994 (10th Sitting).

## Parlamentarna skupština Preporuka br. 1235 (1994)<sup>17</sup> o psihijatriji i ljudskim pravima

1. Skupština uočava nedostatak opšte studije o zakonskoj regulativi i praksi vezanoj za psihijatriju koja se odnosi na sve države članice Saveta Evrope.

2. Ona primećuje, na jednoj strani, značajan razvoj u oblasti prava sudskih precedenata na osnovu Evropske konvencije o ljudskim pravima, kao i to da je, na drugoj strani, Evropski komitet za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja izneo niz zapažanja u vezi sa postupcima koji se primenjuju prilikom smeštaja u psihijatrijske ustanove.

3. Ona primećuje da je u velikom broju zemalja članica zakonodavstvo o psihijatriji u fazi preispitivanja ili u pripremi.

4. Ona je svesna činjenice da je u mnogim zemljama u toku živa rasprava usredsređena na probleme vezane za pojedine načine lečenja kao što su lobotomija i elektrošok terapija, kao i na seksualno zlostavljanje tokom psihijatrijske nege.

5. Ona podseća na Preporuku pod oznakom R (83) 2 koju je Komitet ministara uputio državama članicama u vezi sa pravnom zaštitom osoba koja pate od mentalnih poremećaja, a koja su smeštena u psihijatrijsku ustanovu kao nedobrovoljni pacijenti.

6. Ona smatra da je došlo vreme da države članice Saveta Evrope usvoje pravne mere kojima će se jamčiti poštovanje ljudskih prava psihijatrijskih pacijenata.

7. Skupština stoga poziva Komitet ministara da usvoji novu preporuku zasnovanu na sledećim pravilima:

### i. Procedura prijema i uslovi:

a. Prisilnom prijemu se sme pribeci samo u izuzetnim slučajevima, pri čemu se moraju zadovoljiti sledeća merila:

- postojanje ozbiljne opasnosti po bolesnika ili po druge osobe;
- dodatno merilo može biti uslovljeno bolesnikovom terapijom: propust da se pacijent smesti u ustanovu može dovesti do pogoršanja njegovog stanja ili mu uskratiti pristup odgovarajućoj terapiji;

b. u slučaju prisilnog prijema, rešenje o smeštaju u psihijatrijsku ustanovu mora doneti sudija, s tim što dužina smeštaja mora biti naznačena. Mora se predvideti mogućnost redovnog i automatskog preispitivanja rešenja. Načela ustanovljena

<sup>17</sup> Skupštinska debata održana 12. aprila 1994. godine (deseto zasedanje) (v. Doc. 7040, report of the Committee on Legal Affairs and Human Rights, Rapporteur: Mr Stoffelen; i Doc. 7048, opinion of the Social, Health and Family Affairs Committee, Rapporteur: Mr Eisma).

Tekst usvojen od Skupštine 12. aprila 1994. godine (deseto zasedanje).

automatically reviewed. Principles established in the Council of Europe's forthcoming convention on bioethics must be respected in all cases;

- c. there must be legal provision for an appeal to be lodged against the decision;
- d. a code of patients' rights must be brought to the attention of patients on their arrival at a psychiatric institution;
- e. a code of ethics for psychiatrists should be drawn up inter alia on the basis of the Hawaii Declaration approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna in 1983.

### ii. Treatment:

- a. a distinction has to be made between handicapped and mentally ill patients;
- b. lobotomies and electroconvulsive therapy may not be performed unless informed written consent has been given by the patient or a person, counsellor or guardian, chosen by the patient as his or her representative and unless the decision has been confirmed by a select committee not composed exclusively of psychiatric experts;
- c. there must be an accurate and detailed recording of the treatment given to the patient;
- d. there must be adequate nursing staff appropriately trained in the care of such patients;
- e. patients must have free access to a "counsellor" who is independent of the institution; similarly, a "guardian" should be responsible for looking after the interests of minors;
- f. an inspection system similar to that of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment should be set up.

### iii. Problems and abuses in psychiatry:

- a. the code of ethics must explicitly stipulate that it is forbidden for therapists to make sexual advances to patients;
- b. the use of isolation cells should be strictly limited and accommodation in large dormitories should also be avoided;
- c. no mechanical restraint should be used. The use of pharmaceutical means of restraint must be proportionate to the objective sought, and there must be no permanent infringement of individuals' rights to procreate;
- d. scientific research in the field of mental health must not be undertaken without the patient's knowledge, or against his or her will or the will of his or her representative, and must be conducted only in the patient's interest.

predstojećom konvencijom o bioetici Saveta Evrope moraju biti poštovana u svim slučajevima;

- c. mora se predvideti zakonska mogućnost ulaganja žalbe protiv rešenja;
- d. pri prijemu u psihijatrijsku ustanovu pacijentima mora biti skrenuta pažnja na kodeks prava pacijenata;
- e. kodeks etičkog ponašanja za psihijatre treba sačiniti, između ostalog, na osnovu Havajske deklaracije odobrene 1983. u Beču od Generalne skupštine Svetskog psihijatrijskog udruženja.

### ii. Lečenje:

- a. mora se praviti razlika između hendikepiranih i duševno obolelih pacijenata;
- b. lobotomija i elektrošok terapija ne sme biti primenjena bez pismene saglasnosti zasnovane na punoj informisanosti koju daje bolesnik ili neka druga osoba – savetnik ili staratelj – koju bolesnik odredi za svog zastupnika, a takođe ni u slučaju da rešenje ne potvrdi odabrana komisija sastavljena isključivo od psihijatrijskih stručnjaka;
- c. o načinu na koji je pacijent lečen mora postojati tačna i iscrpna dokumentacija;
- d. za negovanje takvih pacijenata neophodan je dovoljan broj bolničkih radnika sa odgovarajućom obukom;
- e. pacijentima se mora obezbediti slobodan pristup "savetniku" koji je nezavisan od ustanove; slično tome, treba obezbediti "staratelja" koji bi se brinuo o interesima maloletnika;
- f. potrebno je uspostaviti nadzorni sistem po ugledu na sistem Evropskog komiteta za sprečavanje mučenja i nečovečnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja.

### iii. Problemi i zloupotrebe u psihijatriji:

- a. kodeksom etičkog ponašanja mora biti izričito propisno da je terapeutima zabranjeno prilaženje pacijentima sa seksualnim namerama;
- b. korišćenje soba za izolaciju mora biti strogo ograničeno, a takođe treba izbegavati smeštaj u velikim spavaonicama;
- c. ne treba primenjivati nikakvo fizičko sputavanje. Upotreba farmaceutskih sredstava za obuzdavanje mora biti primerena željenom cilju, s tim što ne sme biti nikakvog trajnog kršenja prava pojedinca na porod;
- d. naučna istraživanja na polju mentalnog zdravlja ne smeju biti preduzeta bez pacijentovog znanja, kao ni protiv njegove volje ili volje njegovog zastupnika, a moraju biti sprovedena u pacijentovom interesu.

**iv. Situation of detained persons:**

- a. any person who is imprisoned should be examined by a doctor;
- b. a psychiatrist and specially trained staff should be attached to each penal institution;
- c. the rules set out above and the rules of ethics should be applied to detained persons and, in particular, medical confidentiality should be maintained in so far as this is compatible with the demands of detention;
- d. sociotherapy programmes should be set up in certain penal institutions for detained persons suffering from personality disorders.

**iv. Položaj lica lišenih slobode:**

- a. svako lice lišeno slobode treba da pregleda lekar;
- b. psihijatrijsko i specijalno obučeno osoblje treba pridodati svakoj kaznenoj ustanovi;
- c. gorenavedena pravila kao i etička pravila treba primenjivati na lica lišena slobode, a naročito negovati poverljivost odnosa sa pacijentom u meri u kojoj je to u skladu sa zahtevima zatočenja;
- d. u pojedinim kaznenim ustanovama treba uvesti program socioterapije za lica lišena slobode koja pate od poremećaja ličnosti.

## RECOMMENDATION (83) 2

### concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients

(Adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983 at the 356th meeting of the ministers' deputies)

The Committee of Ministers, under the terms of Article 15.b of the Statute of the Council of Europe,

Considering that the aim of the Council of Europe is to achieve a greater unity between its members, in particular through harmonising the laws on matters of common interest;

Having regard to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms and to its application by the organs established under that convention;

Having regard to Recommendation 818 (1977) of the Consultative Assembly of the Council of Europe on the situation of the mentally ill;

Considering that common action at European level will promote the desired better protection of persons suffering from mental disorder,

Recommends that the governments of the member states should adapt their laws to the rules annexed to this recommendation or adopt provisions in accordance with those rules when introducing new legislation.

#### RULES

##### Article 1

1. These rules concern the involuntary placement of persons suffering from mental disorder. Placement decided pursuant to criminal proceedings is not covered by these rules; however, Rules 5, 9, 10 and 11 apply to such a placement.

2. Involuntary placement (hereinafter referred to as "placement") means the admission and detention for treatment of a person suffering from mental disorder (hereinafter referred to as "patient") in a hospital, other medical establishment or appropriate place (hereinafter referred to as "establishment"), the placement not being at his own request.

3. The admission of a patient to an establishment for treatment at his own request does not fall within the field of application of these rules. However, these rules apply to cases where a patient who has originally been admitted at his own request is to be detained in an establishment in spite of his wish to be discharged.

##### Article 2

Psychiatrists and other doctors, in determining whether a person is suffering from a mental disorder and requires placement, should do so in accordance with medical science. Difficulty in adapting to moral, social, political or other values, in itself, should not be considered a mental disorder.

## PREPORUKA BR. (83)2

### KOMITETA MINISTARA DRŽAVAMA ČLANICAMA u vezi sa pravnom zaštitom osoba koje pate od mentalnih poremećaja, a koje su prisilno smeštene u psihijatrijsku ustanovu

(Usvojena od Komiteta ministara 22. februara 1983. godine na 356. sastanku zamenika ministara)

Komitet ministara, u skladu sa odredbama člana 15.b Statuta Saveta Evrope,

Smatrajući da je cilj Saveta Evrope postizanje većeg jedinstva među njegovim članicama, naročito usklađivanjem zakona o stvarima od zajedničkog interesa;

Imajući u vidu Konvenciju za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda i njenu primenu od organa osnovanih u skladu s tom konvencijom;

Imajući u vidu Preporuku br. 818 (1977) Savetodavne skupštine Saveta Evrope o položaju duševno obolelih;

Smatrajući da će zajednička akcija na evropskom nivou dovesti do željenog poboljšanja zaštite osoba koje pate od mentalnih poremećaja,

Preporučuje da vlade država članica prilagode svoje zakone pravilima priloženim uz ovu preporuku ili da usvoje odredbe u skladu sa ovim pravilima pri donošenju novih zakona.

#### PRAVILA

##### Član 1

1. Ova pravila se odnose na prisilni smeštaj osoba koje pate od mentalnih poremećaja. Smeštaj određen na osnovu krivičnog postupka nije obuhvaćen ovim pravilima; međutim, pravila 5, 9, 10 i 11 odnose se i na smeštaj te vrste.

2. Prisilni smeštaj (u daljem tekstu: "smeštaj") podrazumeva prijem osoba koje pate od mentalnih poremećaja (u daljem tekstu: "pacijent") u bolnice, druge medicinske ustanove ili odgovarajuće objekte (u daljem tekstu: "ustanove") i njihovo zadržavanje u njima u cilju lečenja, s tim što pacijent nije smešten na svoj zahtev.

3. Prijem pacijenta u ustanovu radi lečenja na njegov zahtev ne spada u područje primene ovih pravila. Međutim, ova pravila se primenjuju u slučaju pacijenta koji je isprva primljen na svoj zahtev i koga treba zatvoriti u ustanovu uprkos njegovoj želji da bude otpušten.

##### Član 2

Pri odlučivanju o tome da li neko pati od mentalnih poremećaja i da li mu je potreban smeštaj, psihijatri i ostali lekari treba da se rukovode medicinskom naukom. Teškoće u prilagođavanju moralnim, društvenim, političkim i drugim vrednostima same po sebi ne treba smatrati mentalnim poremećajem.

**Article 3**

In the absence of any other means of giving the appropriate treatment:

- a. a patient may be placed in an establishment only when, by reason of his mental disorder, he represents a serious danger to himself or to other persons;
- b. states may, however, provide that a patient may also be placed when, because of the serious nature of his mental disorder, the absence of placement would lead to a deterioration of his disorder or prevent the appropriate treatment being given to him.

**Article 4**

1. A decision for placement should be taken by a judicial or any other appropriate authority prescribed by law. In an emergency, a patient may be admitted and retained at once in an establishment on the decision of a doctor who should thereupon immediately inform the competent judicial or other authority which should make its decision. Any decision of the competent judicial or other authority mentioned in this paragraph should be taken on medical advice and under a simple and speedy procedure.

2. Where a decision for placement is taken by a non-judicial body or person, that body or person should be different from that which originally requested or recommended placement. The patient should immediately be informed of his rights and should have the right of appeal to a court which should decide under a simple and speedy procedure. Moreover, a person whose duty it is to assist the patient to decide whether to appeal should be designated by an appropriate authority, without prejudice to the right of appeal of any other interested person.

3. The admission of a patient to an establishment for treatment at his own request does not fall within the field of application of these rules. However, these rules apply to cases where a patient who has originally been admitted at his own request is to be detained in an establishment in spite of his wish to be discharged.

4. The judicial decisions referred to in paragraph 3 should be open to appeal.

**Article 5**

1. A patient put under placement has a right to be treated under the same ethical and scientific conditions as any other sick person and under comparable environmental conditions. In particular, he has the right to receive appropriate treatment and care.

2. A treatment which is not yet generally recognised by medical science or presents a serious risk of causing permanent brain damage or adversely altering the personality of the patient may be given only if the doctor considers it indispensable and if the patient, after being informed, has given his express consent. If the patient is not capable of understanding the nature of the treatment, the doctor should submit the matter for decision to an appropriate independent authority prescribed by law which should consult the patient's legal representative, if any.

3. Clinical trials of products and therapies not having a psychiatric therapeutic purpose on persons suffering from mental disorder, subject to placement, should be forbidden. Clinical trials having a psychiatric therapeutic purpose are a matter for national legal provisions.

**Član 3**

Ukoliko nije moguće obezbediti odgovarajuće lečenje na bilo koji drugi način:

- a. pacijent može biti smešten u ustanovu jedino u slučaju da zbog svog mentalnog poremećaja on predstavlja ozbiljnu opasnost po sebe i druge;
- b. država ipak može obezbediti da pacijent bude smešten u ustanovu jer bi propust u tom smislu, a s obzirom na težinu njegovog mentalnog poremećaja, mogao dovesti do pogoršanja njegovog stanja ili mu uskratiti pristup odgovarajućem lečenju.

**Član 4**

1. Rešenje o smeštaju treba da donese sudski ili neki drugi nadležni organ određen zakonom. U hitnom slučaju, pacijent može biti primljen u ustanovu i zadržan u njoj na osnovu odluke lekara, koji potom treba odmah da obavesti nadležni sudski ili drugi organ radi donošenja rešenja. Svako rešenje nadležnog sudskog ili drugog organa pomenutog u ovom stavu mora biti doneseno na osnovu saveta lekara po uprošćenom i ubrzanom postupku.

2. U slučaju da rešenje o smeštaju donese neko nesudsko telo ili lice, to telo ili lice treba da bude različito od onog koje je prvo zatražilo ili preporučilo smeštaj. Pacijenta treba odmah obavestiti o njegovim pravima i dati mu pravo žalbe sudu, koji treba da donese rešenje po uprošćenom i ubrzanom postupku. Štaviše, nadležni organ treba da odredi osobu koje će biti zaduženo da pomogne pacijentu oko odluke o tome da li da se žali ili ne, ne prejudicirajući pritom pravo žalbe bilo koje zainteresovane osobe.

3. Prijem pacijenta u ustanovu radi lečenja na njegov zahtev ne spada u područje primene ovih pravila. Međutim, ova pravila se primenjuju u slučaju pacijenta koji je prvobitno primljen na svoj zahtev i koga treba zatvoriti u ustanovu uprkos njegovoj želji da bude otpušten.

4. Treba ostaviti mogućnost žalbe na sudska rešenja pomenuta u stavu 3.

**Član 5**

1. Prisilno smešten pacijent ima pravo na lečenje u istim etičkim i naučnim uslovima kao i bilo koji drugi bolesnik, a takođe i u uporedivim ambijentalnim uslovima. On naročito ima pravo na odgovarajuće lečenje i negu.

2. Terapija koja još uvek nije opšteprihvaćena u medicinskoj nauci odnosno ona koja nosi u sebi ozbiljnu opasnost trajnog oštećenja mozga ili neželjenih promena pacijentove ličnosti, može biti primenjena samo ako je lekar smatra neophodnom ili ako pacijent da svoj izričit pristanak pošto je upoznat sa mogućim posledicama. Ako pacijent nije u stanju da shvati prirodu lečenja, lekar treba da se obrati za odluku nadležnom nezavisnom organu određenom zakonom, koji treba da se posavetuje sa pacijentovim pravnim zastupnikom u slučaju da on postoji.

3. Klinička ispitivanja proizvoda i terapija u svrhe koje nisu psihijatrijsko terapeutske, nad mentalno obolelim licima koja su smeštena u ustanovama, bi trebalo zabraniti. Klinička ispitivanja u svrhe psihijatrijske terapije treba da budu predmet domaćih zakonskih odredbi.

**Article 6**

The restrictions on personal freedom of the patient should be limited only to those which are necessary because of his state of health and for the success of the treatment; however, the right of a patient:

- a. to communicate with any appropriate authority, the person mentioned in Article 4 and a lawyer, and
- b. to send any letter unopened, should not be restricted.

**Article 7**

A patient cannot be transferred from an establishment to another except considered his therapeutic interest and, if possible, his desires.

**Article 8**

1. A placement should be for a limited period or, at least, the necessity for placement should be examined at regular intervals. The patient can request that a judicial authority should consider the necessity for placement at reasonable intervals. The rules in Article 4, paragraph 3, apply.

2. The placement may be terminated at any moment on the decision:

- a. of a doctor, or
  - b. of a competent authority.
- acting on his own initiative or at the request of the patient or any other interested person.

3. The termination of the placement does not necessarily imply the end of treatment which may continue on a voluntary basis.

**Article 9**

1. The placement, by itself, cannot constitute, by operation of law, a reason for the restriction of the legal capacity of the patient.

2. However, the authority deciding a placement should see, if necessary, that adequate measures are taken in order to protect the material interests of the patient.

**Article 10**

In all circumstances, the patient's dignity should be respected and adequate measures to protect his health taken.

**Article 11**

These rules do not limit the possibility for a member state to adopt provisions granting a wider measure of legal protection to persons suffering from mental disorder subject to placement

**Član 6**

Ograničenja pacijentove lične slobode treba svesti na ona koja iziskuje njegovo zdravstveno stanje odnosno potreba za uspešnim lečenjem; međutim, ne treba ograničavati sledeća pacijentova prava:

- a. pravo da održava vezu s bilo kojim nadležnim organom, osobom pomenutom u čl. 4 i advokatom, kao i
- b. pravo da šalje neotvorena pisma.

**Član 7**

Pacijent se ne može prebaciti iz jedne ustanove u drugu osim ukoliko je to u interesu njegove terapije i, ukoliko je moguće, njegove želje.

**Član 8 (sic)**

1. Smeštaj treba da bude ograničenog trajanja odnosno, u najmanju ruku, potrebu za njim treba razmatrati u redovnim vremenskim razmacima. Pacijent može tražiti od sudskog organa da u razumnim vremenskim razmacima preispituje potrebu za njegovim smeštajem. U vezi s tim, primenjuju se pravila iz čl. 4, stav 3.

2. Smeštaj može biti okončan u bilo koje vreme na osnovu odluke:

- a. lekara, odnosno
  - b. nadležnog organa
- na njegovu inicijativu ili na zahtev pacijenta odnosno bilo koje druge zainteresovane osobe.

3. Okončanje smeštaja ne mora značiti da se lečenje ne može nastaviti na dobrovoljnoj osnovi.

**Član 9**

1. Smeštaj sam po sebi ne može predstavljati zakonsku osnovu za ograničenje pacijentove pravne sposobnosti.

2. Međutim, organ koji odredi smeštaj treba da obezbedi, ukoliko je to potrebno, preduzimanje odgovarajućih mera radi zaštite pacijentovih materijalnih interesa.

**Član 10**

U svakoj prilici treba poštovati pacijentovo dostojanstvo i preduzeti odgovarajuće mere radi zaštite njegovog zdravlja.

**Član 11**

Ovim pravilima se ne ograničava mogućnost da država članica usvoji odredbe kojima se odobrava širi stepen pravne zaštite licima koja pate od mentalnih poremećaja na osnovu kojih se može odrediti smeštaj.

## FOTOGALERIJA





