

Daleko od očiju

Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj

Mental Disability Advocacy Center (Centar za zastupanje prava osoba s mentalnim teškoćama)
Udruga za društvenu afirmaciju osoba s duševnim smetnjama (SJAJ)



Daleko od očiju

Ljudska prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj

Mental Disability Advocacy Center (Centar za zastupanje prava osoba s mentalnim teškoćama)

Udruga za društvenu afirmaciju osoba s duševnim smetnjama (SJAJ)

Copyright © October 2011 by the Mental Disability Advocacy Center (MDAC)

Izvešće je dostupno na engleskom i hrvatskom jeziku. Moguće ga je besplatno preuzeti na internetskim stranicama www.mdac.info i www.udruga-sjaj.com

Distribucija, uporaba, prilagodba, umnažanje, prevođenje ili preslika bilo kojeg dijela izvješća je dozvoljena, pod uvjetom da se umnoženi materijali distribuiraju bez naknade (bez zarade), te uz navođenje izvora. Umnažanje u komercijalne svrhe zahtijeva prethodnu pisanu dozvolu MDAC-a i Udruge za društvenu afirmaciju osoba s duševnim smetnjama (SJAJ). MDAC i udruga SJAJ bili bi zahvalni ukoliko im se dostavi preslika svih materijala u kojima su upotrebljene informacije iz ovog izvješća.

ISBN: 978-963-89303-2-3

Mental Disability Advocacy Center
Hercegprímás utca 11, H-1051 Budapest, Hungary
Tel: +36 1 413 2730, Fax: +36 1 413 2739
Web: www.mdac.info

Association for Social Affirmation of People with Mental Disabilities
Medulićeva 13, 10 000 Zagreb, Croatia
Tel: +385 1 484 8643
Web: www.udruga-sjaj.com

Naslovna fotografija © Liv Friis-larsen - Fotolia.com

Sadržaj

Predgovor	5
Zahvala	7
Sažetak	8
Kratak pregled preporuka	12
1. Uvod	19
1.1 Međunarodni pravni standardi	19
1.2. Potreba za monitoringom	20
1.5. Monitorirane psihijatrijske bolnice	24
1.6. Materijalni uvjeti	26
1.7. Prijem monitora	28
Preporuke	29
2. Osoblje	30
2.1. Potreba za obukom	30
2.2. Nalazi monitoringa	30
2.3. Evaluacija	33
Preporuke	33
3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama	35
3.1. Europska Konvencija o ljudskim pravima	35
3.2. Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom	37
3.3. Protuvoljno zadržavanje: zakon	39
3.4. Protuvoljno zadržavanje: praksa	40
3.5. Dobrovoljan prihvrat: zakon	43
3.6. Dobrovoljan prihvrat: praksa	44
Preporuke	49
4. Poslovna sposobnost i institualizacija	51
4.1. Zakon o skrbništvu	51
4.2. Poslovna sposobnost – praksa	56
Preporuke	59
5. Život u instituciji	61
5.1. Segregacija	63
5.2. Uskraćivanje privatnosti, prava na dostojanstvo i identitet	66
5.3. Monotonija i uskraćivanje prilika	69
5.4. Seksualni tabu	74

5.5. Pravo na život u zajednici	77
Preporuke	80
6. Metode obuzdavanja i izdvajanje	82
6.1. Vrste obuzdavanja i izdvajanja	83
6.3. Metode obuzdavanja u praksi	85
6.4. Izdvajanje	88
6.5. Politika i praksa u ustanovama socijalne skrbi	89
6.6. Kemijska sredstva obuzdavanja	91
6.7. Evaluacija	92
Preporuke	93
7. Liječenje	95
7.1. Terapijski planovi	95
7.2. Vrste terapija	97
7.3. Lijekovi	98
7.4. Evaluacija	99
Preporuke	100

Predgovor

Bila mi je ponuđena prilika da sudjelujem u posjetama monitora ustanovama za osobe s invaliditetom koje su MDAC i SJAJ obavili u Hrvatskoj tijekom lipnja 2010. Nažalost, zbog drugih obaveza nisam bila u mogućnosti prihvatiti njihov ljubazan poziv. S obzirom na to da izuzetno poštujem projekte MDAC-a i SJAJ-a, te da sam upoznata s ishodima prošlih inspekcija obavljenih u mojoj zemlji, s velikim sam očekivanjima čekala točne informacije ove studije. Imala sam tu privilegiju da prva pročitam rezultate izvješća o monitoringu primjene standarda ljudskih prava u psihijatrijskim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj, te mi je zadovoljstvo i čast pisati predgovor ovom vrlo informativnom, važnom, te istodobno vrlo dirljivom izvješću.

Sramotna povijest zanemarivanja osoba s mentalnih teškoćama dobro je poznata: snažna stigma i ignoriranje diskriminacije, institucionalizacija u sramotnim životnim uvjetima, te stalne fizičke i društvene prepreke koje priječe njihovu inkluziju u puno sudjelovanje u društvu.

Svojim Ustavom, Republika Hrvatska se obvezala na pružanje posebne zaštite i brige osobama s invaliditetom i promicanje njihove integracije u društvo. Hrvatski zakonski sustav usvojio je međunarodne standarde, pretočio ih u zakone, te proveo niz reformi i nacionalnih programa koji se tiču prava osoba s mentalnim teškoćama. U kolovozu 2007., Hrvatska je postala četvrta zemlja u svijetu koja je ratificirala Konvenciju Ujedinjeni naroda o pravima osoba s invaliditetom (CRPD). No, usprkos takvom predvodništvu, nije ispunila obveze koje nalaže međunarodni sporazum: zakoni su i dalje neusklađeni, provedba nesistematična, a nedostatak koordinacije među odgovornim državnim tijelima ostavlja mnoge osobe s invaliditetom bez toliko potrebne podrške. Ovi ljudi su i dalje suočeni sa stigmom, izolacijom i diskriminacijom na temelju svojeg invaliditeta, često u kombinaciji s pogrešnom percepcijom javnosti i strahom. Kao što i Vijeće UN-a za ljudska prava, Europska komisija, organizacije civilnog društva, uključujući MDAC i SJAJ, te nacionalne ustanove koje se bave ljudskim pravima ističu, Hrvatska nije učinila dovoljno kako bi naprijedila život osobama s intelektualnim i duševnim teškoćama i uskladila zakon, politiku i praksu s međunarodnim zahtjevima i standardima.

Centar za zastupanje prava osoba s mentalnim teškoćama (Mental Disability Advocacy Center) zajedno sa svojom partnerskom organizacijom u Hrvatskoj, SJAJ, obavio je monitoring u svrhu ispitivanja trenutnog stanja, pronalaženja postojećih problema i predstavljanja pitanja relevantnih za sve dionike koji su uključeni u rad na zaštiti osoba s invaliditetom – od hrvatske Vlade, Sabora, Ureda pravobraniteljice i raznih ministarstava, do svih stručnjaka, uključujući osoblje koje je svakodnevno u kontaktu s pacijentima i korisnicima u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi. Ovom potragom za činjenicama i analizom prikupljenih podataka ističu se praznine koje i dalje postoje: nedostatak napretka u implementaciji CRPD-a na nacionalnoj razini, nerazvijenost programa podrške u zajednici za osobe s mentalnim teškoćama te, kao posljedica toga, praktički nepostojanje ikakvog pokreta za sprječavanje kontinuiranog uskraćivanja osnovnih ljudskih prava osobama s invaliditetom.

Kao doktoricu medicine, ono što me najviše pogađa je nedostatak zalaganja za reformu na nižim razinama vlasti – posebno od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi – kao i nezakonite prakse stručnjaka

koji rade s osobama s duševnim smetnjama i ostalih koji su uključeni u skrb o osobama s invaliditetom i duševnim oboljenjima, uključujući njihovo nepoznavanje zakonskih odredbi i ignoriranje implikacija koje njihovi pristupi i postupci imaju na ljudska prava tih osoba.

Izvešće nudi detaljan opis trenutnog stanja stvarnosti za osobe s invaliditetom koje borave u ustanovama u Hrvatskoj, ali i daje preporuke za daljnje aktivnosti i poboljšanja. U ovom lako pristupačnom, ali i jasnom analitičnom istraživanju, autori nude informacije o monitoriranim ustanovama i predstavljaju temeljitu studiju o stanju u kojem se nalaze osobe s invaliditetom u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u pogledu pitanja i prakse prihvata i otpusta, skrbništva, materijalnih uvjeta, režima i aktivnosti, osoblja, liječenja i mjera obuzdavanja. Izvešće i preporuke koje iz njega proizlaze na konstruktivan način ističu slabosti i nedostatke postojećih zakona, te svih dionika koji su uključeni u pitanje zaštite prava osoba s invaliditetom.

Kao tekst, izvešće je ujedno iznimno korisno kao informacija široj javnosti koja, nažalost, često tretira osobe s invaliditetom kao građane drugog reda; prihvaćajući činjenicu da ih se lišava slobode, njihovu marginalizaciju i segregaciju, zbog čega oni ostaju skriveni u ustanovama gdje vrijeme stoji, kako bi ih društvo zaboravilo.

Detaljne preporuke iz ovog izvješća upućene su hrvatskoj Vladi, kao i svim ostalim akterima uključenima u zaštitu i provedbu ljudskih prava i temeljnih sloboda osoba s invaliditetom. Moje osobno i stručno mišljenje je da bi ih trebalo u potpunosti razmotriti, pažljivo u odnosu na njih postupiti, te ih odlučno implementirati u svakodnevnu praksu.

Prije nego je potrebno da Hrvatska odmah poduzme korake prema usklađivanju nacionalnih zakona s međunarodnim regulativama, radu na deinstitucionalizaciji kao što je i obećala, te izgradnji inkluzivnijeg društva koje stvara preduvjete za rehabilitaciju, integraciju i sudjelovanje osoba s invaliditetom. Vrijeme je za promjenu stavova i pristupa prema osobama s invaliditetom kao "objektima" u pojedince koji imaju ista prava kao i svi ostali; koji imaju pravo da se s njima postupa poštujući njihovo dostojanstvo, na siguran i human način, te da im se omogući poštivanje njihovih izbora i prava na samoodređenje.

Prof. Marija Definis-Gojanović, doc. dr. sc.

Pročelnica Odjela za sudsku medicinu

Sveučilišna bolnica Split, Hrvatska

Članica Europskog odbora za sprječavanje mučenja (CPT)

Članica Pododbora Ujedinjenih naroda za sprječavanje mučenja (SPT)

Kolovoz 2011.

Zahvala

Izvešće je sastavila i uredila Ngila Bevan i Mental Disability Advocacy Center (MDAC) na temelju nacrt-a koje su prethodno satsavile Vanja Bakalović i Victoria Lee. MDAC i naš hrvatski partner Udruga za društvenu afirmaciju osoba s mentalnim teškoćama (SJAJ) vrlo su zahvalni za urednički doprinos tima monitora, posebno Kristijana Grdjana, Matta Kintona i Maria Malickog, kao i za napomene i smjernice člana uprave Ivana Fišera tijekom uređivačkog procesa. Realizaciji izvješća doprinijele su još neke osobe, uključujući Anu Slapar (prijevod) i Adama Katyia (prijelom i tisak). Također zahvaljujemo Ágnes Császár, Nenadu Galiću, Brandonu Golobu, Anni Hornyik, Lajos Labossai i Rei Maglajlic na njihovim savjetima, administrativnoj podršci i ohrabrenju.

Izvešće se temelji na monitoringu poštivanja ljudskih prava u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama soci-jale skrbi u Hrvatskoj. Posjeti monitora obavljeni su tijekom lipnja 2010. u sastavu (prikazanom abeced-nim redom): Maša Anišić, Vanja Bakalović, Ngila Bevan, Yana Buhrer Tavanier, Gavin Garman, Kristijan Grđan, Sarah Green, Matt Kinton, Victoria Lee, Mario Malicki i Georgiana Pascu.

MDAC i SJAJ sa zahvalnošću pozdravljaju utrošeno vrijeme i pomoć mnogih ljudi u Hrvatskoj koji su ak-tivno sudjelovali u procesu monitoringa, posebice osoblju monitoriranih psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi. Što je najvažnije, želimo zahvaliti korisnicima psihijatrijskih usluga i ustanova socijalne skrbi koji su bili voljni razgovarati o svojim iskustvima i bez kojih ovo izvješće ne bi bilo moguće. Imena svih osoba o čijim se slučajevima raspravlja ili ih se spominje u izvješću, skrivena su u svrhu zaštite njihove privatnosti i sprječavanja kažnjavanja.

Izvešće je izdano uz financijsku podršku Fonda za otvoreno društvo (Open Society Foundations - OSF). Sadržaj dokumenta isključiva je odgovornost MDAC-a i SJAJA, te ni u kojem slučaju ne odražava stavove OSF-a.

Sažetak

U Hrvatskoj, koju naseljava pučanstvo od blizu 4.5 miliona ljudi¹, procjenjuje se da preko deset tisuća ljudi s invaliditetom živi izdvojeno od društva, izolirani od očiju javnosti.² Žive 'Daleko od očiju', u psihijatrijskim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi. Te smještajne ustanove često se nalaze na vrlo udaljenim lokacijama. O tome što se u njima događa zna se malo, jer učinkovit monitoring poštivanja ljudskih prava ne postoji. Kao posljedica toga, ljudi koji su primorani boraviti u tim ustanovama izloženi su velikom riziku od izrabljivanja, nasilja i kršenja njihovih osnovnih ljudskih prava. Na raspolaganju im je malo mogućnosti za ulaganje pritužbi ili potraživanje naknade štete.

U ovom izvješću predstavljeni su rezultati posjeta monitora izabranim psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj koje su MDAC i SJAJ obavili tijekom lipnja 2010. U njemu se iznose evaluacije u skladu sa standardima međunarodnog prava o ljudskim pravima, ukazuje na probleme u implementaciji tih standarda i iznose konkretni zakonski nedostaci koji stvaraju ograničenja ili pružaju nedostatan okvir za praksu. No, motiv koji stoji iza njegovog izdavanja je prikaz svakodnevnog života i iskustva ljudi koji žive u ustanovama – te pritom, podizanje svijest o ustaljenom kršenju njihovih prava kao osoba koje su obvezne živjeti 'Daleko od očiju'. Procjena poštivanja svih ljudskih prava vezanih uz institucionalizaciju izvan je dosega ovog monitoringa: izvješće podržava, no ne nastoji ponavljati nalaze izvješća Human Rights Watcha "Kad jednom uđeš, više nikad ne iziđeš" koje je objavljeno u listopadu 2010. U našem izvješću ističu se samo najvažniji nalazi i ustanovljuju gorući problemi. Slučajevi koji se navode nemaju za cilj biti sveobuhvatni, nego služe kao slikoviti primjeri najčešćih iskustava na koje smo naišli.

I MDAC i SJAJ nadaju se da će nalazi ovog izvješća, kao i preporuke koje iz njih slijede pomoći hrvatskoj Vladi da preispitaju svoje zakone, politike i prakse u svrhu punog poštivanja, zaštite i ostvarenja prava osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama³ i realizacije njihove inkluzije u društvo. Nadalje, cilj objavljivanja ovog izvješća je promicanje važnosti strogih i redovitih, neovisnih monitoringa i inspekcija psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi i od strane odgovarajuće imenovanih agencija neovisnih od države i od strane organizacija civilnog društva. Radi se o pravovremenoj hrvatskoj ratifikaciji Fakultativnog protokola UN-ove Konvencije za spriječavanje mučenja. Kršenje ljudskih prava osoba s invaliditetom, posebice onih s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama, dugo je bilo skriveno 'Daleko od očiju'. To je prouzrokovalo stanje u kojem tvorci politika slabo uvažavaju ove osobe kao zakonite političke čimbenike i time podupirali već postojeću stigmatu i diskriminaciju osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama.

1 Vidi census 2011-te; dostupno na http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2011/SI-1441.pdf (posljednji put pristupano 1. listopada 2011.).

2 Vidi Kad jednom uđeš, više nikad ne iziđeš: deinstitutionalizacija osoba s mentalnim invaliditetom u Hrvatskoj, Human Rights Watch, rujan 2010. Dostupno na <http://www.hrw.org/en/reports/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave-0> (posljednji put pristupano 1. listopada 2011.).

3 MDAC koristi termin osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama umjesto termina osobe sa poteškoćama mentalnog zdravlja, u skladu sa preferiranom terminologijom Svjetskog udruženja korisnika i onih koji su prezivjeli psihijatriju (World Network of Users and Survivors of Psychiatry).

Prikazom lošeg postupanja kojem su izložene mnoge osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u ustanovama u Hrvatskoj, izvješće nastoji osvježiti motiviranost hrvatske Vlade da nastavi sa svojim javnim angažmanom na postizanju deinstitalizacije i poduzme konkretne korake prema stvaranju usluga podrške u zajednici visoke kvalitete. Ne postoji opravdanje da se osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama prisiljava na život “Daleko od očiju” u ustanovama: postoji međunarodno utemeljeno pravo prema kojem svaka osoba – bez obzira na “težinu” njihovog invaliditeta – ima pravo na život u zajednici na istoj osnovi kao i druge osobe.

Poglavlje 1 iznosi detaljne informacije o monitoriranim ustanovama, te kratko komentira materijalne uvjete koji u njima vladaju. Prenapučenost i ponižavajući životni uvjeti u objektima koji su nedostatno opremljeni za dugoročan ili trajan smještaj osoba i dalje je problem u nekim ustanovama. Iako je poboljšanje materijalnih uvjeta prijeko potrebno u nekim od ustanova koje smo posjetili kako bi se stvorilo okruženje koje ne ulazi u kategoriju nehumanog i ponižavajućeg postupanja, ta poboljšanja ne može se provesti kao zamjenu za omogućavanje života u zajednici osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama, gdje i s kim žele.

Poglavlje 2 zaključuje da postoji nedostatak stručnog osoblja u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi. Ukazuje se na kronično nedostatna ulaganja u usluge za osobe sa psiho-socijalnim poremećajima i ostale usluge socijalne skrbi. Konkretno, postoji manjak radnih terapeuta i socijalnih radnika koji mogu raditi sa pacijentima, korisnicima i njihovim obiteljima. Nadalje, voditeljski timovi često su naglašavali kako bi trening u organizaciji Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi bio vrlo koristan za njihovo osoblje. Ad hoc i samim time samovoljne prakse zaista će se i nastaviti ukoliko Ministarstvo ne izda smjernice za mnoga pitanja, uključujući kontrolu agresivnog ponašanja i, ukoliko ih je potrebno upotrijebiti, primjenu sredstava obuzdavanja na siguran način uz poštivanje ljudskih prava.

Poglavlje 3 opisuje slučajeve proceduralnog kršenja ljudskih prava tijekom prihvata u i otpusta iz bolnica. U izvješću se vrlo kritički govori o neadekvatnim zakonskim odredbama i nedostatku razumijevanja i ustrajnosti pravnih i psihijatrijskih stručnjaka, kao i sudstva. Kao posljedica toga, osoba može biti primljena na psihijatrijsko liječenje protiv svoje volje bez mogućnosti korištenja za zakonskim zaštitnim mehanizmima. Osobe pod skrbništvom koje se usprotive prihvatu i liječenju mogu biti prisilno hospitalizirane i klasificirane kao dobrovoljni pacijenti ukoliko njihov skrbnik da svoj pristanak. Osnovni zakonski zaštitni mehanizmi ne poštuju se u postupku protuvoljnog prihvata: mnoge osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama nisu upoznate s činjenicom da su podvrgnuti tom postupku sve do donošenja odluke, niti im je uvijek dodijeljen odvjetnik ili dana prilika za sastanak sa sucem.

Određene bolnice i dalje su slabo upoznate sa zakonskim procedurama koje treba slijediti u slučajevima kada dobrovoljni pacijenti naknadno opozovu svoj pristanak na prihvata i liječenje, čime nastaju slučajevi protupravnog zadržavanja. Prema važećoj proceduri protuvoljnog prihvata, osobe mogu zakonski biti zadržane protiv svoje volje do 84 sata prije no što sud razmotri njihov slučaj. Nadalje, razlozi protuvoljne hospitalizacije ne dokumentiraju se sustavno niti adekvatno u medicinskoj dokumentaciji pacijenata. To znači da ne postoje pisani tragovi o osnovama na temelju kojih je neka osoba zadržana, što onemogućuje prikupljanje podataka i, što je još važnije, značajno otežava podizanje žalbe na zadržavanje od strane zadržane osobe.

Hrvatskoj nedostaje snažna zakonska zaštita od kršenja prava osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama kako u psihijatrijskim bolnicama tako i u ustanovama socijalne skrbi. Osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama nisu informirane o njihovim pravima tokom zakonom predviđene procedure; razgovarali smo s mnogima koji nisu bili svjesni činjenice da imaju prava ili što to znači u praksi. Bez te važne informacije, pacijenti i korisnici nisu u mogućnosti braniti se pozivajući se na svoja prava, poput prava na žalbu ili prava na povjerljive konzultacije s odvjetnikom.

Poglavlje 4 govori o tome kako osobe koje su suočene s mogućnošću prihvata u ustanove socijalne skrbi imaju rijetko mogućnost davanja pristanka na tu odluku. S obzirom na to da se većina korisnika već nalazi pod skrbništvom prije prihvata u ustanovu, ugovor o njihovom boravku odobreni su ili od strane njihovog skrbnika ili u lokalnom Centru za socijalnu skrb. Nakon prihvata u ustanovu socijalne skrbi, korisnici su, de facto zadržani preostalo vrijeme svog boravka bez mogućnosti ulaganja žalbe na zadržavanje na bilo koji način. Vjerojatnost za povratak u život u zajednici vrlo su male. Dugoročnu ili doživotnu institucionalizaciju podržava sustav skrbništva i skoro potpuna nemogućnost poništenja statusa skrbništva i povrata poslovne sposobnosti. Iako upraviteljski timovi ustanova socijalne skrbi priznaju da mnogi njihovi korisnici ne trebaju skrbnika niti institucionalnu skrb, te su sposobni za reintegraciju u zajednicu, vrlo malen broj tih ustanova je poduzeo korake kako bi se korisniku vratila poslovna sposobnost ili mu se pronašlo mjesto u zajednici. Što je još gore, jedna određena ustanova socijalne skrbi ima politiku prema kojoj se za svakog novog korisnika pokreće postupak dodijele skrbnika, bez obzira na potrebe i želje te osobe.

Poglavlje 5 daje detaljniji opis dnevne rutine osoba koje žive u ustanovama. Mnogi korisnici i pacijenti s kojima smo razgovarali, žalili su se na monotoniiju i ustaljenost života u ustanovama. Osoblje nam je reklo kako je sama dosada vjerojatno najgori dio života u ustanovi. Osobe koje borave u ustanovama imaju malo privatnosti te žive pod strogim nadzorom i kontrolom osoblja. Osoblje im zabranjuje izlazak van površina ustanove, a ponekad i iz vlastitih odjela. Kao posljedica toga, korisnici gube kontakt s vanjskim svijetom, dok udaljenost ustanova dodatno pogoršava tu činjenicu zbog otežanog posjećivanja od strane obitelji i prijatelja. Također smo ustanovili da se pacijente i korisnike odvraća od stvaranja romantičnih veza jednih s drugima unutar ustanove. Mnogi zaposlenici bili su ustrajni u stavu da pacijenti i/ili korisnici nisu zainteresirani za sklapanje intimnih odnosa. Prema njihovim tvrdnjama, seksualni interes i ponašanje posljedica su njihovih mentalnih smetnji koje je moguće tretirati. Kao posljedica ovakvog iskrivljenog stava, pravo pacijenta i/ili korisnika na seksualnu samostalnost široko je zabranjeno, uz slabašna nastojanja da ih se educira o odnosima i zdravom seksualnom ponašanju.

Poglavlje 6 ističe problem primjene i metoda obuzdavanja u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi, području u kojem je hrvatski Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ozbiljno nedostatan. Suprotno međunarodnim standardima, hrvatski zakon ne zahtijeva da obuzdavanje bude primijenjeno u skladu sa službeno odobrenim procedurama i jasno definiranom politikom. Zakon također ne govori ništa o tome kako nadgledati propisivanje kemijskih sredstava obuzdavanja. Kao posljedica toga, bolnice i ustanove socijalne skrbi razvile su vlastite prakse koje ne uzimaju u obzir na adekvatan način ozbiljna

pitanja ljudskih prava koja su povezana s primjenom mjera obuzdavanja. Osim toga, a protivno hrvatskom zakonu, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi nije izradilo ikakve upute u obliku smjernica ili obuke kako bi osiguralo da stručnjaci koji rade sa osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama slijede precizne procedure koje na prvo mjesto stavljaju zdravlje, sigurnost i dostojanstvo pojedinaca u ovim situacijama.

Poglavlje 7 otkriva da se liječenje duševnih oboljenja u velikoj mjeri oslanja na propisivanje lijekova sa mnogo manjim naglaskom na šire rehabilitativne i terapijske aktivnosti koje imaju za cilj olakšavanje brzog povratka u život zajednice. Planovi rada sa osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi rijetko su individualizirani. Usprkos zakonskim odredbama koje pacijentima daju pravo na preuzimanje aktivne uloge u planiranju i provedbi njihove terapije, ustanovljeno je da neki pacijenti nisu bili niti svjesni što njihova terapija povlači za sobom, često nisu bili uključeni u izradu plana liječenja, te nisu bili upoznati s ostvarenim napretkom. U pravilniku jedne od bolnica, sudjelovanje osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama u izboru načina njihove podrške i stručnog rada otvoreno je zabranjeno.

I konačno, ne postoji ikakvo neovisno tijelo ovlašteno za provođenje redovitog monitoringa psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi s ciljem provjere poštuju li se ljudska prava osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama. To je vrlo ozbiljan propust od strane hrvatske vlasti. Posljedica nepostojanja monitoringa je da se prava osoba u tim ustanovama mogu krišiti bez da to bude primijećeno ili kažnjeno.

Potrebno je hitno vratiti fokus na podržavanje prava osoba s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u institucijama. Hrvatska vlast trebala bi odmah pokrenuti paket reformi koje bi trebale uključivati deinstitutionalizaciju osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama. Štoviše, Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) koju je Hrvatska ratificirala, obvezuje države da "pažljivo konzultiraju i aktivno uključe"⁴ osobe s invaliditetom pri izradi i provedbi zakona i politika u svrhu primjene Konvencije. Trenutan plan deinstitutionalizacije kojeg je izdala hrvatska Vlada u ožujku 2011. godine, ne navodi na adekvatan način kako će se osobama s invaliditetom pružiti prilika da sudjeluju u tom procesu ili kako će se obezbijediti zadovoljavajući vremenski okvir za deinstitutionalizaciju svih ljudi sa onesposobljenjem, uključujući osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama.

Osnovne preporuke koje smo izradili trebale bi pomoći hrvatskoj Vladi i povezanim sudionicima u tom procesu.

4 Vidi CRPD A4(3)

Kratak pregled preporuka

Sveobuhvatna područja za reformu

Reforme Vlade trebale bi biti usmjerene na sljedećih šest ciljeva:

1. Deinstitalizacija osoba s psiho-socijalnim poteškoćama i pružanje odgovarajućih usluga podrške u zajednici;
2. Osigurati Pučkom pravobranitelju potrebne financijske i ljudske resurse u svrhu monitoringa ustanova za zadržavanje – uključujući psihijatrijske bolnice i ustanove socijalne skrbi – a skladno obvezi Nacionalnog preventivnog mehanizma (NPM skladno Fakultativnom protokolu UN-ove Konvencije za spriječavanje mučenja);
3. Odrediti ili uspostaviti okvir, uključujući jedan ili više neovisnih mehanizama za promicanje i zaštitu prava i praćenje implementacije Konvencije o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) prema obvezi iz članka 33(2) CRPD-a;
4. Provesti reformu sustava poslovne sposobnosti radi ukidanja skrbništva i ostalih zaštitnih mjera koje su jednake zamjenskim načinima donošenja odluka i implementirati modele odlučivanja uz asistenciju;
5. Osigurati poštivanje, zaštitu i ispunjavanje ljudskih prava osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi; i
6. Osigurati uključenost osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama i organizacija koje ih predstavljaju u reformu zakona i politike koji se odnose na ovu populaciju građanki i građana Hrvatske, te stvaranje mehanizama koji će osigurati njihovo aktivno sudjelovanje u implementaciji i monitoringu CRPD-a.

Specifične preporuke

Preporuke koje slijede proističu izravno iz monitoringa, te se ujedno odnose na implementaciju ključnih ciljeva. One su naročito upućene nositeljima obveza unutar međunarodnog prava o ljudskim pravima koji uključuju Vladu i povezane agencije, kao i ustanove koje pružaju usluge koje financira država.

Poglavlje 1: Monitorirane ustanove

1. **Vlada** bi trebala osigurati da NPM redovito i temeljito obavlja monitoring ustanova, barem jednom godišnje i objavljuje javno dostupna izvješća;
2. Vlada bi također trebala donijeti uredbu kojom se nevladinim organizacijama dopušta monitoring psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi i omogućuje komentiranje nalaza NPM-a;

3. Osoblje **psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi** trebalo bi proći obuku o svrsi i dobrobitima suradnje s neovisnim monitorima. Vanjska kontrola trebala bi biti dobrodošla kao mjera demokratskog društva;
4. **Pučki pravobranitelj i pravobraniteljica osoba s invaliditetom** trebali bi se aktivno angažirati na zagovaranju kako bi osigurali da Vlada NMP-u dodijeli prikladne ovlasti i sredstva, osobito ukoliko je Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom određena po članku 33(2) za tijelo zaduženo za neovisan monitoring provedbe CRPD-a.

Poglavlje 2: Osoblje

1. **Vlada** mora osigurati da ustanove zapošljavaju dovoljan broj stručnog osoblja, uključujući kvalificirane medicinske sestre, jer to izravno utječe na ljudska prava, kao i na kvalitetu skrbi, liječenja i rehabilitacije;
2. **Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi** bi trebalo izraditi, distribuirati i redovito ažurirati minimalne uvjete za osoblje koje radi u području psihijatrijskih usluga i usluga socijalne skrbi. Ti uvjeti trebali bi pokrivati sljedeća područja: prevencija i kontrola agresivnog ponašanja, prevencija uporabe i sigurna primjena sredstava obuzdavanja, socijalna psihijatrija i izrada i provedba individualiziranih terapijskih planova, zakonska prava i odgovornosti pacijenata, seksualni odgoj; te
3. Slijedom toga, Ministarstvo bi trebalo koordinirati programme obuke koji se bave navedenim pitanjima, koje bi vodili iskusni stručnjaci. Evaluacija kompetentnosti osoblja u ovim područjima trebao bi biti obavezan element obuke osoblja. Kao dio profesionalnog usavršavanja, osoblje bi trebalo pohađati sustavne i obavezne tečajeve tijekom kojih će obnavljati svoja znanja u navedenim pitanjima.

Poglavlje 3: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

1. **Vlada** bi trebala osigurati da u zakonu ili regulativi bude precizirano da liječnici i sestre imaju obvezu zabilježiti u medicinsku dokumentaciju pacijenata/osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama odluke i adekvatne razloge za zaključke koji donose u odnosu na zakonske aspekte njihovog prihvata, skrbi, liječenja i otpusta;
2. Ukloniti iz zakona odredbu prema kojoj se psihijatrima iz bolnice u kojoj je osoba zadržana dopušta davanje "neovisnog" mišljenja o pacijentu;
3. Usvojiti informacije o pravima pacijenta na nacionalnoj razini i učiniti ih široko dostupnima i podijeliti ih svakom pacijentu – bio on/ona zadržan u pravnom smislu ili ne. U informacijama je potrebno precizirati tijelo kojem se osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama može obratiti (adresu, broj telefona) ukoliko smatraju da su prekršena njihova ljudska prava;
4. Izmijeniti zakon kojim se dopušta verbalan pristanak na hospitalizaciju na prethodne odredbe iz 1999., tj. one koje dozvoljavaju pristanak na prihvrat isključivo u pisanom obliku;

5. Izmijeniti zakon kako bi se korigirala mogućnost da skrbnik smjesti osobu pod njegovim skrbništvom u psihijatrijsku bolnicu, čak i ako osoba pod skrbništvom to aktivno odbija;
6. Stvoriti alternative bolnicama, smještene u zajednici i pritom poduzeti korake kako bi se osiguralo da osobe za koje ne postoji ikakav medicinski razlog završe u bolnici; i
7. Izmijeniti zakon kako bi se psihijatrijskim pacijentima/osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama omogućilo da pokrenu sudsku reviziju njihovog zadržavanja u bilo kojem trenutku, ne samo u šestomjesečnim intervalima.
8. **Ministarstvo pravosuđa** bi trebalo osigurati da se uspostave osnovna jamstva za pravičnu sudsku raspravu za osobe sa intelektualnim i/ili psihosocijalnim invaliditetom;
9. Suci bi trebali proći obuku o Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, kao i o tome kako osigurati učinkovito sudjelovanje osoba s invaliditetom u njihovim sudnicama kako bi im se osigurao jednak pristup pravdi.
10. **Hrvatska odvjetnička komora** trebala bi organizirati certificiranu obuku za odvjetnike o tribunalima za reviziju odluka u zaštiti duševnog zdravlja, te tu kvalifikaciju postaviti kao preduvjet za odvjetnike koji zastupaju osobe na takvim sudskim raspravama;
11. Pokrenuti disciplinske postupke protiv odvjetnika koji ne zadovoljavaju osnovne standarde odvjetništva koje zahtijeva međunarodno pravo o ljudskim pravima.
12. **Uredi pučkog pravobranitelja i pravobraniteljice osoba s invaliditetom** bi trebali ući u trag pritužbama od strane osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koji nisu imali zakonskog zastupatelja ili su bili nedostatno zastupani i dovesti te slučajeve na sud potražujući odštetu.
13. Proaktivno nadgledati ustanove u svrhu suzbijanja slučajeva samovoljnog zadržavanja i poboljšavanja okolnosti koje mogu dovesti do toga da pacijent bude prisiljen potpisati ili dati verbalan pristanak da postane "dobrovoljan" pacijent.
14. **Psihijatrijske bolnice i ustanove socijalne skrbi** moraju osigurati da osoblje bude upoznato sa zakonskim uvjetima za prihvata, te da se ti uvjeti poštuju. Potrebno je razviti kulturu u kojoj će osoblje obavijestiti nadređene, kao i pravobraniteljicu o slučajevima gdje zakonski uvjeti nisu zadovoljeni;
15. Svaka osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama smještena u ove institucije mora biti usmeno informirana o svojim pravima i o tome što učiniti ako su njihova prava povrijeđena. Te informacije moraju se distribuirati i u brošuri na jeziku i u formatu koji će razumjeti sve osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama;
16. Osigurati da osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koji se etiketiraju kao "dobrovoljni pacijenti" ne budu smještene u zatvorene odjele;
17. Omogućiti da se, u slučajevima kada "dobrovoljan pacijent" poželi napustiti instituciju suprotno savjetu liječnika, ne prekriši rok od dvanaest sati od trenutka opoziva pristanka u kojem liječnik smije zadržati tu osobu ukoliko on/ona zadovoljava kriterije za protuvoljno zadržavanje temeljem Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama; i

18. Prestati hospitalizirati osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama za koje ne postoje medicinski razlozi zadržavanja i poduzeti korake kako bi se osiguralo da se psihijatrija ne koristi kao oblik društene kontrole.

Poglavlje 4: Poslovna sposobnost i deinstitucionalizacija

Autori ovog izvješća ozbiljno preporučuju da **hrvatska Vlada** ovome pristupi kao trenutno prioritarnom pitanju u svrhu poštivanja članka 12 CRPD-a:

1. Potpuno ukljanjanje opcije skrbništva iz zakonodavstva;
2. Usvojiti alternative skrbništvu uključujući donošenje odluka uz asistenciju, napredne direktive i trajne ovlasti odvjetnika;
3. Izmijeniti zakon kako bi se skrbnicima oduzela mogućnost da bilo koju građanku ili građana daju u prihvata u psihijatrijsku bolnicu ili ih smjeste u ustanovu socijalne skrbi protiv njihove volje;
4. **Ustanove socijalne skrbi i Centri za socijalnu skrb** trebali bi revidirati status skrbništva za svaku osobu pod skrbništvom i pokrenuti postupke za vraćanje poslovne sposobnosti osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama koji ne žele biti od skrbništvom.

Poglavlje 5: Život u instituciji

Članak 19, CRPD-a nalaže državama uspostavu usluga za podršku života i inkluzije u zajednici, u svrhu sprječavanja izolacije ili segregacije od zajednice. Deinstitucionalizacija se zato ne svodi isključivo na zatvaranje institucija, nego i na stvaranje usluga za podršku u zajednici koje istinski poštuju samostalnost, privatnost i dostojanstvo korisnika. No, dok god ima osoba koje žive u institucijama, njihova prava također moraju biti poštovana, zaštićena i ispunjena.

1. **Vlada** bi trebala spriječiti segregaciju osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama od društva i sa tim povezanih prilika za socijalnu interakciju, zapošljavanje i pogodnosti osiguravanjem dostupnog i jeftinog prijevoza. To bi trebalo uključivati i prijevoz iz ustanova u zajednicu;
2. Usluge zdravstva, socijalne skrbi, rehabilitacije i podrške trebaju se pružati u što većoj blizini zajednica u kojoj osobe borave, uključujući ruralne sredine;
3. Izmijeniti zakon kako bi se osobama čija je poslovna sposobnost ograničena omogućilo pravo na glasovanje na istoj osnovi kao i drugim osobama.
4. **Psihijatrijske bolnice i ustanove socijalne skrbi** trebale bi osigurati prikladan pristup telefonima kako bi osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje borave u tim ustanovama mogle obavljati privatne razgovore i održavati kontakte s prijateljima i obitelji, te održavati/obnoviti kontakt sa svojim zajednicama;

5. Osigurati pristup priboru za pisanje, pismima, kuvertama, poštanskim markama kako bi osobe mogle pisati pisma prijateljima i obitelji. Osigurati poštivanje zakona koji dopušta kontrolu korespondencije u psihijatrijskim bolnicama⁵, te da svaki slučaj uplitanja bude dokumentiran;
6. Spriječiti bilo kakve intervencije na korespondenciji za/od korisnika ustanova socijalne skrbi;
7. Investirati u računala i poticati osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama smještene u ovim ustanovama na uporabu elektroničke pošte kako bi ostali u kontaktu s prijateljima i obitelji, kao i na uporbu interneta radi zabave, informiranja o stvarima koje ih interesiraju i dnevnim novostima;
8. Omogućiti osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama smještenima u ustanove socijalne skrbi slobodan ulazak i izlazak iz ustanove, te da povratak nakon zadanog roka ili povratak u alkoholiziranom stanju ne budu ponašanja koja su podložna kažnjavanju;
9. Svaka osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koja živi u ovim ustanovama mora dobiti priliku i mora ih se poticati na sudjelovanje u političkom životu, kroz dobivanje informacija o političkim strankama i procesu glasovanja, te podršku u ostvarivanju njihovog prava na glasovanje;
10. Svakoj osobi sa psiho-socijalnim poteškoćama smještenoj u psihijatrijskoj bolnici ili ustanovi socijalne skrbi osigurati normalnu odjeću. Odmah prekinuti uporabu uniforma/pidžama;
11. Poticati osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama smještene u navedene ustanove da svoje okruženje učine osobnijim (bez obzira na ograničenja njihovog okruženja) fotografijama i ostalim osobnim predmetima ili ukrasima. Osigurati prostor gdje se ti predmeti mogu odložiti na sigurno i privatno mjesto;
12. Osigurati poštivanje privatnosti pojedinca na sve moguće načine, te stvaranje atmosfere "doma" za osobe koje žive u institucijama. Osoblje bi, na primjer, trebalo nastojati pomoći osobama koje žive u institucijama da se mogu kupati, oblačiti i odlaziti na spavanje u privatnosti. To je moguće postići kreativnim rasporedom prostora, na primjer, izradom pregrada od tkanina ili nekog drugog materijala kako bi se osobama koje žive u institucijama omogućila privatnost;
13. Omogućiti slobodan pristup osnovnim sredstvima za higijenu, uključujući sapun, toaletni papir i zubne paste;
14. Pravila ustanova moraju služiti nekoj svrsi, biti razumna, a o njima je potrebno razgovarati sa osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u ustanovama i postići dogovor;
15. Omogućiti osobama koje žive u ustanovama prilike da razvijaju i izražavaju svoj kreativni, umjetnički i intelektualni potencijal. To ne uključuje samo dostupnost prostorije za slobodne aktivnosti, nego i aktivno poticanje osoba da provode svoje vrijeme na smislen način; Spriječiti izrabljivanje (na primjer, obavljanje poslova ili nekog drugog oblika rada bez naknade ili u zamjenu za cigarete ili neke druge oblike kompenzacije) i omogućiti da osobe budu plaćene za obavljeni posao prema tržišnoj cijeni rada. Korisnici bi trebali biti u mogućnosti i poticati da potraže zaposlenje izvan ustanove kad je to moguće;

5 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 11, par. 4.

16. Osoblje ne bi trebalo određivati kako će pacijenti i/ili korisnici trošiti svoje novce, nego umjesto toga pružati informacije o tome kako upravljati svojim financijama, o raznim opcijama trošenja/štednje novca, te kako ga čuvati sigurnim; i
17. Pružiti informacije o vezama i seksualnosti svima u pristupačnom i razumljivom formatu, te omogućiti osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama savjete i tečajeve o vezama, pristanku na seksualni odnos, seksualnom zdravlju i planiranju obitelji od strane posebno obučenog osoblja. Zaposlenici moraju shvatiti da osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama imaju pravo uspostavljati seksualne odnose i zadržati svoju plodnost na istoj osnovi kao i druge osobe. Osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u ustanovama trebaju imati pristup besplatnim prezervativima te ih je potrebno informirati o njihovim pravima.

Poglavlje 6: Metode obuzdavanja i izdvajanja

1. **Vlada** bi trebala izmijeniti zakon kako bi se osiguralo da osoblje pokuša upotrijebiti tehnike deeskalacije kako bi se spriječilo posezanje za sredstvima obuzdavanja ili metodom izdvajanja;
2. Izmijeniti zakon kako bi se jasnije navele okolnosti, način i trajanje, u kojima je dozvoljena (ako je uopće dozvoljena) uporaba kemijskih sredstava obuzdavanja;
3. Izmijeniti zakon kako bi se ustanove obvezalo da odrede jednog zaposlenika s isključivim zadatkom da nadgleda sputanu osobu tijekom čitavog perioda sputanosti/izolacije, a ne u razmacima. Video nadzor ne smije ni u kom slučaju zamijeniti kontinuiranu prisutnost osoblja;
4. Izmijeniti zakon kako bi se ustanove obvezalo da bilježe slučajeve obuzdavanja u dokumentaciji osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u ustanovama, te u zasebnoj evidenciji o slučajevima obuzdavanja. Podaci koji se bilježe u tu dokumentaciju trebali bi uključivati korake koji su poduzeti da se spriječi primjena obuzdavanja/izolacije, razloge zbog kojih su primijenjene metode obuzdavanja/izolacije, u kojem trajanju, te na koji način su kontinuirano nadgledani sigurnost i zdravlje pacijenta; i
5. Nadzor uporabe metoda obuzdavanja u svim psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijane skrbi kroz podatke prikupljene iz evidencije ustanova o primjeni metoda obuzdavanja i posjete monitora.
6. **Psihijatrijske bolnice** trebale bi osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje borave u ovim bolnicama informirati u pismenom obliku o metodama obuzdavanja koje mogu biti primijenjene ukoliko se oni budu ponašali na određeni način te je to potrebno ponoviti usmeno ako dođe do situacije u kojoj se primjena obuzdavanja može smatrati potrebnom;
7. Osigurati da osoblje razgovara s pacijentima kako bi osigurali da ukoliko je to ikako moguće pacijentima bude pružena prilika da pristanu na vrstu metode obuzdavanja koju će se upotrijebiti ukoliko je potrebno. Psihijatrijske usluge treba poticati na primjenu donošenja odluka uz asistenciju kako bi se navedeno realiziralo;
8. Usvojiti pisane politike o primjeni metoda obuzdavanja koje proizlaze iz smjernica Ministarstva; i
9. Ograničiti trajanje obuzdavanja/izolacije na minimalnu moguću mjeru;

10. **Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi** bi trebalo, u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, izraditi pravilnik o metodama obuzdavanja. Miistarstvo bi tome trebalo pristupiti kao hitnom pitanju i izdavati i redovito ažurirati smjernice za osoblje koje radi sa osobama sa psiho-socijalnom poteškoćama o metodama obuzdavanja i izolacije;
11. Organizirati obuku za osoblje u psihijatrijskim bolnicama o uporabi tih politika i primjeni metoda obuzdavanja;
12. Osoblje ustanova socijalne skrbi mora znati da je primjena metoda obuzdavanja/izolacije tipa ludačkih košulja, kaiševa ili remenja u takvom okruženju nezakonita. Ove metode se ne smiju koristiti u bilo kojim okolnostima. Osoblje ustanova socijalne skrbi trebalo bi proći obuku o tome kako se nositi s agresivnim korisnicima i smiriti situacije koje oni doživljavaju kao slikoviti primjer situacije u kojoj je potrebna primjena obuzdavanja korištenjem alternativnih načina upravljanja konfliktom. Redovno nadgledanje ustanova socijalne skrbi treba istaknuti da li su metode obuzdavanja pronađene u prostorijama i razloge njihove primjene.

Poglavlje 7: Liječenje

1. **Psihijatrijske bolnice** trebale bi osigurati usvajanje i provedbu individualiziranih terapijskih planova za svaku osobu sa psiho-socijalnim poteškoćama koje se u tim bolnicama vode kao pacijenti, u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama;
2. Osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama koje se vodi kao pacijente ovih bolnica treba biti ponuđen mogućnost izbora terapije ili odluke o neuzimanju lijekova;
3. Ove osobe moraju biti informirane o svojoj dijagnozi i što ona znači, potencijalnim dobrobitima, nus-pojavama, rizicima predloženih lijekova i potenijalnim dobrobitima i rizicima neuzimanja tih lijekova.

1. Uvod

1.1 Međunarodni pravni standardi

Monogobrojni međunarodni i regionalni instrumenti koji se odnose na ljudska prava sadrže standarde kojih se Hrvatska mora pridržavati.

Hrvatska je ratificirala sve važnije međunarodne i regionalne instrumente ljudskih prava, uključujući Međunarodni sporazum o građanskim i političkim pravima,⁶ Međunarodni sporazum o ekonomskim, društvenim i kulturnim pravima,⁷ Kovenciju o sprječavanju mučenja⁸ i njen Fakultativni protokol,⁹ te Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom¹⁰ i njen Fakultativni protokol.¹¹ Na regionalnoj razini, Hrvatska je ratificirala Europsku konvenciju o ljudskim pravima,¹² te Europsku konvenciju za sprječavanje mučenja.¹³ Hrvatski Ustav smatra ove instrumente, kao odredbe međunarodnih sporazuma, dijelom domaćeg zakonodavstva s prednošću pred hrvatskim zakonom ukoliko među njima postoji neslaganje.¹⁴

Osim toga, postoji i čitav niz deklaracija i principa koji utječu na Hrvatsku, a koji su povezani s jamčenjem prava osoba s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim teškoćama¹⁵. Primjeri uključuju Preporuku Odbora ministara Vijeća Europe (1999.) 4 koja se tiče prava na poslovnu sposobnost, te Preporuku (2004)10 koja definira mnoga pitanja ljudskih prava koja se odnose na osobe s psiho-socijalnim teškoćama.

Prema navedenim standardima, hrvatska Vlada dužna je štititi i ispunjavati prava svih osoba u Hrvatskoj, a posebno onih koji su podvrgnuti najvećoj društvenoj diskriminaciji poput osoba s invaliditetom. Nadalje, zakoni o ljudskim pravima zahtijevaju od hrvatske Vlade i poduzimanje afirmativnih mjera, uključujući usvajanje i primjenu odgovarajućih zakona i politika, ukidanje neprimjerenih zakona i politika, te poduzimanje koraka za zaštitu osoba s invaliditetom od kršenja njihovih ljudskih prava od strane trećih strana. Kada su u pitanju osobe s invaliditetom, hrvatska Vlada također je obvezna osigurati im pristup nizu

6 Ratificiran 12. listopada 1992., stupio na snagu 12. siječnja 1993.

7 Ratificiran 12. listopada 1992., stupio na snagu 12. siječnja 1993.

8 Ratificirana 12. listopada 1992., stupila na snagu 12. siječnja 1993.

9 Ratificiran 14. rujna 2005, stupio na snagu 22. lipnja 2006.

10 Ratificirana 15. kolovoza 2007., stupila na snagu 3. svibnja 2008.

11 Ratificiran 15. kolovoza 2007., stupio na snagu 3. svibnja 2008.

12 Ratificirana 5. studenog 1997., stupila na snagu 5. studenog 1997.

13 Ratificirana 11 Listopada 1997, stupila na snagu 1. veljače 1998.

14 Vidi Ustav Republike Hrvatske, članak 140 "Međunarodni ugovori koji su sklopljeni i potvrđeni u skladu s Ustavom i objavljeni, a koji su na snazi, čine dio unutarnjeg pravnog poretka Republike Hrvatske, a po pravnoj su snazi iznad zakona. Njihove se odredbe mogu mijenjati ili ukidati samo uz uvjete i na način koji su u njima utvrđeni ili suglasno općim pravilima međunarodnog prava."

15 MDAC koristi riječnik Svjetske mreže korisnika i onih koji su preživjeli psihijatriju (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, WNUSP) prilikom označavanja iskustva osoba koje se inače nazivaju osobe sa poteškoćama mentalnog zdravlja, mentalno oboljeli, pacijenti psihijatrijskih bolnica, i sl.

usluga podrške u vlastitom domu, smještajnim uslugama i ostalim uslugama podrške u zajednici, uključujući osobnog asistenta neophodnog za podršku životu i inkluziji u zajednici radi spriječavanja izolacije i segregacije.¹⁶

Osim toga, hrvatska Vlada preuzela je zasebne obveze u sklopu pristupa EU. U ožujku 2007., Hrvatska je predstavila svoj Zajednički Memorandum o društvenoj inkluziji¹⁷ u kojem se navode izazovi s kojima se potrebno suočiti rješavajući problem društvene ekskluzije i siromaštva kao uvertira pristupu u EU. Deinstitucionalizacija je posebno istaknuta kao važan korak u jamčenju veće pristupačnosti i bolje kvalitete usluga prema osobama s invaliditetom, uključujući osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje borave u psihijatrijskim ustanovama. Kao što se u dokumentu navodi: "cilj je da korisnici [usluga za zaštitu duševnog zdravlja] usluge primaju u svojim domovima i lokalnim zajednicama stvarajući tako uvjete za integraciju i rehabilitaciju unutar same zajednice."¹⁸ Memorandum razborito ističe da "zakonske odredbe usmjerene prema deinstitucionalizaciji socijalnih usluga nisu dovoljne; ono što je potrebno je snažna podrška države i drugačija društvena klima u kojoj će se realizirati nov concept socijalnih usluga i njihovih pružatelja."¹⁹

1.2. Potreba za monitoringom

Usprkos preuzimanju obveze da će činiti suprotno, Hrvatska još uvijek snažno ovisi o institucionaliziranim oblicima skrbi o osobama s intelektualnim i psiho-socijalnim poteškoćama. Usluga podrške u zajednici je malo,²⁰ dok se nekolicina organizacija civilnog društva koje ulažu napore u osiguranje inkluzije osobama s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim teškoćama bore za financijsku i političku podršku.

Zatvorene ustanove poput psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi izazivaju posebnu zabrinutost s aspekta ljudskih prava, jer su to mjesta povećanog rizika od kršenja ljudskih prava. Kada osobe s

16 Vidi CRPD, članak 19(b).

17 Ovaj dokument sastavila je Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi u suradnji s Glavnom upravom za zapošljavanje, socijalna pitanja i jednake mogućnosti Europske komisije. Svrha dokumenta je priprema Hrvatske za puno sudjelovanje u otvorenom modelu koordinacije u borbi protiv siromaštva i socijalne ekskluzije u sklopu pristupnog procesa EU, vidi http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/jmem_en.htm

18 Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske, 5. ožujak 2007., §3.5, str. 20, http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/JIM-croatia_en.pdf

19 Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske, 5. ožujak 2007., §4.2.4, str. 32, http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/JIM-croatia_en.pdf

20 UNDP je Hrvatskoj dao preporuku da radi u smjeru "smanjene ovisnosti o institucionalnoj skrbi u korist razvoja usluga podrške u zajednici, koje bi kao i obiteljska skrb trebale biti prioriteta", UNDP, Unplugged: Faces of Social Exclusion in Croatia, Izvješće o društvenom razvoju u Hrvatskoj za 2006., str. 149; dostupno na http://www.undp.hr/upload/file/130/65078/FILENAME/WEB_engleska_verzija.pdf (posljednji put pristupano 1. srpnja 2008.). također, u Izvješću EU-a o napretku Hrvatske iz 2007. navodi se da: "usluge podrške u zajednici nisu dovoljno razvijene kao alternative deinstitucionalizaciji, a financijska sredstva namijenjena skrbi o duševnom zdravlju su oskudna", European Commission, Croatia 2007 Progress Report, SEC(2007) 1431, od 6. studenog 2007., str. 12, (nadalje "Izvještaj o napretku Hrvatske 2007."); dostupno na http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key_documents/2007/nov/croatia_progress_reports_en.pdf (posljednji put pristupano 1. srpnja 2008.).

psiho-socijalnim poteškoćama jednom uđu u ove ustanove, dovedeni su u situaciju u kojoj su podložni izrabljivanju i lošem postupanju, zbog smanjenog kontakta s vanjskim svijetom i ograničenog pristupa uslugama poput zastupanja i pravnih savjeta i pomoći. Takve ustanove trebale bi biti otvorene za javnu kontrolu kroz neovisne inspekcijske monitoringe kojima je moguće spriječiti mučenje i ostale oblike lošeg postupanja. Važnost takvih mehanizama prepoznata je u nekoliko spoazuma o ljudskim pravima uključujući UN-ovu Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (CRPD), Fakultativni protokol UN-ove Konvencije za spriječavanje mučenja (OPCAT) i Europsku konvenciju o spriječavanju mučenja. Kao država stranka u tim sporazumima, Hrvatska je obvezna uspostaviti neovisne nacionalne mehanizme za monitoring ljudskih prava u svim ustanovama za zadržavanje i ovo je ostvareno označavanjem Pučkog pravobranitelja za ovu funkciju u 2011. godini.²¹ No, ostaje da se vidi hoće li Pučki pravobranitelj posjedovati financijskih i ljudskih mogućnosti za ispunjenje svoje funkcije pod OPCAT-om, i da li će se monitoring psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi isticati u izvršenju mandatnih obveza.

Daljnji pozitivan razvoj događaja bilo je osnivanje Ureda pravobraniteljice za osobe s invaliditetom²², čija je osnovna uloga zaštita, praćenje i promicanje prava i interesa osoba s invaliditetom. Iako to nije navedeno kao obavezna aktivnost s fiksnim vremenskim okvirom, pravobraniteljica za osobe s invaliditetom ima pravo pristupa prostorijama ustanova kako bi izvijestila o skrbi koja se pruža osobama s invaliditetom koje žive ili rade u ustanovama na privremenoj ili trajnoj osnovi.²³ Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom posjetio je ustanove socijalne skrbi s početkom svog rada u 2008. godini. U 2010. godini, također su se počele posjećivati psihijatrijske bolnice. No, unatoč ključnoj ulozi „psa čuvara“ koju bi Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom mogao imati, Ured nema izričit mandat za praćenje ljudskih prava osoba s invaliditetom unutar ustanova. Također je nejasno da li je Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom imenovan od Vlade Republike Hrvatske za nezavisno tijelo nadležno za vršenje monitoringa CRPD-a, skladno obvezi iz članka 33(2). Ključno je da Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom surađuje sa nacionalnim preventivnim mehanizmom u podržavanju prava osoba s invaliditetom i osiguranja da psihijatrijske bolnice i ustanove socijalne skrbi redovito budu predmet monitoringa ljudskih prava kao mjesta zadržavanja. Ovo je od naročite važnosti ukoliko je Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom određen za monitoring tijelo, sukladno CRPD-ovom članku 33(2).

Uslijed novije prirode ovih razvojnih događaja, monitoring psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi je još uvijek rijedak, dok štetne posljedice manjka nadzora ustrajavaju nad osobama koje su smještene u njima. Neophodno je da Hrvatska Vlada osigura da nacionalni preventivni mehanizam, tijelo iz CRPD članka 33(2) - ukoliko za ovo nije određen, u gore spomenutoj ulozi, Ured pravobraniteljice za osobe s invaliditetom – bude opskrbljen sa nužnim sredstvima kako bi dostatno vršio svoju ulogu.

21 Zakon o nacionalnom preventivnom mehanizmu za sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja (Narodne Novine br. 18/11), članak 2.

22 Ana Slošnjak je imenovana za pravobraniteljicu za osobe s invaliditetom 30. svibnja 2008. godine. Hrvatski sabor je pravobraniteljicu imenovao na prijedlog Vlade Republike Hrvatske na mandat od osam godina.

23 Zakon o pravobranitelju za osobe s invaliditetom (Narodne novine br. 107/07), članak 12(1). Zakon nalaže i da nakon posjeta, pravobranitelj mora podnijeti izvještaj monitoriranoj ustanovi unutar 30 dana, nakon čega ustanova treba poduzeti korake na temelju preporuka pravobranitelja iz izvještaja (članak 12(2)). Ne postoji odredba u zakonu koja nalaže da se taj izvještaj javno objavi.

1.3. Metodologija monitoringa primijenjena u svrhu izvješća

Izvješće se temelji na posjetima monitora četirima hrvatskim psihijatrijskim bolnicama i četirima ustanovama socijalne skrbi obavljenima između 14. i 25. lipnja 2010. od strane delegata iz organizacija MDAC i SJAJ. Multidisciplinarni tim monitora uključivao je odvjetnike iz područja ljudskih prava, jednog doktora, psihijatrijsku sestru, specijalista za politiku mentalnog zdravlja, nastavnika za osobe s posebnim potrebama, aktiviste za ljudska prava i bivše i trenutne korisnike usluga u području mentalnog zdravlja. Timu su pomagali tumači engleskog jezika. Svaki posjet monitora trajao je jedan dan i u većini njih sudjelovalo je najmanje šest članova tima.

Izbor ustanova u kojima je sproveden monitoring temeljio se prvenstveno na geografskoj lokaciji i na tome je li ustanova prethodno bila podvrgnuta neovisnom monitoringu. Prije svakog posjeta, zatražena je dozvola ulaska koju je odobrilo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Svaki posjet monitora bio je strukturiran na sličan način. Tim monitora najprije se sastao s upravom ustanove, što je obično uključivalo sudjelovanje upravitelja, socijalnog(ih) radnik(a) i glavne sestre. Nakon toga je uslijedio posjet objektima u kojima su članovi tima imali mogućnost razgovarati s ostalim zaposlenicima koji su bili na dužnosti i pacijentima (u psihijatrijskim bolnicama) ili osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama koji su smješteni u ustanovama socijalne skrbi sa različitih područja ili odjela ustanove. Medicinski stručnjak unutar tima monitora obično je dobio dozvolu da pregleda izabranu medicinsku dokumentaciju i provjeri evidencije ustanove koje se odnose na liječenje. Ostatak posjeta posvećen je razgovorima s pojedinim pacijentima/korisnicima, bez prisutnosti osoblja i na mjestima gdje ih osoblje ne može čuti, tamo gdje je to bilo moguće. Uz rijetke iznimke, svi razgovori s osobljem bolnica te pacijentima ili korisnicima vođeni su na hrvatskom jeziku. Sve osobe koje su iznijele informacije za potrebe ovog izvješća bile su informirane o svrsi monitoringa i načinima na koje će njihova svjedočanstva biti zabilježena i prezentirana. U nekim slučajevima, sugovornici koji su iznijeli kritiku trenutnih politika i praksa zamolili su nas da ih ne citiramo uz navođenje imena kako bi izbjegli mogućnost osвете ili kažnjavanja. Na kraju svakog posjeta, članovi tima se sakupili za konačan razgovor s upravom ustanove. Trenutno izvješće temelji se na raspravi i kompilaciji bilježaka prikupljenih tijekom cijelog tog procesa. Povratne informacije o konkretnim problemima dane su svakoj ustanovi u listopadu 2010., a u kolovozu 2011. MDAC/SJAJ poslali su svim monitoriranim ustanovama prvi nacrt izvješća na hrvatskom jeziku. Ustanovama je dano mjesec dana za sastavljanje komentara na nacrt, te su MDAC/SJAJ dobili povratne informacije od pet ustanova. MDAC i SJAJ zahvaljuju osoblju tih ustanova za spremnost da se uključe u ovaj proces, te smo njihove povratne informacije uzeli u obzir prilikom pripreme konačne verzije izvješća.

1.4. Monitorirane ustanove socijalne skrbi

Ustanova socijalne skrbi je ustanova osnovana u svrhu pružanja socijalne skrbi i smještaja osobama izvan njihove vlastite obitelji. Korisnici ustanove su obično odrasle osobe s fizičkim, psiho-socijalnim, intelektualnim ili višestrukim teškoćama, kao i osobe ovisne o alkoholu ili drogama. Hrvatsko Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi regulatorno je tijelo koje nadgleda smještaj i usluge unutar ustanova socijalne skrbi.

Ustanova **Lobor-grad**, "Dom za psihički bolesne odrasle osobe Lobor-Grad" nalazi se u Loboru, pored Bedekovčine, u Krapinsko-zagorskoj županiji. Osnovana je 1935. kao Dom za socijalnu skrb, a kasnije, 1954. postala je Dom za skrb o starijim i bolesnim osobama. Nakon obnove 1980. godine, objekt je postao dvostruko veći, te je 2002. postao Dom za psihički bolesne odrasle osobe Lobor-grad. U svom glavnom dijelu, ustanova se sastoji od dvije manje zgrade, vrtova i farme. Prva zgrada potječe iz 1970-tih i relativno je moderna, te uključuje odjele koji imaju manje spavaonice i odvojene kuhinje. Druga uključuje dvorac Keglević iz 16. stoljeća koji je registriran kao spomenik kulture što ustanovu obvezuje na poštivanje posebnih pravila koja ograničavaju mogućnosti obnove ili rekonstrukcije. Na lokaciji se nalaze i manje kuće za koje ustanova navodi da se radi o smještaju u kojem korisnici žive prije povratka u zajednicu.

Ustanova **Mirkovec**, "Dom za psihički bolesne odrasle osobe Mirkovec" dio je Doma za socijalnu skrb Šestinski Dol koji se nalazi u Svetom Križu, Začrejte, općini Krapinsko-zagorske županije, a koji djeluje od 1970-tih. Poput **Lobor-grada**, ustanova zauzima veliko zemljište, a glavna zgrada je dvorac koji je zaštićen kao povijesni spomenik.

Ustanova **Osijek**, "Dom za psihički bolesne odrasle osobe Osijek" prvotno je osnovana kao mjesto za smještaj beskućnika, no od 2000. godine radi kao javna ustanova za skrb o osobama s psiho-socijalnim teškoćama (iako nam je osoblje objasnilo da otprilike 12% korisnika su osobe koje nemaju intelektualnih ili psiho-socijalnih smetnji, ali nisu prebačene negdje drugdje nakon ove reklasifikacije).

Ustanova **Vojnić**, "Centar za radnu terapiju i rehabilitaciju "Nada" – Vojnić"²⁴, je privatna ustanova koja se sastoji od dvije ustanove: jedne u Karlovcu (koju MDAC nije posjetio tijekom monitoringa) i druge koja je udaljena 22 km i nalazi se u selu Vojnić. Obje ustanove su osnovane i djeluju kao privatne ustanove od ožujka 2006. godine. Ustanova naplaćuje naknadu za smještaj koju obično podmiruju članovi obitelji, skrbnik ili Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Bez obzira na privatni status, Vojnić podliježe istim standardima domaćeg i međunarodnog prava kao i sve ostale ustanove socijalne skrbi. Ustanove su moderne i prostrane a većina korisnika ima dvostruke dijagnoze koje uključuju i intelektualne teškoće i psiho-socijalne teškoće.

24 Za više informacija, vidi internetske stranice ustanove, <http://www.centar-nada.hr/index.html> (posljednji put pristupano 20. listopada 2010.).

	Službeni kapacitet	Broj osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama smještenih u ustanovu*	Broj osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama smještenih u ustanove koji su pod potpunim skrbništvom	Broj osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama smještenih u ustanove koji su pod djelomičnim skrbništvom	Broj osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koji su smješteni u ustanove i koji su zadržali punu poslovnu sposobnost
Lobor-grad	344	344	84	24	236
Mirkovec	70	90	Nema podataka	Nema podataka	Nema podataka
Osijek	190	132	123	9 (no u postupku promjene u apotpuno)	0
Vojnić	175	175	164	11	0 (skrbništvo je preduvjet za prihvrat korisnika)

*Na dan posjeta monitora

Sve monitorirane ustanove socijalne skrbi imaju na smještaju osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama muškog i ženskog spola koji žive i u odjelima otvorenog i u odjelima zatvorenog tipa. Prosječan raspon starosti kreće se između 35 – 65 godina; najmlađi identificirani korisnik ima 27 godina, a najstariji 90.

1.5. Monitorirane psihijatrijske bolnice

Psihijatrijske bolnice namijenjene su pružanju terapije i usluga rehabilitacije osobama sa duševnim teškoćama. One su ponekad dio opće bolnice, a ponekad se, kao što je to slučaj s onima koje je MDAC posjetio u svrhu ovog izvješća, radi o odvojenim ustanovama. U Hrvatskoj postoji sedam psihijatrijskih bolnica. Istovremeno, većina općih bolnica ima i psihijatrijske odjele.

	Službeni kapacitet	Broj osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koji su smješteni u ustanovi*	Broj osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koji žive u ustanovi i koji su pod skrbništvom	Minimalna duljina boravka**	Najdulja duljina boravka**
Jankomir	551	552	15 djelomično 75 cjelovito	1 dan	
Popovača	773	745	280 djelomično 15 potpuno	1 dan	15 godina
Ugljan	483	418	7 djelomično 74 potpuno	15 dana	15 godina
Rab	480	Nema podataka	Nema podataka	Nema podataka	22 godine

* Na dan posjeta monitora

**Za pacijente bez kaznenog dosjea²⁵ prema iskazima osoblja

Psihijatrijska bolnica **Jankomir** (Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ Jankomir – Zagreb) smještena je u gradskoj četvrti Jankomir, u Zagrebu, glavnom gradu Hrvatske.²⁶ Ustanova je osnovana 1923. godine kao ustanova za osobe s intelektualnim poteškoćama, te je neko vrijeme bila dio psihijatrijske bolnice Vrapče. Ustanova djeluje samostalno od 1958. godine. Bolnica se sastoji od deset odvojenih zgrada, te uključuje deset odjela, a proteže se uzduž obje strane ulice.

Psihijatrijska bolnica **Popovača** (Neuropsihijatrijska bolnica “Dr. Ivan Barbot” Popovača;²⁷) nalazi se u **Popovači**, 65km od Zagreba. Bolnica je osnovana 1933. godine, a sastoji se od deset zgrada uključujući dvorac koji je zaštićen kao povijesni spomenik, te zauzima veliko zemljište. Popovača ima 20 odjela, od kojih su tri smještena u dvorcu, a dva se nalaze na udaljenosti od dva kilometra u zasebnim zgradama. Odjel forenzičke psihijatrije najveći je u Hrvatskoj.

Psihijatrijska bolnica **Ugljan** (Psihijatrijska bolnica Ugljan)²⁸ smještena je na otoku **Ugljanu** koji je udaljen 11km od kopna i 30 minuta vožnje trajektom od grada Zadra. Nekada zatvorski logor, a danas regionalna bolnica za pacijente iz četiri županije (Dubrovačko-neretvanska, Splitsko-dalmatinska, Šibensko-kninska i Zadarska). Bolnica Ugljan osnovana je 1955. godine, a sastoji se od 11 odjela raspoređenih u šest zgrada i prostranih vrtova.

25 Forenzički pacijent je osoba koja je proglašena nesposobnom za sudjelovanje u kaznenom postupku ili je oslobođena krivnje na temelju duševnog oboljenja te joj je određen pritvor u psihijatrijskoj ustanovi.

26 Za više informacija, vidi internetske stranice bolnice, <http://www.mcs.hr/jankomir/>

27 Za više informacija, vidi internetske stranice bolnice, <http://www.npbp.hr/v1/>

28 Za više informacija, vidi internetske stranice bolnice, <http://www.pbu.hr/eng/index.html>

Psihijatrijska bolnica **Rab** (Psihijatrijska bolnica Rab) nalazi se u selu Kapor na otoku **Rabu** koji je udaljen 5 km od kopna i 30 minuta vožnje trajektom od obalnog grada Jabalanac.²⁹ Osnovana je 1955. godine, te je također nekoć bila zatvorski logor; Rab je regionalna bolnica za Istarsku županiju, no u nju se primaju i pacijenti iz čitave Hrvatske.

1.6. Materijalni uvjeti

Govoreći najprije o psihijatrijskim bolnicama, materijalni uvjeti trebali bi pružiti terapijsko okruženje, te uključivati "dovoljno životnog prostora po pacijentu, kao i adekvatno osvijetljene, grijanje i ventilaciju [u svrhu održavanja] ustanove u zadovoljavajućem stanju, kao i [zadovoljavanja] higijenskih uvjeta za zdravstvene ustanove".³⁰ Iako uvjeti ponekad ovise o dostupnim sredstvima, osnovni životni uvjeti moraju uvijek biti osigurani,³¹ jer *"nedostaci u tim područjima mogu ubrzano dovesti do situacija koje ulaze u okvir pojma nehumano i ponižavajuće postupanje"*.³²

Što se tiče psihijatrijskih ustanova obuhvaćenih ovim monitoringom, uvjeti su se razlikovali od ustanove do ustanove, kao i unutar samih ustanova. Uz iznimku **Jankomira**, u svim ustanovama naišli smo na slične probleme: životni uvjeti koji ne odgovaraju potrebama, prenapučenost, nedostatak privatnosti i niska razina osnovne higijene. Kao takve, te ustanove ne zadovoljavaju standarde propisane hrvatskim zakonom³³, kao i europske standarde. Većina zgrada u **Popovači** i **Ugljanu** su stare i oronule, a njihovi upravitelji potvrdili su nizak standard materijalnih uvjeta. Oba upravitelja požalili su se na nedostatak sredstava, dodajući u nekim slučajevima da su se obratili Ministarstvu zdravstva kako bi dobili sredstva potrebna za poboljšanje uvjeta i/ili otvaranje novih odjela u svrhu odtjecanja, no kako su ti zahtjevi većinom bili odbijeni. Loše uvjete u **Ugljanu** pogoršavaju vlaga i blizina mora, s obzirom na to da se bolnica nalazi na otoku. Za razliku od toga, na otoku **Rabu** bilo je obnovljenih zgrada u sklopu bolnice. U svim posjećanim psihijatrijskim bolnicama, odjeli za prijem i odjeli za akutne slučajeve općenito su imali bolje uvjete od odjela za kronične slučajeve ili odjela za starije osobe. Osoblje u **Rabu** nije se žalilo na nedostatak sredstava za poboljšanje uvjeta, te su izjavili da su dobili dovoljna sredstva s obzirom na to da se brinu o akutnim pacijentima i ovisnicima.

29 Za više informacija, vidi internetske stranice bolnice, <http://www.bolnicarab.hr/mainen.html>

30 Vidi 8. Opće izvješće o aktivnostima CPT-a za period između 1. siječnja do 31. prosinca 1997., CPT/Inf (98) 12, od 31. kolovoza 1998., paragraf 34 (nadalje "8. Opće izvješće CPT-a"), dostupno na <http://www.cpt.coe.int/EN/annual/rep-08.htm> (posljednji put pristupano 1. listopada 2010.).

31 Ibid, paragraf 33.

32 Ibid, paragraf 32.

33 Standardi koje preporuča Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Vidi Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (Narodne Novine 85/04) kojeg je izdalo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi na temelju članka 47 paragraf 3 i članka 143 paragraf 3 Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne Novine 150/08, 155/09)) nakon prethodnog mišljenja nadležnih komora te temeljeno na članku 11 paragraf 4 i članak 12 paragraf 4 Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima (Narodne Novine br. 121/3) na zahtjev Hrvatske liječničke komore.

Bolnica **Jankomir** značajno se razlikovala od ostalih bolnica u smislu higijenskih uvjeta. Konkretno, osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje su smještene na odjelima za kronične bolesnike i odjelima gerijatrije imali su čistu kosu, te je bilo vidljivo da su redovito prani; nadalje, nije bilo neugodnih mirisa kao u nekim posjećenim bolnicama. Neke osobe su nosile naušnice i ostali nakit. Osoblje je reklo da osobama smještenim u bolnici mijenjaju odjeću do pet puta na dan ukoliko se zaprljaju, što se može smatrati mogućim na osnovu uvida stečenog monitoringom. Za razliku od toga, osobe smještene u sličnim odjelima u **Popovači** i **Ugljanu** činili su se neoprano, imali prljavu kosu i nosili odjeću koja očigledno nije nedavno oprana; neki odjeli su zaudarali po urinu i fekalijama.

Dva odjela koji čine dodatak ustanovi **Popovača**, a koji su smješteni nekoliko kilometara od glavnih zgrada, nudili su najgore uvjete na koje je tim monitora naišao. Radilo se o odjelima 10A i 10B, opisanima kao "farma" i "odjel socijalne skrbi". Uprava bolnice aktivno je odvrćala MDAC i SJAJ monitoring tim od posjete ovim odjelima. Zgrada je bila u relativno dobrom stanju, no odjeli su bili spartanski opremljeni i lišeni ikakvog dekora. Zgrada ima dva kata: na gornjem katu borave osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje se smatraju mobilnima ili "čistima", dok je donji kat rezerviran za osobe koje su smještene u ovoj ustanovi i koje se vodi kao "inkontinentne pacijente", što je, prema mišljenju osoblja, objašnjavalo miris fekalija. Sobe su velike spavaonice s otprilike deset kreveta u svakoj sobi, te su gotovi sve osobe koje ovdje žive spavali ili ležali na krevetima; samo nekolicina ih je bila obučena. Dnevno svjetlo u sobi za odmor bilo je ograničeno, tako da su pacijenti tijekom dana sjedili u polumraku. Bez obzira na kratko vrijeme koje su proveli na odjelu, monitori nisu stekli dojam da je odgovorno osoblje prošlo potrebnu obuku, te da posjeduje vještine potrebne za brigu o osobama s miješanim/dvostrukim dijagnozama. Povrh toga, na navedenom dodatnom odjelu nije postojao odgovorni liječnik.

Što se tiče ustanova socijalne skrbi, propisi koji se odnose na njihove materijalne uvjete vezano uz prostor, opremu i potrebno stručno i ostalo osoblje, nalaze se u Pravilima Ministarstva o materijalnim uvjetima u ustanovama socijalne skrbi (Narodne Novine br. 101/99, 120/02, 74/04). U praksi, tim monitora je ustanovio velike razlike u uvjetima od ustanove do ustanove, ali i unutar istih ustanova. Najočitiija podjela što se tiče kvalitete bila je ona između privatne ustanove **Vojnić** gdje je vidljivo da su sredstva utrošena na stvaranje dobro opremljenog, prostranog i modernog životnog okruženja, te ustanova za socijalnu skrb kojima upravlja država koje su prenapučene i slabijih materijalnih uvjeta.

Druga usporedba koju možemo napraviti je usporedba objekata 'dvoraca' u sklopu državnih ustanova poput **Lobor-grada** i **Mirkovca** koji su kategorizirani kao spomenici kulture i onih modernijih. Adaptacije i preinake potrebne da bi se navedene 'dvorce' dovelo na razinu modernih standarda uključuju podjelu prostranih impozantnih prostorija s visokim stropovima i velikim prozorima u manje odjele, uvođenje dizala i zamjena starih električnih i toplinskih instalacija. Takva poboljšanja trenutno su limitirana ili zabranjena zakonom, a osoblje u **Mirkovcu** reklo je monitorima da tu spadaju postavljanje novih tračnica za zavjese; dakle osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama smještene u ovoj ustanovi ne mogu kontrolirati količinu danjeg svjetla u sobama. Rijetko smo vidjeli osobe koji imaju svjetiljke pored kreveta, te su oni stoga primorani uključivati centralno svjetlo po noći ukoliko se žele kretati po prostoriji. Monitori priznaju da je gotovo nemoguće da upravitelji ustanova koje uključuju navedene zgrade omoguće prikladan smještaj i

adekvatne životne uvjete korisnicima u svim zgradama. No, vrlo je zabrinjavajuće da u većini posjećenih ustanova, u odjelima i zgradama koje su u najgorem stanju žive najranjivije i starije osobe smještene u ustanovama koje su obuhvaćene monitoringom.

Fizički pristup zgradama i aktivnostima bio je loš u svim ustanovama iako više izražen u ustanovama tipa 'dvoraca' koje imaju nekoliko katova i mnogo zavojitih stepeništa. To je zabrinjavajuće saznanje s obzirom na to da mnoge osobe koje žive u ovim ustanovama imaju tjelesna oštećenja, no nikakvi zahvati nisu napravljeni kako bi im se olakšao pristup raznim dijelovima ustanove. Raspored prostorija onemogućio im je sudjelovanje u određenim aktivnostima koje se nalaze van njihovog dosega, poput rekreativnih aktivnosti u vrtu. Monitoring tim se boji da neki od tih ljudi rijetko napuštaju svoj odjel, možda i nikad. Sve ustanove su imale barem jedan odjel posvećen brizi o nepokretnim osobama koji imaju i somatska oboljenja. Neke od tih osoba su nepokretne – osoblje ih mora prati, izvoditi van na svjež zrak i pomoći im da sudjeluju u aktivnostima – no svejedno su dobrog zdravlja. No, neki od njih su stariji i vezani za krevet zbog vrlo ozbiljnih oboljenja, te monitori nisu imali ikakvog razloga ne vjerovati iskazima osoba koje žive u Ustanovi u **Osijeku** da ih se ne izvodi redovito ili često van na svjež zrak, vježbanje ili bilo koju drugu aktivnost. Jedna osoba koja živi u ovoj ustanovi je tvrdila da se na takvu vrstu brige može čekati i do godinu dana a kad smo sestru upitali za to, objasnila nam je da je to stoga što nema dovoljno osoblja.

Zahodska oprema, broj toaleta, dovod tople vode bili su neadekvatnog standarda u svim posjećenim ustanovama za socijalnu skrb. Kupaonice u **Vojniću** imale su specijalne kade prilagođene osobama s invaliditetom, dok neke spavaće sobe u **Osijeku** imaju privatne kupaonice koje dijele dvije sobe. No, svugdje osim u **Vojniću** često je primijećeno mnogo potrganih dasaka na toaletima, na vratima od toaleta nedostajale su brave, u umivaoniku su nedostajali sapuni, te se toalet-papir trošio štedljivo (dvije role na mjesec u **Lobor-gradu**) ili ga uopće nije bilo. Osobe koje žive u ustanovama su monitorima navele kako im nije dozvoljeno prati i tuširati se po želji bilo gdje osim u **Osijeku**, a u **Lobor-gradu** je uočeno da iako su napravljeni muški i ženski toaleti, to nije bilo ikako naznačeno, te se ta podjela nije poštivala. U Poglavlju 5, 'Život u ustanovi', se opširnije komentiraju posljedice ovakvih uvjeta na pravo na privatnost.

1.7. Prijem monitora

Kućna pravila ustanove u **Osijeku** uključuju smjernice koje se odnose na odnos osoblja i osoba koje žive u ovoj ustanovi u kojima se članovima osoblja nalaže "da se prema korisnicima ponašaju na pristupačan način s punim poštivanjem njihovih osobnosti i pruže im pomoć u svim oblicima koji su mogući u skladu s njihovim opisom posla. Strogo je zabranjeno vrijeđanje, fizičko ili mentalno zlostavljanje ili ismijavanje korisnika".³⁴ Kultura na koju su MDAC i Sjaj naišli zaista je je ukazivala na to da se osoblje ne odnosi zaštitnički prema korisnicima. Isto se može reći i za **Mirkovec** i **Lobor-grad** gdje je osoblje bilo pristupačno, otvoreno i spremno na otvoreni razgovor. Nije se činilo da osjećaju strah od nadređenih ili da ih oni zastrašuju. Činili su se neautoritativnima i otvorenima za nove ideje i promjene koje bi bile na dobrobit

34 Vidi kućna pravila ustanove u Osijeku, članak 39.

života ljudi koji su smješteni u ovim ustanovama. Općenito govoreći, MDAC i Sjaj su naišli na topao i srdačan odnos osoblja prema korisnicima u ovim ustanovama, te ni u kojem razgovoru nisu spomenute pritužbe na ponašanje osoblja.

No u **Vojniću** su monitori stekli dojam stroge kontrole, te da je osoblje prethodno izabralo osobe koje žive u ovoj ustanovi s kojima su MDAC i Sjaj smjeli razgovarati. Monitori nisu mogli slobodno šetati ustanovom. Bilo je vidljivo da osobe koje žive u ovoj ustanovi pažljivo biraju riječi, a na kraju jednog razgovora, jedna mlada osoba koja živi u ovoj ustanovi upitala je monitore je li rekla nešto pogrešno. Članovi osoblja su uvijek bili u blizini kada bi monitori pristupili nekom od osoba koje žive u ovoj ustanovi što je otežavalo mogućnost povjerljivog razgovora sa njima u svrhu učinkovitog monitoringa.

Preporuke

1. **Vlada** bi trebala osigurati da NPM redovito i temeljito obavlja monitoring ustanova, barem jednom godišnje i objavljuje javno dostupna izvješća;
2. Vlada bi također trebala donijeti uredbu kojom se nevladinim organizacijama dopušta monitoring psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi i omogućuje komentiranje nalaza NPM-a;
3. Osoblje **psihijatrijskih bolnica i ustanova socijalne skrbi** trebalo bi proći obuku o svrsi i dobrobitima suradnje s neovisnim monitorima. Vanjska kontrola trebala bi biti dobrodošla kao mjera demokratskog društva;
4. **Pučki pravobranitelj i pravobraniteljica osoba s invaliditetom** trebali bi se aktivno angažirati na zagovaranju kako bi osigurali da Vlada NMP-u dodijeli prikladne ovlasti i sredstva, osobito ukoliko je Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom određena po članku 33(2) za tijelo zaduženo za neovisan monitoring provedbe CRPD-a.

2. Osoblje

U ovom poglavlju razmatra se broj zaposlenog osoblja i njegova obuka. Pitanja koja se odnose na ponašanje i odnos osoblja razmatraju se u poglavlju 5, "Život u ustanovi". Stručno osoblje s odgovarajućom obukom ključno je za osiguravanje poštivanja standarda ljudskih prava u psihijatrijskim bolnicama, kao i u ustanovama socijalne skrbi.

2.1. Potreba za obukom

Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) sadrži članak u kojem se definiraju opće obveze države, među kojima je obveza "[p]romicanja obuke stručnjaka i osoblja koje radi s osobama s invaliditetom kroz koju ih se upoznaje s pravima priznatim ovom Konvencijom kako bi bili osposobljeni za bolje pružanje pomoći i usluga zajamčenih tim pravima".³⁵ Vezano uz primjenu prava na zdravlje, Konvencija jamči da će države "[z]ahtijevati od zdravstvenih radnika pružanje iste kvalitete usluga osobama s invaliditetom kao i drugim osobama, a na osnovi slobodnog i informiranog pristanka, među ostalim, podizanjem razine svijesti o ljudskim pravima, dostojanstvu, neovisnosti i potrebama osoba s invaliditetom kroz obuku i promicanje etičkih standarda u javnom i privatnom zdravstvenom sektoru",³⁶ te da će države "promicati razvoj temeljne i trajne obuke stručnjaka i drugog osoblja koje radi u službama osposobljavanja i rehabilitacije".³⁷

Preporuka Europskog odbora za sprječavanje mučenja (CPT) navodi da bi u psihijatrijskim bolnicama trebalo biti zaposlen "odgovarajući broj osoblja, adekvatnih kategorija (psihijatri, liječnici opće prakse, medicinske sestre, psiholozi, radni terapeuti, socijalni radnici itd.), iskustva i obuke", te upozorava na to kako manjak ljudskih resursa često ozbiljno potkopava nastojanja da se pacijentima pruži potrebno liječenje, bez obzira na dobre namjere i iskren trud zaposlenog osoblja.³⁸

2.2. Nalazi monitoringa

MDAC i Sjaj smatraju kako postoje dva ključna problema kada je riječ o stručnom osoblju koje brine o osobama s intelektualnim teškoćama i radi u sustavu skrbi o osobama s psiho-socijalnim teškoćama: manjak osoblja i neadekvatna obuka – a oba mogu izravno rezultirati kršenjem ljudskih prava.

35 CRPD, Članak 4(1)(i).

36 CRPD, Članak 25(d).

37 CRPD, Članak 26(2).

38 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, paragraf 42.

a) Manjak stručnog osoblja

Usprkos velikom broju osoblja koje je zaposleno u svakoj od psihijatrijskih bolnica koje smo posjetili,³⁹ monitoring tim se složio s mišljenjem uprave svih posjećenih bolnica koji su se žalili na nedostatak stručnog osoblja u dijelu pružanja izravne njege. Neki od upravitelja izjavili su da Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi ("Ministarstvo") smatra da je nizak broj zaposlenog osoblja pokazatelj produktivnosti i učinkovitosti, dok se oni boje da niska razina ulaganja u radnu snagu implicira podcjenjivanje važnosti zapošljavanja dovoljnog broja kvalitetnog osoblja od strane Ministarstva. Kao pokušaj da se taj problem riješi, bolnica **Popovača** je u nekim slučajevima financirala specijalizaciju doktorima koji su bili zainteresirani za specijalizaciju u području psihijatrije; namjera je bila da ti doktori nakon završene specijalizacije ostanu raditi u bolnici. Bolnica je financirala i uspostavljanje autobusne linije od Zagreba do **Popovače** kako bi lakše zadržali osoblje olakšavajući im svakodnevno putovanje do radnog mjesta.

Mnogi zaposlenici s kojima su monitori obavili razgovore naveli su nisku plaću i teške uvjete kao razloge zbog kojih nisu zadovoljni svojim poslom. Osoblje u **Lobor-gradu** i **Vojniću** također je izrazilo svoju zabrinutost zbog iscrpljenosti i preopterećenosti poslom, te su umjesto savjetovanja neki od njih na radnom mjestu оформili vlastite grupe za razgovor u svrhu međusobnog pomaganja u nošenju s problemima na radnom mjestu. Jedna medicinska sestra opisala je situaciju rekavši kako "bolnica i njeni pacijenti pretaču iz šupljeg u prazno". Jedna druga mlada zaposlenica koja radi u bolnici na otoku **Rabu** izjavila je da bi "istog trena otišla" kada bi našla posao u unutrašnjosti, a njen stav podržalo je i ostalo mlađe stručno osoblje zaposleno na **Rabu** i u drugoj otočkoj bolnici na **Ugljanu**. Isti stav izrazilo je i osoblje zaposleno u nešto zabačenijim ustanovama socijalne skrbi poput one u **Mirkovcu**.

Upravitelj **Mirkovca** objasnio nam je da na lokaciji ustanove u Zagrebu trenutno ima 27 članova osoblja i samo 23 korisnika. To je nesrazmjerno s brojem od 22 zaposlenika koji rade u njegovoj ustanovi u **Mirkovcu**, u koju je smješteno 90 korisnika, a ima samo jednu dežurnu sestru tijekom noći. No, potvrdio je da zbog nedostatka cesta, čak i ako Ministarstvo pokuša premjestiti osoblje, ono ne bi došlo. Osoblje u **Osijeku** smatra da kod njih, prema regulativama Ministarstva koje se tiču broja zaposlenog osoblja postoji manjak osoblja od 27 do 29 radnih mjesta, no samo Ministarstvo može odobriti zapošljavanje novog osoblja što oni nisu učinili. Za razliku od toga, čini se da privatna ustanova **Vojnić** ima adekvatan broj zaposlenog osoblja, kao i financijska sredstva koja su potrebna za zapošljavanje i otpuštanje osoblja prema potrebi. Uprava tvrdi da im je to pomoglo privući kvalitetno osoblje i zadržati njegovu disciplinu na visokoj razini, što je tvrdnja u koju monitori nisu imali razloga posumnjati.

39 Vidi poglavlje 1, odlomak 1.2. u ovom izvješću.

b) Nedostatna obuka

Stručno osoblje koje je uključeno u pružanje usluga skrbi o osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama trebalo bi proći odgovarajuću obuku gdje se uči kako poštivati i štititi ljudska prava, kako sprječavati i kontrolirati nasilje, te kako izbjeći uporabu metoda obuzdavanja i izdvajanja.⁴⁰

Sve psihijatrijske bolnice koje je MDAC/Sjaj posjetio pokrenule su inicijative za samostalno provođenje obuke osoblja ili za osiguravanje usavršavanja kroz Hrvatsku udrugu medicinskih sestara i proaktivno sudjelovanje u konferencijama i seminarima. Monitori su primijetili i neke kreativne pristupe u nekim od ustanova socijalne skrbi. Sestre u **Osijeku** inicirale su mjesečni ciklus predavanja tijekom kojih jedna od sestara ima zadatak istražiti i predstaviti ostalima određenu temu kako dodatak rijetko obuci koju za njih organizira Osječka bolnica, a koja najčešće nije direktno relevantna za njihove potrebe. Psiholozi u ustanovi u **Lobor-gradu** anketirali su osoblje kako bi razvili obuku o antistigmatizirajućim pristupima njezi. Osoblje iz **Osijeka, Mirkovca i Lobor-grada** (uz ostale ustanove koje nisu posjećene) izvijestilo je kako se sastaju svaka tri mjeseca počevši od 2007. kako bi razgovarali o najčešćim izazovima s kojima se susreću i iznijeli ideje o rješenjima. O tim sastancima vode se pisani zapisnici koji se zatim šalju u Ministarstvo u svrhu dobivanja povratne informacije i uputa o tome kako riješiti navedene probleme. Tijekom posjeta monitoring tima u lipnju 2010., osoblje nas je izvijestilo kako nikad nisu dobili odgovor od Ministarstva.

Usprkos navedenim proaktivnim naporima da se podigne razina standarda i omogućiti usavršavanje osoblja, takve aktivnosti ne mogu biti zamjena za adekvatnu obuku o politikama i procedurama. Upravitelji ustanova u **Mirkovcu i Osijeku** žalili su se kako većina postojećeg osoblja nije prošla specijaliziranu obuku za rad s osobama s intelektualnim teškoćama ili psihosocijalnim teškoćama: "osoblje dolazi ovdje izravno s fakulteta, bez ikakvog radnog iskustva", rekao je jedan od njih dodavši da "nema odgovora na kontinuirane zahtjeve osoblja za pomoć Ministarstva". Zaista, mnogi zaposlenici s kojima su monitori razgovarali, uključujući medicinske sestre, nisu prošli ikakvu obuku vezano uz rad s osobama s intelektualnim i psiho-socijalnim teškoćama. Nadalje, nisu obučeni kako riješiti specifične probleme koje mogu očekivati u praksi poput kontrole agresivnog ponašanja, uključujući ispravnu uporabu i protokol za primjenu metoda obuzdavanja, kao i pružanje adekvatne njege pacijentima koji su zbog bolesti trajno vezani za krevet. Za vrijeme trajanja monitoringa Ministarstvo nije izdalo ikakve smjernice za osoblje ili omogućilo ikakvu obuku o ovim pitanjima. Mnogo zaposlenika izjavilo je monitorima da bi Ministarstvo trebalo izdati smjernice o tome kako postupati u slučajevima agresivnog ponašanja, te o primjeni sredstava za obuzdavanje, kao i socijalne psihijatrije, te kako izraditi i provesti individualne terapijske planove. Također su istakli potrebu za informacijama i obukom vezano uz zakonska prava i odgovornosti pacijenata, kao i uz to kako se nositi s problematikom seksualnog odgoja i veza. Posljedice nedostatka smjernica i obuke osoblja razmatraju se u čitavom izvješću, a posebno u poglavljima 6 i 7 vezano uz "Metode obuzdavanja i izdvajanje" i "Terapija".

40 Vidi Preporuku Odbora ministara Vijeća Europe R (2004) 10, Članak 11, dostupno na <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=749565&Site=CM> (posljednji put pristupano 21. srpnja 2011.).

2.3. Evaluacija

Sekundarne posljedice koje proizlaze iz činjenice da se ustanove u Hrvatskoj često nalaze na izoliranim lokacijama su brojne. Kritika se ne odnosi samo na činjenicu da su pacijenti i korisnici izolirani od zajednice, iako se radi o glavnom problemu o kojem se govori u poglavlju 5. Izoliranost lokacije povlači za sobom i činjenicu da osoblje koje radi u ustanovama mora živjeti u blizini, te niske plaće u kombinaciji s nedostatkom smještajnih i životnih prilika manje gradove i sela u blizini ustanova čini neprivlačnima za mnoge stručnjake. Nadalje, ustanove su prisiljene zapošljavati ljude iz malih, lokalnih zajednica čime je ozbiljno ograničen fond raspoloživog i kvalitetnog osoblja. To jasno ima loš utjecaj na osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u ustanovama i koje pate zbog nižeg standarda usluge i pomoći koja bi im u suprotnom slučaju bila pružena, jer je teško u kratkom roku osigurati usluge stručnjaka poput psihijatar. Problem pogoršava nedostatak obuke koju organizira vlada što znači da postoje velike varijacije u liječničkoj, njegovateljskoj i socijalnoj skrbi, a mnoge prakse su ad hoc. MDAC je primijetio kako osoblje nema jasnu predodžbu o vlastitoj odgovornosti ili pravima osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u ustanovama u kojima ovo osoblje radi, te da su zbunjeni i nesigurni oko tih tema i pitanja.

MDAC i Sijaj su također primijetili da su mnoge od posjećenih ustanova glavni izvor radnih mjesta u svom okruženju. Na primjer, broj pomoćnog (nekvalificiranog) osoblja veći je za oko 4 puta u **Popovači**⁴¹. Osoblje u toj ustanovi tvrdi da zbog činjenice da osoblje živi u blizini, postoji snažan otpor planovima za deinstitalizaciju, jer osoblje gleda na ustanovu kao na mjesto koje omogućuje doživotno zaposlenje lokalnom stanovništvu. Čini se da ovakvo razmišljanje ima prevagu u odnosu na potencijalne dobrobiti za osoblje koje bi mogle proizaći iz promjene njihovog radnog aranžmana (a da ne spominjemo dobrobiti za pacijente) i predstavlja značajnu prepreku napredovanju procesa deinstitalizacije i uspostavi sustava podrške za život u zajednici u Hrvatskoj.

Kao što se ističe u 5. poglavlju ovog izvješća, obveza ostvarivanja prava na samostalan život i prava osoba s invaliditetom na uključenje u zajednicu ne može se zaobići zbog činjenice da će osoblje ustanove morati nanovo proći program obuke kako bi zadovoljili standarde struke i radili na fleksibilniji način u okruženjima unutar zajednice. Nadalje, veća kvaliteta i kvantiteta usluga skrbi o osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama unutar zajednice više će koristiti svim osobama s invaliditetom i pružiti im veće mogućnosti za ostvarenje vlastitih ljudskih prava. Time bi se ujedno i počelo baviti pitanjima stigmatizacije i diskriminacije koja doprinose institalizaciji osoba s invaliditetom, kao i njihovoj izolaciji od šire zajednice. Uspostava niza usluga unutar zajednice također bi stvorila i zadržala radna mjesta za ostale Hrvatske građane, te potpomogla razvoj inkluzivnijeg društva.

41 646 osoblja ukupno, uključujući 60 doktora.

Preporuke

1. **Vlada** mora osigurati da ustanove zapošljavaju dovoljan broj stručnog osoblja, uključujući kvalificirane medicinske sestre, jer to izravno utječe na ljudska prava, kao i na kvalitetu skrbi, liječenja i rehabilitacije;
2. **Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi** bi trebalo izraditi, distribuirati i redovito ažurirati minimalne uvjete za osoblje koje radi u području psihijatrijskih usluga i usluga socijalne skrbi. Ti uvjeti trebali bi pokrivati sljedeća područja: prevencija i kontrola agresivnog ponašanja, prevencija uporabe i sigurna primjena sredstava obuzdavanja, socijalna psihijatrija i izrada i provedba individualiziranih terapijskih planova, zakonska prava i odgovornosti pacijenata, seksualni odgoj i veze; i
3. Slijedom toga, Ministarstvo bi trebalo koordinirati programme obuke koji se bave navedenim pitanjima, koje bi vodili iskusni stručnjaci. Evaluacija kompetentnosti osoblja u ovim područjima trebao bi biti obavezan element obuke osoblja. Kao dio profesionalnog usavršavanja, osoblje bi trebalo pohađati sustavne i obavezne tečajeve tijekom kojih će obnavljati svoja znanja u navedenim pitanjima.

3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

U ovom poglavlju razmatra se hrvatski Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, te ga se uspoređuje s međunarodnim standardima i iznose saznanja MDAC-a i Sjaja o tome kako se zakon primjenjuje u praksi.

Za razliku od ostalih područja medicine, psihijatrijsku terapiju je moguće nametnuti osobi ukoliko ona odbije pristati na nju. U Hrvatskoj, poput mnogih drugih država, osobe mogu odlučiti pristati na psihijatrijsku terapiju (dobrovoljni pacijenti) ili ih se može prisiliti na istu (pacijenti na prisilnom liječenju). Hrvatski zakon psihijatrima dopušta da osobu liše vlastite slobode ukoliko ona zadovoljava zakonskim kriterijima koji dopuštaju zadržavanje. Tijekom zadržavanja, zakon dopušta prisilno (protuvoljno) davanje psihijatrijskih lijekova.

3.1. Europska Konvencija o ljudskim pravima

Najsveobuhvatniji sustav međunarodnog prava koji se odnosi na zadržavanje osoba u psihijatrijskim ustanovama koji je Hrvatska dužna poštovati sadržan je u članku 5 Europske konvencije o ljudskim pravima i temeljnim slobodama (ECHR) i pravnoj filozofiji Europskog suda za ljudska prava. U članku 5 formulira se opće pravo na slobodu, a zatim navode iznimke ovog pravila. Jedna od iznimaka dozvoljava zadržavanje "osoba bolesnog uma", no samo u slučajevima kad su zadovoljeni specifični uvjeti:

1. zadržavanje mora biti "zakonito"
2. zadržana osoba mora biti odmah obaviještena, na jeziku koji razumije, o razlozima zadržavanja
3. zadržana osoba ima pravo uložiti žalbu na sudu ili sličnim pravnim sudbenim tijelima.

Svaki od uvjeta koje navodi ECHR bio je predmet spora na i dio argumentacije od strane Europskog suda za ljudska prava (ECtHR):

„Duševni poremećaj“

Nakon slučaja iz 1979. Winterwerp protiv Nizozemske "osoba bolesnog uma" (zastarjeli pojam iz članka 5) se definira kao netko tko ima "stvaran mentalni poremećaj kojeg je dijagnosticirao objektivni medicinski stručnjak".⁴² Europski sud nije komentirao treba li ta osoba biti psihijatar, no osoba zaista mora imati odgovarajuću medicinsku naobrazbu kako bi pružila pouzdanu psihijatrijsku dijagnozu. Razumski je opravdano pretpostaviti da će navedena stručna sprema uključivati postdiplomsku diplomu iz psihijatrije. Poremećaj također mora biti u toliko mjeri težak da – prema mišljenju procjenitelja – opravdava zadržavanje,

iako nisu dane dodatne upute o tome što to znači. Kontinuirano zadržavanje opravdano je samo ukoliko

⁴² Winterwerp protiv Nizozemske, zahtjev br. 6301/73, presuda od 24. listopada 1979., (A/33) (1979-80) 2 EHRR 387, paragraf 39.

su ovi uvjeti i dalje zadovoljeni.⁴³ Države dakle moraju obavljati periodične evaluacije stanja zadržanih osoba kako bi se provjerilo jesu li ovi kriteriji i dalje zadovoljeni.

Zadržavanje mora biti temeljeno na zakonu

Europska konvencija zahtijeva od država postojanje zakonskog okvira koji regulira kriterije za prijam i procese psihijatrijskog zadržavanja. Zakon mora biti jasan; osoba mora biti u stanju objektivno predvidjeti hoće li zbog određenih ponašanja biti podložna zadržavanju.⁴⁴ Općenite tvrdnje o prirodi i težini dijagnoze u zakonu nisu dostatne; zakon mora biti dovoljan jasan kako bi bio predvidiv u svojoj primjeni. On mora biti i dovoljno jasan kada su u pitanju proceduralni elementi kako bi bilo lako ustanoviti poštuju li se odgovarajući procesi zadržavanja.

Mjesto zadržavanja mora biti odgovarajuće

Pitanje zakonitosti proteže se i na mjesto zadržavanja. Ukoliko je zadržavanje nametnuto iz psihijatrijskih razloga, mjesto zadržavanja mora biti na lokaciji gdje se nude terapijski programi koje nadgleda odgovarajuće kvalificirano osoblje. Osoba svakako ne smije biti zadržana u okruženju koje je snažno neterapeutsko ili štetno za fizičko, mentalno ili psihološko zdravlje osoba.⁴⁵

Osoba mora biti informirana

Zadržana osoba mora biti odmah obaviještena, na jeziku koji razumije, o razlozima zadržavanja.⁴⁶ Informacije moraju biti dostatne u mjeri koja osobi omogućuje donošenje odluke o tome hoće li i na kojim osnovama uložiti žalbu na zadržavanje.⁴⁷ To logički implicira da objašnjenje mora sadržati ne samo relevantne zakonske osnove za zadržavanje, nego i činjenično stanje, dokaze koji potkrepljuju relevantnost tih činjenica u odnosu na zakon i zaključak na temelju kojeg je donijeta odluka o zadržavanju.⁴⁸ Isto tako, zahtjev da informacije moraju biti iznesene na jeziku koji osoba razumije ne treba shvatiti kao da se to odnosi samo na potrebu da se osigura usluga prevoditelja tamo gdje je to prikladno, nego i na potrebu za ponavljanjem informacija ukoliko je to potrebno. Potrebno je osigurati da osoba dobije informacije onda kada je u primjerenom mentalnom stanju kako bi ih mogla i shvatiti, te one moraju biti lako dostupne u pisanom obliku kako bi ih osoba mogla nanovo detaljno proučiti.

Osoba mora imati mogućnost uložiti žalbu na svoje zadržavanje pred sudom ili sličnim pravnim sudbenim tijelom

43 Ibid, paragraf 39.

44 Vidi, npr., Kawa protiv Poljske, zahtjev br. 25874/94, presuda od 9. siječnja 2001., paragraf 49, ECHR.

45 Aerts protiv Belgije, zahtjev br. 25357/94, presuda od 30. srpnja 1998., (1998.) EHRR 50.

46 Članak 5(2) ECHR.

47 Fox, Campbell and Hartley v the United Kingdom, zahtjev br. 12244/86, 12245/86, 12383/86, presuda od 30. kolovoza 1998., A 182 (1990) 13 EHRR 157, paragraf 40.

48 Gajcsi protiv Mađarske, zahtjev br. 34503/03, presuda od 6. listopada 2006, ECHR.

Zadržana osoba mora imati pravo zatražiti sudsku raspravu u određenom trenutku tijekom njenog zadržavanja kojeg izabire ona ili on. Rasprava mora biti održana ubrzo nakon takvog zahtjeva. Zadržana osoba ima pravo na pravnog zastupnika prije i tijekom navedenih rasprava,⁴⁹ dok samo pravno zastupanje mora biti konkretnije od pukog imenovanja odvjetnika. Odvjetnik bi se trebao prethodno sastati s osobom, porazgovarati o slučaju, prikupiti dokaze i zastupati klijenta u skladu s njegovim uputama pred protivničkom stranom. Iako sudsko tijelo pred kojim se iznosi prigovor ne mora biti sud, ono ipak mora imati ovlasti slične sudu: mora imati ovlasti koje jamče poštivanje njegovih naloga i odluka, uključujući pravo na pozivanje svjedoka i izdavanje naloga za otpuštanje pacijenta.

Opseg članka 5

Ove odredbe odnose se na sve osobe koje su podvrgnute zadržavanju, ili "lišene slobode" da upotrijebimo frazu iz uvoda u članak 5(1). I dok to jasno uključuje sve osobe podvrgnute civilnom ili kaznenom pritvoru temeljenom na zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, ECtHR šire razumijeva okvir članka 5. U presudi u slučaju HL protiv Ujedinjenog Kraljevstva,⁵⁰ Sud je smatrao da je osoba koja boluje od autizma i nema sposobnost odlučiti hoće li biti primljena u psihijatrijsku bolnicu ili ne, na temelju činjenica iz slučaja, prisilno lišena slobode te se stoga može primijeniti članak 5. Nadalje, Sud je smatrao da se članak 5 može primijeniti kadgod bolnica ima "potpunu i učinkovitu kontrolu" nad skrbi o osobi.⁵¹ S obzirom na ishod ovog slučaja, ono što iz toga slijedi je da bi osobe koje su de facto lišene slobode (no ne nužno lišene slobode u pravnom smislu) spadale u opseg članka 5 Europske konvencije. To bi se moglo odnositi, na primjer, na osobu koja je prisiljena potpisati dokument kojim daje svoju suglasnost za vlastiti prihvrat u psihijatrijsku bolnicu.

3.2. Konvencija UN-a o pravima osoba s invaliditetom

ECHR predstavlja najpotpunije tijelo međunarodnog prava koje se odnosi na psihijatrijsko zadržavanje, no to nije jedino relevantno međunarodno pravo koje se primjenjuje u Hrvatskoj. Vrlo je važno da je Hrvatska potpisala i ratificirala Konvenciju UN-a o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) te je Konvencija uklopljena u domaće zakonodavstvo.⁵² S obzirom na to da je ECHR usvojena 1950., a CRPD 2006., CRPD predstavlja suvremeniji pogled na svijet. Kao što je navedeno u prethodnoj analizi, ECHR sadrži poseban paragraf koji ukida pravo na slobodu ljudima s invaliditetom. CRPD usvaja drugačiji pristup, te se posebno bavi jednakošću, autonomnošću i samoodređenjem svih osoba s invaliditetom uključujući osobe s mentalnim i/ili intelektualnim teškoćama.⁵³

49 Vidi na primjer, Pereira protiv Portugala, zahtjev br. 44872/98, presuda od 26. veljače 2002., (2003.) 36 EHRR 49.

50 Zahtjev br. 45508/99, presuda od 5. listopada 2004. (2005.) 40 EHRR 32.

51 Ibid.

52 Vidi Ustav Republike Hrvatske, članak 140.

53 CRPD, članak 1.

ECtHR drži da se ECHR treba tumačiti i u svijetlu današnjih uvjeta,⁵⁴ te će biti interesantno vidjeti kako će se konkretni standardi CRPD-a uklopiti u europsko pravo o ljudskim pravima. Oslanjajući se na CRPD u slučaju Glor protiv Švicarske, ECtHR “je smatrao da postoji konsenzus na europskoj i svjetskoj razini o potrebi da se osobe s invaliditetom zaštite od diskriminirajućeg postupanja”.⁵⁵

Članak 14 CRPD-a sadrži prava koja se odnose na slobodu osoba s invaliditetom, uključujući one s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama. Poput ECHR-a, članak 14 spominje potrebu za osiguravanjem prikladne zakonske zaštite od bilo kakvog oblika oduzimanja slobode, no on ide i dalje – navodeći da “postojanje invaliditeta ne smije ni u kojem slučaju biti opravdanje za oduzimanje slobode”. Definitivno tumačenje onoga što to znači još nije priopćeno od strane Vijeća UN-a no na temelju povijesti pregovaranja o toj odredbi, moguće je uvjerljivo argumentirati kako (mentalne) teškoće ne mogu ni u kom slučaju biti ikakav čimbenik u odlučivanju o pritvaranju osoba.⁵⁶ No, to nije jedino tumačenje,⁵⁷ a sve će biti jasno nakon odluka UN CRPD Vijeća koje, u vrijeme objavljivanja ovog izvješća (listopad 2011.) nije iznijelo konačno tumačenje ovog članka.⁵⁸

No, ono što je jasno je da se CRPD temelji na sklopu vrijednosti koje su odraz ljudskih prava i jednakosti osoba s invaliditetom, a ne na njihovoj kontroli, liječenju i isključivanju. CRPD navodi niz principa koji usmjeravaju tumačenje konvencije uključujući: samoodređenje, “[p]oštivanje prirodnog dostojanstva, osobne autonomije uključujući slobodu donošenja vlastitih odluka i neovisnost osoba”,⁵⁹ “[p]otpuno i djelatno sudjelovanje i inkluzija u društvo”,⁶⁰ i “[p]oštivanje različitosti i prihvaćanje osoba s invaliditetom kao dijela ljudske raznolikosti i čovječnosti”.⁶¹ CRPD jasno navodi da je “svaka diskriminacija na temelju invaliditeta” zabranjena,⁶² i definira diskriminaciju temeljenu na invaliditetu kao “bilo kakvo razlikovanje, isključivanje ili ograničavanje na temelju invaliditeta koje ima za cilj ili posljedicu narušavanje ili ukidanje priznavanja, uživanja ili ostvarivanja, na istoj osnovi kao i druge osobe, svih ljudskih prava i temeljnih sloboda u političkom, gospodarskom, socijalnom, kulturnom, civilnom ili bilo kojem drugom području. To uključuje sve oblike diskriminacije, uključujući uskraćivanje prihvatljivog smještaja”.⁶³ Sva tumačenja članka 14 CRPD-a moraju uzeti u obzir ove zabrane.

54 Tyrer protiv Ujedinjenog Kraljevstva, presuda od 25. travnja 1978., serija A br. 26, str. 15, § 31 ; Airey protiv Irske, presuda od 9. listopada 1979., serija A br. 32, str. 14 i dalje, § 26, et Vo protiv Francuske [GC], br. 53924/00, § 82, CEDH 2004-VIII.

55 Glor protiv Švicarske, zahtjev br. 13444/04, presuda od 30. travnja 2009., paragraf 53.

56 Godišnje izvješće Visokog povjerenika za ljudska prava na Općoj skupštini. A/HRC/10/49, prezentirano 26. siječnja 2009., paragraf 48-9. Dostupno na

57 Za razna moguća tumačenja, vidi P Bartlett and V Hamzic, “eforming Mental Disability Law in Africa”, Nottingham: Human Rights Law Centre, 2010.), str. 15-16. Dostupno na <http://www.nottingham.ac.uk/law/hrlc>.

58 Molimo vas posjetite MDAC-ovu web stranicu zarad analize Općih preporuka CRPD Vijeća za Tunis (travanj 2011) i Španiju (listopad 2011). U svrhu iznošenja potpunih informacija, Viši pravni zastupnik u MDAC-u, Gábor Gombos, imenovan je u ovo Vijeće u svom privatnom svojstvu od siječnja 2011. na rok od dvije godine.

59 CRPD, članak 3(a).

60 CRPD, članak 3(c).

61 CRPD, članak 3(d).

62 CRPD, članak 5.

63 CRPD, članak 2.

3.3. Protuvoljno zadržavanje: zakon

U ovom se odlomku daje sažetak zakonskih odredbi koje se odnose na to kako osoba ulazi i izlazi iz psihijatrijske bolnice protivno svojoj volji. Osoba koja je zadržana u psihijatrijskoj bolnici i prisiljena primati terapiju kategorizira se kao pacijent na prisilnom liječenju. Prema hrvatskom zakonu, do toga može doći ako se radi o "osobi s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba".⁶⁴ Kada bolnica zaprimi liječničku potvrdu od liječnika ili psihijatra kojom se potvrđuje postojanje takve prijetnje, moguće je obaviti prihvata. Izvještaj mora sastaviti liječnik ili psihijatar koji nije zaposlen u bolnici u koju osoba ulazi, nakon osobnog pregleda pojedinca.⁶⁵ Druga mogućnost je 'hitni postupak' prihvata gdje izvršitelji zakona mogu osobu dovesti u bolnicu bez liječničke evaluacije.⁶⁶

Nakon prijema – iako unutar nedefiniranog vremenskog roka – dežurni psihijatar dužan je osobu koju se smatra pacijentom obavijestiti o razlogu/razlozima za prisilan prihvata, a to mišljenje mora biti zabilježeno u dosje pacijenta.⁶⁷ Psihiatar je dužan obavijestiti tu osobu i o njenim pravima i odgovornostima.⁶⁸

Hrvatski zakon predviđa i sudsku reviziju kao kontrolni mehanizam protiv samovoljnog zadržavanja i terapije pacijenata na prisilnom liječenju. Od trenutka prijama, bolnice imaju na raspolaganju 72 sata za odluku treba li osoba i dalje ostati na prisilnom zadržavanju ili pak biti otpuštena (puštena).⁶⁹ Unutar tih prvih 72 sata ili dodatnih 12 sati dozvoljenih za donošenje psihijatrijskog mišljenja, bolnica nije zakonski obvezna obavijestiti sud.⁷⁰ Na taj način, zakon dozvoljava maksimalno 84 sata, odnosno tri i pol dana (ne uključujući vrijeme koje je potrebno kako bi sud donio odluku o zakonitosti prihvata), kako bi se započelo s prisilnim psihijatrijskim liječenjem bez suglasnosti ukoliko je ustvrđeno da postoji ozbiljna prijetnja za zdravlje ili život osobe koju se želi podvrgnuti prisilnom liječenju.⁷¹

Kako bi sud mogao donijeti odluku o zakonitosti zadržavanja i prisilnog liječenja, sudac mora posjetiti prisilno zadržanu osobu u psihijatrijskoj ustanovi najkasnije 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju od strane bolnice – ta osoba je u trenutku sučeve posjete možda prisilno već zadržana na mogućem maksimum od šest i pol dana (84 plus 72 sata). Stanje zadržane osobe mora procijeniti psihijatar izabran iz registra sudskih vještaka kojeg je sud trajno imenovao i, ako to dozvoljava zdravlje zadržane osobe, sudac mora obaviti razgovor s njom.⁷² Zakon predviđa i obavezno pravno zastupanje tijekom sud-

64 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 22 paragraf 1.

65 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 23.

66 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 24.

67 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 26 paragraf 1.

68 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 26 paragraf 2. Vidi također članak 11 paragraf 1 točka 1 gdje se nalaže da pacijent mora biti obaviješten o svojim pravima i odgovornostima, te dobiti upute o načinima ostvarivanja tih prava, kako prilikom prijama, tako i u bilo kojem trenutku nakon toga, a na njegov eksplicitni zahtjev.

69 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 3 par. 11.

70 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 27 par. 1.

71 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 9, par. 1, 3.

72 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 30 par. 2.

skih rasprava u kojima se donosi presuda o zakonitosti zadržavanja. Prisilno zadržanoj osobi dodjeljuje se odvjetnik, a troškove zastupanja podmiruje država ukoliko zadržana osoba nema vlastitog odvjetnika.⁷³

U skladu s kriterijima slučaja Winterwerp protiv Nizozemske o kojima se prethodno raspravljalo, prisilno zadržane osobe moraju biti otpušteni iz bolnice kad razlozi za njihovo zadržavanje prestanu postojati.⁷⁴ Na primjer, ako osoba više ne predstavlja razinu rizika koja zadovoljava zakonske kriterije koji su doveli do njegovog zadržavanja ili ukoliko je istekao vremenski rok zadržavanja kojeg je sud odredio, osoba mora biti otpuštena i može slobodno napustiti bolnicu.⁷⁵ Sud je dužan obaviti reviziju zadržavanja najmanje svakih šest mjeseci⁷⁶, uz poštivanje iste procedure kao i kod inicijalnog zadržavanja: prikupljanje medicinskih dokaza, informiranje zadržane osobe, dodjela odvjetnika, sudac dolazi u posjet zadržanoj osobi, održavanje sudskog ročišta, te donošenje sudske odluke.

Nedostatak odredbe u hrvatskom zakonu kojom bi se prisilno zadržanim osobama omogućilo da zatraže sudsku reviziju potrebe za njihovim zadržavanjem izvan zakonski propisane šestomjesečne revizije izaziva ozbiljnu zabrinutost. Osobe imaju pravo na žalbu na nalog za prisilnu hospitalizaciju ili na njegovo produljenje, unutar tri dana od dana donošenja odluke a zatim sijedi period od maksimalno 8 dana čekanja da njihov slučaj dođe na raspravu.⁷⁷ No, ako iz bio kojih razloga nisu u mogućnosti iskoristiti navedeni vremenski rok, tada nemaju prilike uložiti žalbu na zadržavanje sljedećih šest mjeseci; nije im dozvoljeno da samostalno podnesu zahtjev kada oni to žele.⁷⁸ Ovakav zakon u jasnoj je kontradikciji s međunarodnim standardima koji naglašavaju važnost prava osoba na aktivno traženje sudske revizije svog zadržavanja.⁷⁹

3.4. Protuvoljno zadržavanje: praksa

U ovom odlomku sažeto se razmatraju relevantna područja koja proizlaze iz primjene hrvatskog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, a na temelju monitoringa psihijatrijskih bolnica u zemlji od strane MDAC-a i Sjaja. Daljnje istraživanje ovog područja zahtijevat će razmatranje sljedećeg: broj osoba koje sud zaista otpusti iz bolnica, ishodi sudskih ročišta, prisustvovanje i sudjelovanje pacijenata u raspravama, kvalitativna revizija posjeta sudaca bolnicama, broj odvjetnika koji osporavaju postupak, broj uključenih privatnih i državnih odvjetnika, statistički podaci o usvojenim i odbijenim žalbama.

73 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 30 par. 1.

74 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 40 par. 1. Prema istom članku, odluku o otpustu izdaje voditelj odjela ili psihijatar kojeg je voditelj odjela ovlastio.

75 Za prvu odluku o prisilnom prihvatu, sud može naložiti prisilnu hospitalizaciju u trajanju od maksimalno 30 dana koja počinje od dana odluke psihijatra o prisilnom zadržavanju pacijenta, vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 33 par. 3.

76 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 34 par. 3.

77 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 37 par. 3.

78 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 37 par. 3.

79 Na primjer, ECtHR navodi kako je jedan od kamena temeljaca zaštite koju nudi ECHR "da zadržana osoba mora imati pravo na aktivno traženje sudske revizije njegovog zadržavanja." (Rakevich protiv Rusije, zahtjev br. 58973/00, presuda od 28. listopada 2003., par. 43. Snažna preporuka CPT-a je i da prisilno hospitalizirani pacijenti mogu samostalno "tražiti unutar razumnih intervala razmatranje nužnosti smještavanja u bolnicu od strane sudskog tijela", 8. Opće izvješće CPT-a, par. 56.

a) Neadekvatna evidencija u liječničkoj dokumentaciji

Bolničko osoblje dužno je bilježiti razloge prisilnog prijema u medicinsku dokumentaciju osoba koje se u ustanovama naziva pacijentima.⁸⁰ Monitori su dobili na uvid takve evidencije i razloge u kojima se obično navode samo zaključci. Na primjer, dokumentacije su sadržavale zaključke poput, s obzirom na to da “pacijent predstavlja opasnost za sebe” bez navođenja (kako to zakon nalaže) adekvatnog objašnjenja o tome kako i zašto se došlo to takvog zaključka.⁸¹ Čak i ako prihvatimo nepreciznost takvih procjena, MDAC nije naišao na dokaze koji bi ukazivali na sustavnu primjenu bilo kakve adekvatne međunarodno priznate metode procjene rizika prije samog prihvata u bolnicu.

Kao konkretan primjer – koji je reprezentativan za ostalu dokumentaciju koju smo vidjeli u svim posjećanim bolnicama – monitori su pregledali dosje osobe čiji je status bio promijenjen “dobrovoljnog pacijenta” u “pacijenta na prisilnom liječenju” nakon povlačenja njenog pristanka. Kao razlog tome navodi se kako osoba nije bila svjestna vlastitog duševnog stanja, te da je bila suicidalna. Nisu navedene informacije o tome: kako, zašto, kada i koliko dugo je osoba iskazivala suicidalne misli ili ponašanja, o prirodi tih misli, ponašanju ili ikakvoj procjeni rizika od samoubojstva ili na koji način su takve okolnosti zadovoljavale zakonske kriterije za prisilan prihvata. Posljedice izostanka iscrpnog dokumentiranja procedure nisu samo medicinske prirode; ukoliko se ne razrade razlozi na temelju kojih su doneseni medicinski zaključci koji su doveli do zadržavanja, zadržana osoba ili odvjetnik imaju malo informacija na kojima mogu temeljiti svoju žalbu na zadržavanje.

b) ‘Neovisni’ vještaci iz iste bolnice

Zakon nalaže da psihijatar koji obavlja procjenu sposobnosti osobe koja se smatra “pacijentom” za ispitivanje od strane suca koji donosi odluku o njegovom zadržavanju mora biti izabran iz registra sudskih vještaka, te mora biti neovisan u odnosu na upravu bolnice. Radi se o važnoj mjeri jer ona služi kao provjera opravdanosti procedure prihvata. Prema hrvatskom zakonu, preuzimanje ove uloge od strane zaposlenika bolnice u kojoj je osoba zadržana dozvoljeno je samo u izvanrednim okolnostima kada nema dovoljno vremena za uključivanje neovisnog vještaka.⁸² U praksi, obično se radi o psihijatru koji ne radi u pravilu na istom odjelu na kojem se nalazi zadržana osoba. No, monitori su ustanovili da se ovakva iznimka primjenjuje toliko često da zapravo čini općenitu praksu što mehanizme zaštite čini samo kozmetičkim sredstvima. Opći nedostatak kvalificiranih psihijatara u Hrvatskoj u kombinaciji s često udaljenim lokacijama bolnica, može otežavati pronalazak neovisnog vještaka (u kratkom roku) koji je u mogućnosti doći u bolnicu i obaviti procjenu unutar vremenskog roka predviđenog zakonom.

80 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 26.

81 Gajsci protiv Mađarske, op cit.

82 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 31 par. 2.

c) Neadekvatno pravno zastupanje

Tim monitora ustanovio je nekoliko nedostataka koji se odnose na raspoloživost i adekvatnost pravnog zastupanja. Protivno zakonu, nekim osobama smještenima u ustanove nisu dodijeljeni odvjetnici ili nisu bili obaviještene o tome da im je odvjetnik dodijeljen. Jedna od osoba koja živi u posjećenim ustanovama je ispričala kako su ga posjetile dvije osobe. Navela je da je moguće da se radilo o sucu i o njegovom odvjetniku, no s obzirom na to da se nitko nije predstavio ili joj bilo što objasnio bilo prije ili tijekom sastanka, nije mogla ustvrditi to sa sigurnošću.

Mnoge osobe koje žive u ustanovama požalile su se MDAC-u i Sjaju kako su znali da im je dodijeljen odvjetnik, no nisu dobili priliku susresti se s njim prije sudske rasprave. Ostale osobe koje žive u posjećenim ustanovama navele su kako su imali sastanak sa svojim odvjetnikom, no žalili su se na kratkoću tog sastanka. Opravdavajući to, osoblje u **Ugljanu** komentiralo je kako "neki pacijenti imaju mobitele te mogu zvati koga žele." Na pitanje monitora pomaže li osoblje zaista osobama koje žive u Ugljanu da stupe u kontakt s odvjetnicima, zamjenik upravitelja je odgovorio: "ne, mi [osoblje] smo branitelji pacijenata".

d) Suci i odvjetnici se ne predstavljaju

Osobe koje žive u posjećenim ustanovama žalile su se i da nisu imali prilike susresti se sa sucem koji evaluira njihov slučaj, bilo u bolnici ili u sudnici. Osobe s kojima smo razgovarali, a koji misle da su imale sastanak sa sucem, često nisu bile sigurne u stručni identitet osobe koja ih je posjetila. Također im nije bila jasna svrha sastanka, jer im to nije objašnjeno. Osoblje u **Popovači** iskreno je govorilo o problemu objasnivši da sudska rasprava zapravo znači posjet suca. Ne očekuje se ikakva interakcija ili bilo kakva smislena interakcija između osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama i suca. To je ozbiljan problem, pogotovo s obzirom na to da razgovor sa sucem može biti jedina prilika za zadržanu osobu da dobije pristup pravosuđu i razgovara o razlozima zbog kojih želi napustiti bolnicu.⁸³

e) Neinformiranje pacijenata o njihovim pravima

U sve četiri posjećene bolnice, monitoring tim se susreo s osobama koje žive u tim bolnicama koje nisu bile svjesne činjenice da imaju prava, te da imaju pravo zatražiti informacije o svojim pravima. To znači da ne znaju kako imaju pravo biti upoznati sa: razlozima svog zadržavanja, svojim pravom na osporavanje i žalbu na zadržavanje i prisilno liječenje, te pravom na odvjetnika koji će ih zastupati. Mnogi medicinski dosjei koje su monitori pregledali nisu sadržavali ikakve dokaze o tome da je osoblje informiralo osobu koja živi u bolnici o razlozima njenog trajnog zadržavanja, što je protivno onome što se nalaže u član-ku 5(2) Europske konvencije o ljudskim pravima. U **Ugljanu**, osoblje je tvrdilo da su osobe koje žive u ustanovi upoznati s činjenicom da imaju pravo žaliti se na svoje zadržavanje, no da su oni ili "u prelošem duševnom stanju kako bi to shvatili ili to ne žele".

Stigmatizacija osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama jedan je od mogućih razloga zbog kojeg bolnice u

83 Takvi pacijenti moraju željeti napustiti bolnicu: ukoliko osoba želi biti u bolnici, radilo bi se o 'dobrovoljnom' pacijentu.

pravilu ne informiraju ove osobe o njihovim pravima. Relevantno zakonodavstvo to podržava i ne pomaže iskorijeniti takve pristupe. Na primjer, u hrvatskom zakonu navodi se da je informacije o pravima potrebno dati izravno “pacijentu”, no moguće ih je i umjesto toga dati trećoj strani, kao što je skrbnik ili rođak.⁸⁴ Takva odredba može lako dovesti do toga da se osobi sa psiho-socijalnim poteškoćama uskrati prilika da bude informirana o svom pravnom statusu i da ostvari svoja prava u svoje ime, naloži drugima da to učine ili pritom potraži pomoć. Zakon pretpostavlja da će treće strane točno prenijeti te informacije, na odgovoran i pravodoban način; zakon implicira da se ne očekuje da pacijent mora biti izravno uključen u process ostvarivanja njegovih prava – to je nešto što treća strana može ili bi trebala učiniti za njih ukoliko to smatra potrebnim. To može objasniti ono što je MDAC i Sjaj najviše zabrinulo prilikom monitoringa psihijatrijskih bolnica (kao i ustanova socijalne skrbi): nepoznavanje prava osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama od strane osoblja. Osoblje u sve četiri monitorirane bolnice glasno je izrazilo svoju želju da im država osigura smjernice o ljudskim pravima.

3.5. Dobrovoljan prihvrat: zakon

U prethodnom poglavlju govorilo se o prisili u psihijatriji i statusu osoba koje su zadržane protiv svoje volje na temelju ‘prisile’. Ljudi dakako mogu odlučiti dobrovoljno potražiti i primiti usluge za poboljšanje duševnog zdravlja. S obzirom na činjenicu da su u Hrvatskoj usluge prema osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama u zajednici nedovoljno razvijene, te da se usluge za ove osobe i dalje većim dijelom oslanjaju na institucionalna okruženja, bilo bi za očekivati da se mnoge osobe dobrovoljno nalaze u takvim okruženjima.

U hrvatskom zakonu odluka o dobrovoljnom pristanku na liječenje definira se kao “slobodan pristanak” koji se “temelji na adekvatnom poznavanju svrhe, prirode, posljedica, prednosti i rizika ovakve medicinske terapije i alternativnih terapijskih mogućnosti”.⁸⁵ Hrvatsko zakonodavstvo ne zahtijeva pisani oblik pristanka u bilo kojoj fazi postupka prijema u bolnicu; dovoljno je da liječnik u dosje osobe unese kako je ona dala svoju usmenu suglasnost.⁸⁶ To je zabrinjavajući postupak, jer dopuštanjem dobrovoljnog prijema samo na temelju usmenog pristanka jasno povećava rizik od prisilnog zadržavanja, zlouporabe, nespornosti ili pogrešnog tumačenja želja potencijalnih pacijenata.

Prije izmjena i dopuna iz 1999.,⁸⁷ hrvatski Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama sadržao je snažne mehanizme zaštite koji su osiguravali da osoba ima i sposobnost i namjeru pristati na hospitalizaciju:

1. Potencijalni “pacijent” morao je dati pisanu suglasnost za prihvrat u prisutnosti voditelja prihvratnog/prijemnog odjela ili psihijatra kojeg je voditelj odjela ovlastio, kao i u prisutnosti dežurnog psihijatra.

84 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 11 par. 1 i 3.

85 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 3, par. 12.

86 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 21.

87 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine 111/97, 27/98, 128/99, 79/02).

2. Navedeni stručnjaci bili su obvezni procijeniti je li osoba sposobna slobodno dati svoju suglasnost i zabilježiti to u njen medicinski karton.⁸⁸
3. Ukoliko nije bilo moguće dobiti pisanu suglasnost ili osoba nije bila u stanju dati pisanu suglasnost, bolnica je imala obvezu o tome obavijestiti sud.
4. Sud je nakon toga bio obvezan slijediti isti pravni postupak kao onaj koji je potreban za prisilno liječenje.

Dopune Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama uvedene su kao izravan rezultat pritiska od strane psihijatara i sudaca koji su se osjećali preopterećenima zbog obveze poštivanja prethodne, strože procedure.⁸⁹ Ukidanje proceduralnih zaštita obavljeno je bez ikakvog razmišljanja o pravima osoba sa psihosocijalnim poteškoćama i već je naišlo na kritiku međunarodne zajednice, s kojom se MDAC i Sjaj slažu⁹⁰.

3.6. Dobrovoljan prihvrat: praksa

a) Prisilno davanje 'dobrovoljnog' pristanka

Čini se kako zakon nije u potpunosti promijenio praksu, s obzirom na to da se u sve četiri posjećene bolnice i dalje traži od osoba koje dobrovoljno borave u tim ustanovama da potpišu obrazac za pristanak na prihvrat. Psihijatri u **Ugljanu** i **Rabu** navode kako i dalje koriste praksu ispunjavanja evaluacijskih obrazaca u kojima se procjenjuje sposobnost osobe da da svoj pristanak.⁹¹ Usprkos provođenih zaštitnih mjera, monitori su našli razloga vjerovati da je prisilno davanje 'dobrovoljnog' pristanka na prihvrat u bolnicu široko rasprostranjen problem u hrvatskim psihijatrijskim bolnicama.

Iz razgovora s medicinskim osobljem, postalo je očigledno da se malo čini kako bi se osobe koje žive u posjećenim bolnicama informiralo o njihovim pravima prilikom davanja pristanka za prijam ili trajnu hospitalizaciju. Malo se napora ulaže i u aktivno smanjivanje učestalost i utjecanje na kvalitativnu prirodu prinuda koje se događaju. Nadalje, osobe koje 'dobrovoljno' žive u nekoliko bolnica u više navrata su izjavile da su bili prisiljeni ili da su osjećali neprimjeren pritisak da potpišu prihvatnu dokumentaciju. Osoba koja trenutno živi u **Jankomiru** ispričala je kako joj je medicinsko osoblje u kolima hitne pomoći na putu prema psihijatrijskoj bolnici reklo da mora potpisati suglasnost ili će "uključiti u to policiju". Osoba koja trenutno živi u **Popovači** rekla je da je potpisala dokumentaciju jer je bila zbunjena i osjećala pri-

88 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 21, par. 1.

89 Vidi Jukić, Goreta, Kozumplik, Herceg & Majdančić, "Primjena prvog hrvatskog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama", Collegium Antropologicum 29 (2005) 2, at 547; Također vidi Turković, Dika, Goreta & Durđević, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama Komentar s prilogima, Zagreb, 2001.

90 Vidi, na primjer, Izvješće CPT-a iz 2003., par. 152, dostupno na <http://www.cpt.coe.int/documents/hrv/2007-15-inf-eng.htm>

91 U bolnici Ugljan od 'dobrovoljnih' pacijenata očekuje se da potpišu pristanak u kojem stoji: 'Nakon što sam obaviješten o svojim pravima i obvezama vezano uz bolničko psihijatrijsko liječenje i ostale liječničke terapije (u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama) dajem svoj slobodan pristanak za navedenu terapiju u psihijatrijskoj bolnici Ugljan'.

tisak od strane rodbine da napravi ono što su oni željeli. Osobe koje trenutno žive u **Rabu i Ugljanu** izjavile su monitorima da su potpisali pristanak samo zato što “nisu željeli imati ikakvih problema”, te da su se i bunili bili bi “svejedno prisiljeni otići”.

Još veću zabrinutost izazvale su izjave osoblja u **Ugljanu** koje je komentiralo kako se velik dio pacijenata koji se u početku opiru odvođenju u bolnicu, kasnije “smire” i prihvate prijam u bolnicu. Zapravo, monitori su imali razloga vjerovati da se znatan broj osoba koje žive u **Ugljanu** netočno vodi kao ‘dobrovoljni’, te ih zato ne treba zaista smatrati takvima. U **Popovači**, osoblje je monitoring timu navelo da se osobe koje žive u ovoj ustanovi samo “ponekad” primaju na prisilno liječenje, a uprava u **Ugljanu i Jankomiru** je rekla kako je samo dva do tri posto osoba koje tamo žive kategorizirano kao ‘pacijenti na prisilnom liječenju’. Upravitelj **Jankomira** objasnio je da se broj kretao oko 19% prije promjene zakona kojim je vrijeme povećano s 12 na 72 sata nakon prihvata prije pokretanja postupka za (odobrenje) prisilnog liječenja. To podržava tvrdnju liječnika u **Ugljanu** o tome kako se osobe koje tamo žive može “nagovoriti” da prihvate prijem u bolnicu unutar 72 sata, te se nakon toga vode kao ‘dobrovoljni’.

Pored zlouporabe ovlasti koja je inherentna prisili osobe na psihijatrijsko liječenje, postoje i praktične posljedice takvog sustava. Monitoring tim je dobio dojam od osoba koje žive u posjećenim ustanovama da ne razumiju prirodu svog ‘dobrovoljnog’ statusa. Činilo se da mnoge osobe to tumače kao dobrovoljan “ugovor” kojim su prepisali ili prenijeli na bolnicu pravo odlučivanja o njihovom liječenju, te nakon toga bolnica više nije obvezna iznositi sve informacije o propisanom liječenju. Za neke osobe, ‘dobrovoljan pacijent’ jednostavno znači da su pristali poštivati pravila ustanove. To baca veliku sumnju na pravovaljanost pristanka tih osoba na trajni boravak ili liječenje u bolnici i sugerira da su oni, zapravo, lišeni svoje slobode te bi ih stoga trebalo kategorizirati kao ‘pacijente na prisilnom liječenju’.

Nadalje, nastojanja da se unutar vremenskog roka od 72 sata osigura pristanak znači da je ‘dobrovoljnim pacijentima’ uskraćena zaštita prava koja je pružena ‘pacijentima na prisilnom liječenju’ – poput sudske revizije zadržavanja – i tijekom prvih 72 sata i tijekom njihovog boravka. To dodatno dobiva na važnosti, ukoliko, kao što je prethodno navedeno, pacijenti imaju dojam da su se odrekli svojih prava potpisivanjem suglasnosti. S obzirom na to da su gotovo sve osobe u bolnicama koje smo posjetili vođene kao ‘dobrovoljni pacijenti’, MDAC i Sjaj su zabrinuti slabom uporabom formalno dostupnih pravnih procedura i lijekova. Niske statističke vrijednosti sakrivaju značajan broj osoba koje su de facto prisilno zadržane, no čije se zadržavanje ne prepoznaje kao takvo, što je u suprotnosti s međunarodnim pravom.⁹²

Jednim dijelom, čini se da je dojam prisile kojeg je monitoring tim dobio motiviran time što osoblje preferira raditi s osobama koje su kategorizirane kao ‘dobrovoljni’. Nagovaranje ili stvaranje pritiska na osobu kako bi dala svoj pristanak, pretpostavljanje takvog pristanka ili čak pretvaranje kao da je do njega došlo, brže je, jednostavnije i administrativno praktičnije od pokretanja procesa da se pacijenta kategorizira kao protuvoljnog.⁹³ Ovakav pristup stvara kulturu nepoštivanja ljudskih prava osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama i njeguje okruženja u kojima lakše dolazi do kasnijih kršenja tih prava.

92 HL protiv Ujedinjenog Kraljevstva, zahtjev br.45508/99, presuda od 4.listopada 2004.

93 Vidi, na primjer, Jukić, Goreta, Kozumplik, Herceg & Majdančić, “Implementacija prvog hrvatskog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama”, Collegium Antropologicum, 29 (2005)2, stranica 547.

Za mnoge osobe u psihijatrijskim bolnicama koje su također pod skrbništvom (vidi poglavlje 4), pojam ‘dobrovoljnog’ statusa je apsurdan. Osoba koja je pod skrbništvom može biti poslana u psihijatrijsku bolnicu na ‘dobrovoljnoj’ bazi od strane svog skrbnika, bez obzira na činjenicu da su tu odluku sposobni donijeti sami. Nadalje, skrbnik može poništiti svako eksplicitno odbijanje ili prigovor te osobe. Usmeni pristanak skrbnika – koji je u nekim slučajevima ujedno i član bolničkog osoblja – dovoljan je da se tu osobu zadrži. Medicinske potrebe nisu niti preduvjet za prijam niti predstavljaju temelj na temelju kojeg je moguće uložiti žalbu na hospitalizaciju (a čak i da jesu, osobama pod skrbništvom oduzeto je pravo na djelovanje u pravnim predmetima te stoga ne mogu tražiti pomoć na sudu).

Monitori su naišli na nekoliko osoba koji se nalaze u takvoj situaciji u bolnicama koje je posjetio. Na primjer, u **Ugljanu**, 81 osoba je pod skrbništvom (74 pod potpunim skrbništvom), što znači da su zadržani na neodređeni rok u bolnici isključivo na temelju odluke skrbnika. Ovakvom situacijom bavio se ECtHR u presudi slučaja Shtukaturov protiv Rusije iz 2008.,⁹⁴ u kojem je Sud našao nezakonitim prema Europskoj konvenciji o ljudskim pravima da skrbnik kao opunomoćeni zastupnik daje pristanak za zadržavanje na psihijatrijskom liječenju. Ukoliko su osobe pod skrbništvom kategorizirane kao ‘protuvoljni pacijenti’ i ne žele biti u bolnici, imaju mogućnost barem iskoristiti skromne zaštitne mehanizme sudske revizije njihovog prijama i kontrole njihovog stanja od strane medicinskog stručnjaka.

b) De facto zadržavanje ‘dobrovoljnih’ pacijenata

Razumsko, kao i pravno značenje riječi ‘dobrovoljan’ implicira i zahtijeva mogućnost da se osobe u razumnoj mjeri slobodno kreću bolnicom tijekom svog boravka, te da mogu napustiti bolnicu kad god to žele. Nepravilnosti u postupku otpusta iz bolnice koje su primijećene u posjećenim bolnicama dodatno podržava tvrdnju da je znatan broj osoba koji su klasificirani kao ‘dobrovoljni pacijenti’ zapravo zadržani i prisiljeni na psihijatrijsko liječenje.

U svim posjećenim bolnicama, monitoring tim je naišao na ‘dobrovoljne pacijente’ (uključujući neke koji su i pod skrbništvom) koji su smješteni u zatvorenim odjelima gdje im je ograničena sloboda kretanja. U **Jankomiru**, ‘dobrovoljni pacijenti’ se u pravilu smještaju u zatvorene odjele tijekom prvih sedam dana nakon njihovog prijama u bolnicu, a ‘dobrovoljni pacijenti’ primijećeni su i u zatvorenim odjelima u **Rabu** (Odjel za kronične slučajeve 5) i **Ugljanu** (Muški odjel za akutne slučajeve 9 i 11).

Kada smo im postavili to pitanje, osoblje nije smatralo problematičnim proturječnost držanja ‘dobrovoljnih pacijenata’ iza zaključanih vrata. Najčešće opravdanje koje nam je osoblje ponudilo bilo je kako se takve mjere poduzimaju u najboljem interesu osoba koje se nalaze na tom odjelu ili kako bi se olakšalo osoblju. Ostali razlozi uključivali su sprječavanje samoozljeđivanja. Na pitanje MDAC-a, jedan od zaposlenika u **Ugljanu** izjavio je da “tako mora biti”.

94 Shtukaturov protiv Rusije, zahtjev broj. 44009/05, presuda od 27. ožujka 2008.

Osobama koje se vode kao ‘dobrovoljni pacijenti’ ne dozvoljava se da napuste bolnicu kada oni to žele.⁹⁵ Prema hrvatskom zakonu, ako ‘dobrovoljan pacijent’ odluči napustiti bolnicu, a psihijatar smatra da ta osoba zadovoljava zakonske kriterije za prisilno zadržavanje, bolnica ju može zadržati 12 sati od povlačenja pristanka. No, upravitelj bolnice, psihijatar i socijalni radnik u **Jankomiru** izjavili su monitorima da “ukoliko dobrovoljan pacijent želi otići suprotno savjetima liječnika, prisilno ga/ju se zadržava, a osoblje čeka 72 sata u skladu sa zakonom kako bi o tom obavijestilo sud.” Sličnu priču čuli smo u **Rabu**.

Takva praksa protivna je zakonu. Moguće je da pogrešna primjena zakona od strane stručnjaka za duševno zdravlje izvire iz pretpostavke kako je potrebno osigurati određeni vremenski period koji je psihijatru potreban kako bi obavio procjenu duševnog stanja osobe, te da navedeni vremenski period treba trajati jednako (72 sata) kao i onaj prilikom inicijalnog prijema⁹⁶. No, prethodan primjer služi kao slikoviti prikaz u kojoj mjeri su mnogi stručnjaci neupoznati sa zakonskim odredbama koje reguliraju njihov rad. Stručnjaci za duševno zdravlje osoba rade u ad hoc okruženjima u kojim ne poštuju zakonske temelje svog djelovanja i implikacije koje to ima na ljudska prava.

Kao dodatna ilustracija, u nekim monitoriranim ustanovama, iako otpust ‘dobrovoljnih pacijenata’ mora odobriti psihijatar, odobrenje se daje samo u slučajevima kada se procjenjuje da osoba nije ‘u psihotičnom stanju’ i ukoliko ima gdje otići. Neke osobe koje žive u posjećenim bolnicama osporavale su ovakve kvazi zakonske kriterije, tvrdeći da čak i kad su navedeni uvjeti bili zadovoljeni, psihijatri im ne bi nužno dopustili napuštanje bolnice.

Jedan mladić, ‘dobrovoljan pacijent’ sa odjela za socijalnu psihijatriju i rehabilitaciju u **Ugljanu** rekao je monitorima da kad je obavijestio liječnika da njegova majka dolazi po njega, spomenuti je odgovorio: “ne odlučuje tvoja majka o tome kad ćeš ići kući, nego ja.” Neuropsihijatrica u bolnici **Ugljan** rekla je monitoring timu da samo ona odlučuje o tome hoće li ‘dobrovoljnim pacijentima’ biti dozvoljeno napuštanje bolnice, dodajući kao napomenu da se u nekim slučajevima konzultira s ostalim liječnicima i sestrama kako bi dobila njihovo mišljenje. Psihiatar na **Rabu** otišao je tako daleko da je izjavio da ukoliko ‘dobrovoljan pacijent’ želi otići kući: “mi ćemo ga otpustiti iz bolnice, no istovremeno ćemo kontaktirati njegovu obitelj kako bi im savjetovali da ga vrate u bolnicu, čak i protiv volje pacijenta.”

Monitoring tim je uznemirila informacija da u **Ugljanu**, ako ‘dobrovoljan pacijent’ povuče svoj pristanak, psihijatar obavlja evaluaciju duševnog stanja osobe kako bi se vidjelo je li odbijanje “pouzđano” – što implicira da je odbijanje moguće smatrati neadekvatnim, te ga stoga zanemariti.

U praksi, bolnice djeluju oslanjajući se na bilo hrvatski zakon ili međunarodno pravo o ljudskim pravima. Kao posljedica toga, osobe se nezakonito zadržavaju kao ‘dobrovoljni pacijenti’ ili ih se prekvalificira u ‘pacijente na prisilnom liječenju’ u svrhu nastavka njihovog zadržavanja. Stoga, usprkos postojećim zakonskim zaštitnim mjerama, jasno je da jednom kad osoba bude primljen u bolnicu, izlazak iz bolnice postaje teži.

95 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 28, par. 1 i 2.

96 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 25, par. 1.

c) Nedostatak usluga podrške u zajednici

Stigma povezana s duševnim oboljenjima zajedno s diskriminacijom na koju nailaze osobe obilježene njome, znači da nije neuobičajeno da prisilne hospitalizacije budu motivirane nekim drugim razlogom osim onog koje nalaže zakon. U svim posjećenim bolnicama, osoblje je MDAC-u i Sjaju navelo primjere obitelji koje nisu bile u stanju ili nisu imale volje brinuti o rođaku s psiho-socijalnim poteškoćama, te su se zato obratili lokalnom liječniku kako bi ga smijestili ili produljili njegov boravak u psihijatrijskoj bolnici. Kao posljedica nabiranja previše istovjetnih izvješća, monitori su stekli dojam da zdravstveni sustav često popušta takvim zahtjevima.

Zaposlenik u **Ugljanu** je rekao kako je svjedočio da se iste osobe vraćaju u bolnicu “pedeset do sedamdeset puta iako za to ne postoji medicinska potreba.” Neki zaposlenici tvrdili su i da policija suučestvuje u korištenju psihijatrijskih bolnica kao zamjene za programe socijalne podrške – redovito transportirajući osobe s psiho-socijalnim poteškoćama iz obiteljskog okruženja u psihijatrijsku bolnicu u slučajevima kada bi usluga podrške u zajednici spriječila hospitalizaciju. Liječnici u **Jankomiru** naveli su primjer gdje je roditelj nazvao policiju kako bi odveli njegovog sina, jer se ponašao “psihotično”. Prema izvještaju, policija je mladića zatekla u parku s prijateljima i usprkos činjenici da nije pokazivao znakove neobičnog ponašanja; uhvatili su ga i odveli u **Jankomir**. Primljen je kao ‘pacijent na prisilnom liječenju’.

Prema analizi iz izvješća Human Rights Watch-a iz 2010.⁹⁷, Hrvatskoj nedostaje sustav usluga podrške u zajednici, te MDAC i Sjaj ne smatraju za nužno ovdje ponavljati njihove argumente i analize. Nedostatak usluga doprinosi fenomenu ostanka osoba u bolnicama kroz izuzetno dugo vrijeme. Kad bolnica nije u mogućnosti otpustiti osobu na brigu rođacima ili ustanovama socijalne skrbi (za koje postoje duge liste čekanja), ta osoba obično ostaje u psihijatrijskoj bolnici iako mu više nije potrebna medicinska njega. Monitoring tim je razgovarao s muškarcem s intelektualnim i psiho-socijalnim poteškoćama koji se požalio da živi u bolnici **Rab** preko dvadeset godina. Liječnik u **Ugljanu** rekao je monitorima da, “postoji vjerojatno 50-60 osoba [od 418 pacijenata] kojima je potrebna institucionalna njega zbog stupnja njihovog poremećaja, dok veći broj pacijenata ostaje u bolnici jednostavno zato što nemaju kamo ići”. Također, i u **Ugljanu** i u **Popovači**, monitoring timu je rečeno kako se u njihovoj skrbi nalaze državljani drugih država bivše Jugoslavije koji se nisu imali kamo vratiti nakon rata, te će vrlo vjerojatno ostati u sustavu do kraja života. Čak i u najboljim uvjetima, psihijatrijske bolnice su okruženja u kojima se sustavno dokidaju prava. Osobe za koje psihijatri procjene da postoji mogućnost da imaju psiho-socijalne poteškoće ne bi trebalo samovoljno ukloniti iz društva i prisiliti da prihvate bolnicu kao svoj dom samo zato što nema drugih jasnih alternativa. Stoga je od ključne važnosti razviti alternative hospitalizaciji bazirane na životu u

zajednici i uklopiti ih u hrvatski sustav zdravstva i socijalne skrbi. Jedino kroz takav jedan proces će usluge učinkovito odgovarati na potrebe, bolnice djelovati unutar svojih ovlasti, a provođenje odredbi koje reguliraju zadržavanje iz psihijatrijskih razloga zadovoljiti očekivanja međunarodnog prava o ljudskim pravima.

97 “Once you Enter you Never Leave: Deinstitutionalisation of Persons with Intellectual or Mental Disabilities in Croatia”, Human Rights Watch, rujun 2010. Dostupno na <http://www.hrw.org/en/reports/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave-0> (posljednji put pristupano 22. srpnja 2011.).

Preporuke

1. **Vlada** bi trebala osigurati da u zakonu ili regulativi bude precizirano da liječnici i sestre imaju obvezu zabilježiti u medicinsku dokumentaciju osobe koja živi u bolnici odluke i adekvatne razloge za zaključke koji donose u odnosu na zakonske aspekte prihvata, skrbi, liječenja i otpusta te osobe;
2. Ukloniti iz zakona odredbu prema kojoj se psihijatrima iz bolnice u kojoj je osoba zadržana dopušta davanje "neovisnog" mišljenja o toj osobi;
3. Usvojiti informacije o pravima osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama koje se nalaze u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi na nacionalnoj razini i učiniti ih široko dostupnima i podijeliti ih svakoj osobi koja se trenutno nalazi u tim institucijama – bio on/ona zadržan u pravnom smislu ili ne. U informacijama je potrebno precizirati tijelo kojem se osobe mogu obratiti (adresu, broj telefona) ukoliko smatraju da su prekršena njihova ljudska prava;
4. Izmijeniti zakon kojim se dopušta verbalan pristanak na hospitalizaciju na prethodne odredbe iz 1999., tj. one kojoe dozvoljavaju pristanak na prihvrat isključivo u pisanom obliku;
5. Izmijeniti zakon kako bi se korigirala mogućnost da skrbnik smjesti osobu pod njegovim skrbništvom u psihijatrijsku bolnicu, čak i ako osoba pod skrbništvom to aktivno odbija;
6. Stvoriti alternative bolnicama, smještene u zajednici i pritom poduzeti korake kako bi se osiguralo da osobe za koje ne postoji ikakav medicinski razlog završe u bolnici; i
7. Izmijeniti zakon kako bi se osobama koje se trenutno nalaze u psihijatrijskim bolnicama omogućilo da pokrenu sudsku reviziju njihovog zadržavanja u bilo kojem trenutku, ne samo u šestomjesečnim intervalima.
8. **Ministarstvo pravosuđa** bi trebalo osigurati da se uspostave osnovna jamstva za pravičnu sudsku raspravu za osobe sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama;
9. Suci bi trebali proći obuku o Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, kao i o tome kako osigurati učinkovito sudjelovanje osoba s invaliditetom u njihovim sudnicama kako bi im se osigurao jednak pristup pravdi.
10. **Hrvatska odvjetnička komora** trebala bi organizirati certificiranu obuku za odvjetnike o tribunalima za reviziju odluka u zaštiti duševnog zdravlja, te tu kvalifikaciju postaviti kao preduvjet za odvjetnike koji zastupaju osobe na takvim sudskim raspravama;
11. Pokrenuti disciplinske postupke protiv odvjetnika koji ne zadovoljavaju osnovne standarde odvjetništva koje zahtijeva međunarodno pravo o ljudskim pravima.
12. **Uredi pučkog pravobranitelja i pravobraniteljice osoba s invaliditetom** bi trebali ući u trag pritužbama od strane osoba zadržanih u bolnicama, a koji nisu imali zakonskog zastupatelja ili su bili nedostatno zastupani i dovesti te slučajeve na sud, potražujući odštetu.

13. Proaktivno nadgledati ustanove u svrhu suzbijanja slučajeva samovoljnog zadržavanja i poboljšavanja okolnosti koje mogu dovesti do toga da osoba bude prisiljen potpisati ili dati verbalan pristanak da postane 'dobrovoljan pacijent'.
14. **Psihijatrijske bolnice i ustanove socijalne skrbi** moraju osigurati da osoblje bude upoznato sa zakonskim uvjetima za prihvata, te da se ti uvjeti poštuju. Potrebno je razviti kulturu u kojoj će osoblje obavijestiti nadređene, kao i pravobraniteljicu o slučajevima gdje zakonski uvjeti nisu zadovoljeni;
15. Svaka osoba koja boravi u psihijatrijskoj bolnici ili ustanovi socijalne skrbi mora biti usmeno informirana o svojim pravima i o tome što učiniti ako su njena prava povrijeđena. Te informacije moraju se distribuirati i u brošuri na jeziku i u formatu koji je razumljiv osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama;
16. Osigurati da 'dobrovoljni pacijenti' ne budu smješteni u zatvorene odjele;
17. Omogućiti da se, u slučajevima kada 'dobrovoljan pacijent' poželi otići suprotno savjetu liječnika, ne prekrši rok od dvanaest sati od trenutka opoziva pristanka u kojem liječnik smije zadržati tu osobu ukoliko on/ona zadovoljava kriterije za protuvoljno zadržavanje; i
18. Prestati hospitalizirati osobe za koje ne postoje medicinskih razlozi zadržavanja i poduzeti korake kako bi se osiguralo da se psihijatrija ne koristi kao oblik društene kontrole.

4. Poslovna sposobnost i institucionalizacija

U ovom poglavlju razmatra se kako se hrvatski sustav poslovne sposobnosti koristi da se osobe liši vlastite slobode, izolira od društva i oduzmu im se njihova prava. Prema podacima Ureda pravobraniteljice za osobe s invaliditetom u Hrvatskoj postoji više od šesnaest tisuća osoba s invaliditetom koji su lišeni poslovne sposobnosti. Međutim, ostaje pomanjkanje dostupnih statističkih podataka o broju osoba koje žive u ustanova socijalne skrbi, a koje se nalaze i pod skrbništvom. Monitori su utvrdili da u određenim ustanovama socijalne skrbi koje su posjećene tokom monitoringa skoro sve osobe koje tamo žive nalaze pod izvjesnim oblikom skrbništva⁹⁸.

4.1. Zakon o skrbništvu

a) Postojeći sustav

Skrbništvo je sustav u kojem se osobi koju se smatra 'nekompetentnom' ili 'nesposobnom' donositi odluke o vlastitom životu dodjeljuje osoba koja odlučuje umjesto nje – skrbnik – osoba koja će ju zastupati. U Hrvatskoj odluku o tome donosi lokalna državna ustanova pod nazivom Centar za socijalnu skrb (CSS) nakon pisane preporuke psihijatra⁹⁹. Nakon odobrenja, skrbništvo obično ostaje doživotan status, iako postoje odredbe koje dopuštaju privremeno rješenje u trajanju od dvije do tri godine. Hrvatski zakon osobi nudi mogućnost izbora svog skrbnika¹⁰⁰; no, u praksi, postupke obično pokreću članovi obitelji, upravitelj ustanova ili sam Centar za socijalnu skrb. Reviziju skrbničkog statusa neke osobe trebao bi pokrenuti Centar za socijalnu skrb svake tri godine, a ona bi morala uključivati liječničko mišljenje o zdravstvenom stanju osobe koje je bilo relevantno za razloge zbog kojih je osoba lišena poslovne sposobnosti¹⁰¹.

S obzirom na to da je mnoštvo osoba s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama koje su trenuno smještene u ustanove socijalne skrbi ili bolnice ujedno i lišen poslovne sposobnosti, sustav skrbništva ima snažan utjecaj na institucionalizaciju ovih osoba. Sustav je osmišljen kako bi se zaštitio interes osoba o kojima se skrbi, te je skrbnik dužan poštivati želje dotične osobe i s njom u dosluhu donositi odluke koje utječu na njen život. No, oduzimanjem poslovne sposobnosti osobe su automatski lišene osnovnih ljudskih prava, što uključuje, ali nije ograničeno na: pravo na rad, brak, odgoj djece, kontrolu vlastitog novca i imovine, te pravo na neovisno donošenje odluka o tome gdje i s kime žele živjeti. Osobama pod skrbništvom zabranjeno je glasovanje¹⁰², čime se produbljuje problem političke nevidljivosti osoba s intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama. Kao što je upravitelj ustanove **Vojnić** sažeto rekao, "prava skrbnika veća su od njihovih obveza".

98 Vidi tabelu u poglavlju 1 za broj korisnika pod skrbništvom u posjećanim ustanovama socijalne skrbi.

99 Statistika dostupna na <http://www.posi.hr/>. Posljednji put pristupano 30. rujna 2011.

100 Obiteljski zakon (Narodne novine br. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11), članak 174 (5).

101 Obiteljski zakon (Narodne novine br. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11), članak 165.

102 Zakon o izborima zastupnika u Hrvatski sabor - pročišćeni tekst (Narodne novine, br. 69/03), članak 4.

U skladu sa slučajem Europskog suda za ljudska prava, skrbništvo je dostupno u Hrvatskoj na osnovu da punoljetna osoba „nije sposobna brinuti se o osobnim potrebama, pravima i interesima ili koja ugrožava prava i interese drugih osoba“¹⁰³. Hrvatski sustav skrbništva protivan je članku 12 Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom (CRPD), jer ne priznaje da osobe s invaliditetom „imaju pravo svugdje biti priznate kao osobe jednake pred zakonom“ (tj. njihovu sposobnost da budu uživateli prava), kao i pravo da se koriste tim pravima. CRPD se temelji na ideji sudjelovanja i uključivanja, te čak i Preambula iznosi da bi „osobe s invaliditetom trebale imati priliku biti aktivno uključene u procese donošenja odluka o politikama i programima, uključujući one koje se tiču izravno njih samih“.¹⁰⁴ Članak 12 je multidisciplinarna odredba CRPD-a i prethodnik uživanju svih ostalih prava definiranih u Konvenciji. U članku se jasno navodi da osobe s invaliditetom „imaju poslovnu sposobnost na jednakoj osnovi kao i druge osobe u svim aspektima života“ (tj. sposobnost da ostvaruju svoja prava i obveze vlastitim djelovanjem kao uživateli tih prava).¹⁰⁵

Nadalje, Konvencija zahtijeva da se osobama kojima je potrebna podrška u ostvarivanju njihovih prava omogući pristup takvoj podršci¹⁰⁶. Hrvatsko zakonodavstvo je u tom smislu podbacilo s obzirom na to da u zakonu trenutno ne postoje alternative skrbništvu. Dokle god je to tako, osobe s invaliditetom neće imati priliku uživati svoja prava na istoj osnovi kao i druge osobe, uključujući pravo na samostalan život i uključivanje u zajednicu – što je od glavnog interesa u ovom izvješću¹⁰⁷. Postoje ciljane studije o općim nedostacima sustava skrbništva i njegove veze s institucionalizacijom osoba s invaliditetom¹⁰⁸. Uvođenje skrbništva u Hrvatskoj već je naišlo na kritiku¹⁰⁹. No, potreba za reformom sustava skrbništva konkretno je prepoznata i od strane EU-a i od strane hrvatske Vlade kao prioritetno pitanje uoči pristupa Hrvatske u EU¹¹⁰. Nalazi monitoringa, koji se navode u ovom poglavlju, imaju za svrhu istaknuti štetan utjecaj sustava skrbništva u hrvatskim ustanovama socijalne skrbi na ljudska prava osoba koje su mu podvrgnute¹¹¹.

b) Skrbništvo podržava institucionalizaciju

103 Obiteljski zakon (Narodne novine br. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11), članak 159. Citirano u presudi Europskog suda za ljudska prava u slučaju Krušković protiv Hrvatske, presuda od 21. srpnja 2011, aplikacija br. 46185/08, par 13.

104 CRPD, Preambula par. (o).

105 Studija OHCHR-a (26. siječanj 2009.). Tematska studija „Povećanje svijesti i razumijevanja o Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom“, paragraf 7. Dostupno na <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf> (posljednji put pristupano 28. kolovoza 2011.).

106 CRPD, Članak 12(3).

107 CRPD, Članak 19.

108 Vidi, na primjer, izvješća MDAC-a o skrbništvu i ljudskim pravima u Bugarskoj, Češkoj Republici, Kirgistanu, Rusiji i Srbiji. Dostupno na www.mdac.info

109 “Kad jednom uđeš, više nikad ne iziđeš: Deinstitutionalizacija osoba s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom”, Human Rights Watch, rujan 2010. Dostupno na <http://www.hrw.org/en/reports/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave-0> (posljednji put pristupano 22. srpanj 2011.).

110 Vidi Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske, 5. ožujak 2007., §4.2.4.2 (u Memorandum, skrbništvo (“guardianship”) se spominje kao starateljstvo “custodianship”); dostupno na http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/JIM-croatia_en.pdf (posljednji put pristupano 22. srpanj 2011.).

111 Članak 165. Obiteljskog zakona

Kao što je prethodno naznačeno, prihvata u ustanove socijalne skrbi reguliran je Zakonom o socijalnoj skrbi¹¹², a odluku o smještaju donosi lokalna državna ustanova pod nazivom Centar za socijalnu skrb (CSS)¹¹³ nakon primitka zahtjeva od strane osobe koja bi željela biti smještena u ustanovu ili od strane skrbnika¹¹⁴. Ukoliko je zahtjev odobren, CSS šalje upite pojedinim ustanovama vezano uz dostupnost slobodnog kreveta (za što je monitorima rečeno da postoji duga lista čekanja). Druga je mogućnost da korisnici budu primljeni u ustanovu socijalne skrbi po završetku liječenja u psihijatrijskoj bolnici. Za razliku od procesa prihvata u psihijatrijsku bolnicu, odluka CSS-a o smještaju osobe u ustanovu socijalne skrbi je administrativni, ne pravni postupak. Ustanove socijalne skrbi ne podliježu zakonima koji se odnose na zaštitu osoba s mentalnim smetnjama i kao posljedica toga, korisnici nemaju pristup zaštitnim mehanizmima koje takvi zakoni osiguravaju. Na primjer, ne postoji mehanizam putem kojeg osoba može zatražiti reviziju o smještaju u ustanovu, te ukoliko želi izaći iz ustanove, ne postoji sud kojem se mogu obratiti.

Dakle, korisnici ustanova socijalne skrbi mogu se podijeliti u dvije grupe: osobe koje traže smještaj u njima na temelju vlastite slobodne odluke (npr. osobe koje nemaju rodbine ili dostatna sredstva kako bi se mogli brinuti o sebi) i osobe lišene poslovne sposobnosti i smještene u ustanove socijalne skrbi na temelju odluke i zahtjeva od strane skrbnika. Ova posljednja kategorija korisnika prevladava među onima koje je MDAC susreo tijekom posjeta ustanovama u svrhu monitoringa u 2010.

c) Autonomija i oblici podrške

Glavna zamjerka koju MDAC ima vezano uz hrvatski sustav skrbništva je da se on, slično kao i u drugim državama, temelji na pogrešnoj premisi. Netočna premisa je da je ljude moguće podijeliti u dvije grupe: oni koji su sposobni i oni koji nisu sposobni. Jasno je da je to neistinito, jer je donošenje odluka povezano s određenim vremenskim intervalom i vrstom aktivnosti za koju se procjenjuje trenutna sposobnost. Svima nam je u jednom trenutku našeg života potrebna pomoć: možda smo po vlastitoj želji ili mimo vlastite želje pod utjecajem alkohola, možda smo bez svijesti jer nas je udario automobil, a možda samo imamo prolazne duševne smetnje. Podrška ovisi i o vrsti aktivnosti koju je potrebno napraviti: na primjer, osoba možda smatra da dovoljno shvaća problematiku i ima dovoljno informacija kako bi mogla samostalno donijeti odluku o tome hoće li staviti zubnu plombu, no ne i hoće li se podvrgnuti operaciji srca. Nekome je potpuno jednostavno donositi odluke o tome na koji način će potrošiti mjesečnu plaću, no ne i kako investirati golemu svotu koju je osvojio na lutriji.

U rujnu 2009. Thomas Hammarberg, Povjerenik za ljudska prava Vijeća Europe komentirao je ovaj pro-

112 Zakon o socijalnoj skrbi (Narodne novine 73/97, 27/01, 59/01, 82/01, 103/03, 44/06 i 79/07).

113 Zakon o socijalnoj skrbi, članak 75(1).

114 Zakon o socijalnoj skrbi, članak 76.

blem rekavši da invaliditet osobe, i problemi koji iz toga proizlaze kada je u pitanju zastupanje samih sebe pred tijelima vlasti, "nije opravdanje za rutinsko proglašavanje osobama s mentalnim teškoćama nesposobnima i dodjeljivanje zakonskih skrbnika, čime osobe gube pravo glasa kad su u pitanju važne odluke koje utječu na njihove živote"¹¹⁵.

Kako bi napravili odmak od inkapacitacije i približili se autonomnosti i samostalnosti, potrebno je zakonski osigurati, kako CRPD i zahtijeva, da osobe s invaliditetom dobiju podršku koja im je potrebna kako bi donosili odluke s kojima se suočavaju. Sustav u kojem postoji isključivo potpuno skrbništvo i ništa drugo, ne može postići taj cilj.

Podrška u donošenju odluka uključuje niz načina na koje je osobi moguće pomoći pri donošenju odluka i osigurati da treće strane – poput liječnika, odvjetnika, bankara, pružatelja usluga ili društveni radnici – te odluke i ispoštuju. Njome se omogućuje svim osobama da zadrže vlastitu poslovnu sposobnost. Članak 12 CRPD-a navodi da sve osobe, bez obzira na njihov invaliditet, imaju pravo izraziti se i donositi vlastite odluke, što je poznato kao autonomno donošenje odluka. Članak također navodi da osobe imaju pravo na podršku kako bi ostvarili svoju poslovnu sposobnost¹¹⁶, što je poznato kao donošenje odluka uz asistenciju. Stoga, osobe kojima je potrebna pomoć pri donošenju odluka trebaju tu pomoć i dobiti bez oduzimanja njihove poslovne sposobnosti.

Pomoć pri donošenju odluka omogućuje osobama da donose odluke uz pomoć ljudi koji su im najbliži, te kojima vjeruju: obitelji, prijatelji i kolege. Općenito gledano, na taj način ljudi i inače donose odluke: oslanjajući se na znanje i stručnost ljudi oko sebe, jer je nemoguće posjedovati sve vještine i informacije koje su potrebne za donošenje svih vrsta potencijalnih odluka u životu. Na primjer, prilikom kupovine automobila, vjerojatno ćemo se posavjetovati s mnogo ljudi, iz različitih razloga: s prodavačem radi raspoloživosti, s mehaničarem radi tehničke izrade, s prijateljima kako bi saznali koje su im najdraže marke i modeli, s partnerom i obitelji oko veličine i boje, te sa službenikom banke kako bi vidjeli možemo li si to i priuštiti.

Događa se da osoba ne posluša niti jedan od ovih savjeta ili prihvati savjet nepouzdanih ili nestručnih osoba, a to može dovesti do pogreške. No, njihovo je pravo da to učine. Dostojanstvo preuzimanja rizika dio je onoga što znači biti ljudsko biće; donošenje pogrešne odluke rizik je koji čini dio procesa donošenja odluka i ne predstavlja osnovu za lišavanje osobe sposobnosti da ostvaruje svoja prava. Zakon ne bi trebao pretjerano štiti osobe s invaliditetima od počinjenja pogrešaka, ako osobe koje nemaju invaliditet ne štiti od istoga. Donošenje odluka uz asistenciju jednostavno unosi ovaj prirodan način donošenja odluka u zakon. Kao što je Povjerenik za ljudska prava Vijeća Europe rekao, neovisnost i autonomija "ne tiču se sposobnosti da sve radimo sami, nego kontrole nad našim životima i mogućnosti da donosimo odluke koje će drugi ispoštivati".¹¹⁷

Principi koji trebaju usmjeravati reformu zakona i uvođenje donošenja odluka uz asistenciju uključuju:

115 Thomas Hammarberg, "Viewpoint: A neglected human rights crisis: persons with intellectual disabilities are still stigmatised and excluded", 14. rujan 2009.

116 CRPD, Članak 12(3).

117 Par. 5.1.

1. **Nezadiranje u poslovnu sposobnost** – donošenje odluka uz asistenciju razlikuje se od oduzimanja ili ograničavanja poslovne sposobnosti neke osobe. Osoba kojoj se pomaže zadržava potpunu poslovnu sposobnost, te u tehničkom smislu sve odluke donosi samostalno.
2. **Slobodan dogovor** - donošenje odluka uz asistenciju mora se temeljiti na slobodnom dogovoru između osobe kojoj se pomaže i pomagača.
3. **Odnos povjerenja** - donošenje odluka uz asistenciju mora se zasnivati na odnosu povjerenja između osobe kojoj se pomaže i pomagača.
4. **Dobrovoljnost** - donošenje odluka uz asistenciju mora se temeljiti na odnosu slobodne volje/dobrovoljnom odnosu između osobe kojoj se pomaže i pomagača.
5. **Besplatna pomoć** – pomoć mora biti neovisna od pružene usluge; obično od strane prijatelja, obitelji, nevladine organizacije ili grupe unutar zajednice.
6. **Odluku donosi osoba kojoj se pomaže** – pomagač pomaže osobi na način međuovisnosti, no ne preuzima kontrolu nad samim donošenjem odluke. Uloga pomagača je olakšati i pomoći osobi da shvati koje izbore ima te da svoju odluku prenese drugima.
7. **Mehanizmi zaštite** – slično kao kod sustava skrbništva, i kod potpomognutog donošenja odluka može doći do iskorištavanja i zlouporabe. Na primjer, osoba koja pomaže može zatajiti relevantne informacije ili donijeti odluku umjesto osobe kojoj pomaže. Regulative moraju sadržati učinkovite mjere zaštite kako bi se iskorištavanje, nasilje i zlouporaba spriječili i otklonili. Potrebno je uvesti sustav zaštite za odrasle osobe.

U siječnju 2009., Parlamentarna skupština Vijeća Europe (PACE) pozvala je zemlje članice da “zajamče osobama s invaliditetom zadržavanje i ostvarivanje poslovne sposobnosti na istim osnovama kao i ostali članovi društva”¹¹⁸, osiguravajući da njihovo “pravo odlučivanja ne bude ograničeno ili povjereno drugima, da se mjere koje se na njih odnose izrađuju individualno, te da imaju mogućnost dobiti pomoć prilikom donošenja odluka od strane pomagača”¹¹⁹.

PACE nadalje preporučuje zemljama članicama poštivanje CRPD-a, te da osiguraju da: “osobama ko-

118 Rezolucija 1642 (2009) Parlamentarne skupštine Vijeća Europe, 26. siječanj 2009., “Access to rights for people with disabilities and their full and active participation in society”, par. 7. Dostupno na <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta09/ERES1642.htm> (posljednji put pristupano 22. srpanj 2011.).

119 Ibid, par. 7.1.

jima je dodijeljen skrbnik ne budu oduzeta temeljna prava (poput prava na vlastitu imovinu, na rad, na obiteljski život, na brak, na glasovanje, na sklapanje saveza i udruživanje, podizanje pravnih postupaka i sastavljanje oporuke), te da im se, tamo gdje im je potrebna pomoć kako bi ostvarili ta prava, omogući odgovarajuća podrška bez potiskivanja njihovih želja i namjera”¹²⁰, te da su potrebni zaštitni mehanizmi poput periodičkih revizija koje u potpunosti uključuju osobu na koju se one odnose i tijekom kojih im je osigurano adekvatno zastupanje pred zakonom¹²¹.

4.2. Poslovna sposobnost – praksa

U ovom odlomku naznačeni su neki od načina kako način upotrebe skrbništva utječe na ljudska prava osoba s invaliditetom u Hrvatskoj u odnosu na osobe smještene u ustanove i njihovo pravo na samostalan život u zajednici.

a) Skrbništvo dovodi do samovoljnog zadržavanja

Obitelji se ponekad služe skrbništvom kako bi se riješili neželjenih članova obitelji. Mnogi korisnici s kojima su monitori u ustanovama razgovarali nisu uspjeli poništiti skrbništvo nad sobom, jer njihov skrbnik – obično član obitelji – to odbija. Kao posljedica toga, nemaju drugog izbora no ostati u ustanovi s obzirom na to da zakon ne predviđa ijedan drugi mehanizam kojim bi te osobe mogle imati izravan pristup pravnom sustavu.

Monitoring tim je razgovarao sa ženom u **Mirkovcu** koja je dvadeset godina živjela u ustanovi, a prije toga je provela deset godina u **Lobor-gradu**. Monitorima je izjavila da je opetovano izražavala želju da se vrati u kuću čiji je vlasnik i živi tamo sa svojom obitelji. Njezin sin/skrbnik trenutno živi u njenoj kući sa svojom ženom i dvoje sinova, a majci je rekao da za nju tamo nema mjesta. Žena smatra svoj skrbnički status nepotrebnim, ali misli i da je njeno mišljenje nevažno s obzirom na to da, kako nam je rekla: “županija [vlasti] su to željele.” Monitor je upitima ustanovio da je jedini lijek kojeg uzima lijek za krvi tlak. Monitoring tim je razgovarao i sa čovjekom koji živi u **Lobor-gradu** i pokušava iz njega otići već osamnaest mjeseci. Socijalni radnici u ustanovi upoznati su s njegovom željom da ponovno uspostavi svoju poslovnu sposobnost, te se slažu da ne postoji potreba za njegovim boravkom u ustanovi. No, njegova majka/skrbnik ne želi pristati na to, jer se boji da će se vratiti u rodni grad gdje zajednica na njega gleda kao na osobu koja stvara probleme.

Oduzimanjem poslovne sposobnosti i institucionalizacijom, povećava se mogućnost nasilja, iskorištavanja i zlorabe. 2008., tadašnji specijalni izvijestitelj o pitanjima mučenja, Manfred Nowak, izdao je izvještaj

120 Ibid, par. 7.2.

121 Ibid, par. 7.3.

čije glavno područje interesa su bile osobe s invaliditetom.¹²² U tom izvještaju, Nowak je izravno povezao poslovnu sposobnost s mogućnošću izlaganja mučenju objasnivši da:

“Mučenje, kao najozbiljniji oblik kršenja ljudskog prava na osobni integritet i dostojanstvo, pretpostavlja stanje bespomoćnosti, u kojem je žrtva pod potpunom kontrolom druge osobe. Osobe s invaliditetom često se nalaze u takvim situacijama, na primjer kada su lišene slobode i smještene u zatvore ili neke druge ustanove ili kad nad njima imaju kontrolu njihovi negovatelji ili zakonski skrbnici. U takvom kontekstu, određeni invaliditet koju neka osoba ima stvara veću vjerojatnost da se ona nađe u situaciji gdje će ovisiti o nekome, čime postaje lakša meta zlostavljanja. No, ono što takve osobe čini “nemoćnima” često su vanjske okolnosti, poput onih u kojima im diskriminirajući zakoni ili prakse oduzimaju njihovo pravo na odlučivanje i poslovnu sposobnost i predaju ih drugima”¹²³.

Nowak nadalje zaključuje da je oduzimanje poslovne sposobnosti jedan od oblika državne prešutne suglasnosti kad je u pitanju nasilje nad osobama s invaliditetom¹²⁴.

b) Skrbništvo uzrokuje doživotnu institucionalizaciju

Monitoring tim je razgovarao s nekoliko korisnika u **Lobor-gradu** koji su tamo smješteni već više od dvadeset godina, dok nam je osoblje u svim ustanovama socijalne skrbi koje smo posjetili reklo kako očekuju da će osobe koje su nedavno smještene u ustanove, a koje imaju skrbnike u ustanovi provesti ostatak svog života. Upravitelj **Vojnića** je to nazvao “trajnim boravkom”, a uprava u **Mirkovcu** nam je potvrdila da kreveti postaju raspoloživi tek “kad netko umre”. Prosječno trajanje boravka za korisnike u **Osijeku** kreće se između deset do petnaest godina, dok je najdulji boravak do sada trajao 43 godine. Osoblje nam je objasnilo kako je namjera sustava socijalne skrbi koja stoji u pozadini toga da osobe ostanu u ustanovi zauvijek. Kao posljedica toga, osoblje je navelo kako su naponi da se te osobe vrati natrag u okrilje zajednice, ponovno uspostavi njihova poslovna sposobnost ili razviju kod njih vještine potrebne za život izvan ustanove, često bili uzaludni.

c) Skrbništvo ne sprječava zlostavljanje

Kao sustav, skrbništvo ima za svrhu zaštititi osobe od lošeg postupanja. No, nalazi koje su MDAC i Sjaj prikupili sugeriraju da sustavu nedostaju zaštitni mehanizmi koji su potrebni za postizanje tog cilja. “Nedostatak interesa” od strane skrbnika, prema onome što nam je reklo osoblje ustanova, navodi se kao razlog zbog kojeg neke osobe ostaju u ustanovama protiv svoje volje. Monitoring timu je rečeno da nekoliko korisnika pod skrbništvom nemaju ikakvog kontakta sa svojim skrbnicima. Velika udaljenost ustanova socijalne skrbi smatra se uobičajenim razlogom zbog kojeg skrbnici ne ispunjavaju svoju obvezu od dva

122 Manfred Nowak, “Interim Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment”, A/63/175, 28. srpanj 2008. Dostupno na <http://unispal.un.org/UNISPAL.NSF/0/707AC2611E22CE6B852574BB004F4C95> (posljednji put pristupano 21. srpanj 2011.).

123 Ibid, par. 50.

124 Ibid, par. 69.

posjeta godišnje¹²⁵. U nekim ustanovama nezainteresiranost skrbnika nalaze ozbiljnim problemom, posebice kad se radi o pristanku na liječničku terapiju. To je tako iz razloga što osobe koje su pod skrbništvom nemaju zakonsko pravo donositi ikakve odluke vezano uz njihovo liječenje – uključujući terapiju za tjelesna ili duševna oboljenja – neovisno o njihovim stvarnim željama.

d) Lokalne vlasti kao prepreka reformi?

Ovdje se navode stavovi osoblja ustanova socijalne skrbi koje smo posjetili, a koje je podijelilo s nama svoja mišljenja o tome zašto je sustav skrbništva iznevjerio korisnike u njihovim ustanovama¹²⁶. Uprava i osoblje u **Mirkovcu, Lobor-gradu i Osijeku** ukazali su nam na činjenicu da je neaktivnost Centra za socijalnu skrb dovela do rasta svijesti o ulozi samog osoblja u olakšavanju vraćanja korisnika u zajednicu. Upravitelji ovih ustanova izjavili su MDAC-u i Sjaju kako smatraju da je u mnogim slučajevima skrbništvo neprimjereno primijenjeno s obzirom na to da sposobnosti i stanje same osobe pod skrbništvom ne opravdavaju takvu mjeru. Ohrabrujuće je bilo čuti da su neke ustanove razvile interne postupke kako bi se osobama pomogle da ukinu skrbništvo ukoliko pokažu interes za to. Osoblje u **Osijeku** reklo je monitorima da proaktivno informiraju osobe koje tamo žive o njihovom pravu da ulože zahtjev za ukidanjem skrbništva, te im pomažu kontaktirajući nadležni Centar za socijalnu skrb u njihovo ime. Najglasniji zagovaratelji ovakve pozicije bili su zaposlenici iz **Lobor-grada** koji su monitorima rekli da “predano rade na” pokretanju postupka za ukidanje skrbništva ukoliko za to postoji potreba. No, potrebno je napomenuti da niti jedna ustanova nije monitorima ponudila dokaze koji bi potkrijepili navedene tvrdnje. Ipak, ustanova u **Lobor-gradu** pokrenula je unutar svog prostora program domova za zaštićeno stanovanje s namjerom da ponudi korisnicima prijelazno rješenje iz života u ustanovi prema životu u zajednici, što je namjera koju MDAC i Sjaj pohvaljuju.

U svim ustanovama socijalne skrbi osoblje je izrazilo zabrinutost da se Centri za socijalnu skrb bore s preopterećenošću poslom što rezultira neadekvatnim bavljenjem okolnostima individualnih slučajeva osoba koje su pod skrbništvom. Osoblje u ustanovama bilo je vidljivo frustrirano kritizirajući obrambeni stav Centra za socijalnu skrb. Najčešće pritužbe bile su:

1. Posjeti osoblja nadležnih Centara za socijalnu skrb (u daljnjem tekstu, CSS) ustanovama imaju usku svrhu te oni “nikada ne uzimaju u obzir bilo koji prijedlog ili pritužbu” osoblja;
2. CSS ne odgovaraju na zahtjeve korisnika ustanova uključujući njihove želje za ukidanjem skrbništva;
3. “Odbijanje” CSS da provjeri postoje li poboljšanja u zdravstvenom stanju osoba (ako je poslovna sposobnost ukinuta na temelju liječničkih dokaza, provjera poboljšanja zdravstvenog stanja prethodi ponovnoj uspostavi poslovne sposobnosti);

125 Obiteljski zakon (Narodne novine br. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11), članak 202 (1)

126 Ovaj izvještaj temelji se isključivo na opažanjima i razgovorima s osobljem, korisnicima i pacijentima u promatranim ustanovama. Daljnje istraživanje ovog područja uključivalo bi traženje mišljenja Centara za socijalnu skrb.

4. CSS nedovoljno primjenjuje zakonsku odredbu koja nalaže redovitu reviziju skrbništva nad osobom;
5. Prije trogodišnjih revizija, CSS su samo u rijetkim slučajevima pokretali postupke ukidanja skrbništva nad osobama kojima ono vidljivo nije potrebno;
6. CSS nemaju volje surađivati s ustanovama bilo u smislu njihove obveze da nadgledaju skrbnike ili vezano uz činjenicu kako oni sami funkcioniraju kao skrbnici;
7. U slučajevima gdje je skrbnik CSS, njihovi socijalni radnici čine “goli minimum” kako bi odgovorili na potrebe osoba pod skrbništvom za koje su odgovorni;
8. CSS pridaju manju pažnju osobama pod njihovim skrbništvom koje žive u ustanovama u usporedbi s onima koji žive u zajednici. Smatra se da je razlog tome pretpostavka kako će osoblje ustanove ispuniti ulogu kvazi-skrbnika;
9. CSS preferiraju da osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama budu trajno smještene u ustanove, te ne reaguju na prijedloge o reintegraciji korisnika u zajednicu;
10. Odbijanje CSS da priznaju osobi pravo na život u zajednici prepreka je pokretanju programa koji zagovaraju život u zajednici;
11. Osoblje CSS nepristupačno je i izaziva strah. Neki od članova osoblja posjećenih ustanova rekli su monitorima da se boje kritizirati CSS zbog straha od negativnih posljedica za ustanovu.

e) Sukobi interesa

Još od prethodnog monitoringa u Hrvatskoj 2007., monitoring tim je primijetio da postoji rasprostranjenost praksa da osoblje ustanove djeluje kao skrbnik osoba koje žive u ustanovi. Ako je funkcija skrbnika dana upraviteljima ili socijalnim radnicima ustanove gdje osoba živi, javlja se sukob interesa i nemoguće je jamčiti zaštitu prava i interesa te osobe iznad svih ostalih interesa i konflikata. S pozitivne strane, primijećeno je da je ovakva praksa u padu u izvjesnim institucijama. Konkretno, upravitelji **Mirkovca** i **Lobor-grada** izrazili su neslaganje s ovakvom procedurom. te su obojica izjavili kako su se suprotstavili preporukama da oni sami ili njihovo osoblje budu imenovani skrbnicima osoba koje žive u ustanovi za koju su oni nadležni. Za razliku od nalaza iz 2007., niti jedan član osoblja više nije imao funkciju skrbnika za osobe koje žive u ovim konkretnim ustanovama.

No, monitori su duboko zabrinuti zbog politike i prakse koja se provodi u ustanovi **Vojnić** koja pokreće postupke za dodjelu skrbništva za sve osobe koje se smještaju u ovu ustanovu; oduzimanje poslovne sposobnosti je preduvjet za nastavak boravka u ustanovi. Članovi osoblja objasnili su da “je proces donošenja odluka koje se tiču korisnika jednostavniji ukoliko ne moramo imati suglasnost samih korisnika ili njihovih obitelji”, te da se takve mjere “provode radi veće zaštite korisnika”. Jasno je da se skrbništvo koristi radi interesa osoblja, jer u tom slučaju nije potrebno konzultirati osobe koje žive u Vojniću vezano uz odluke koje utječu na njihove živote. To jasno pokazuje na koji način se skrbništvo koristi u svrhu oduzimanja prava, a ne za njihovo promicanje, zaštitu i ostvarivanje.

Preporuke

Autori ovog izvješća ozbiljno preporučuju da hrvatska Vlada ovome pristupi kao trenutno prioritetnom pitanju u svrhu poštivanja članka 12 CRPD-a:

1. Izmijeniti zakon kako bi se skrbništvo potpuno uklonilo iz zakona;
2. Usvojiti alternative skrbništvu uključujući donošenje odluka uz asistenciju, napredne direktive i trajne ovlasti odvjetnika;
3. Izmijeniti zakon kako bi se skrbnicima oduzela mogućnost da osobu daju u prihvata u psihijatrijsku bolnicu ili ju smjeste u ustanovu socijalne skrbi protiv njene volje;
4. **Ustanove socijalne skrbi i Centri za socijalnu skrb** trebali bi revidirati status skrbništva za svaku osobu pod skrbništvom i pokrenuti postupke za vraćanje poslovne sposobnosti osobama koji ne žele biti od skrbništvom.

5. Život u instituciji

Institucija je mjesto gdje su osobe "izolirane, izdvojene i/ili žive zajedno, a gdje one nemaju ili im nije dozvoljeno imati kontrolu nad svojim životima i svakodnevnim odlukama."¹²⁷ Za mnoge osobe sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama koje žive u psihijatrijskim bolnicama ili ustanovama socijalne skrbi, način života kojeg vode karakterizira ono što je sociolog Erving Goffman nazvao "totalna institucija"¹²⁸. Taj se pojam odnosi na ustanove koje su u fizičkom i socijalnom smislu odvojene od ostatka društva. Životi ljudi unutar institucija odvijaju se gotovo u potpunosti unutar zidova ustanove, te pod ingerencijom i kontrolom osoblja u ustanovi. U takvim situacijama osobe ovise o ustanovi kad su u pitanju njihove osnovne potrebe, te im nije dozvoljeno samostalno donositi odluke o svakodnevnom životu ili planovima za budućnost. Život u ustanovi obično znači da osobe koje tamo žive ne mogu slobodno odlučivati kada će ustati ili ići spavati, što ili gdje će jesti i piti, u kojoj sobi će živjeti i kako će ju urediti, s kime će provoditi vrijeme – kada, gdje i kako –, gdje će raditi i kako će provesti slobodno vrijeme.

Nadalje, osobe koje žive u ustanovama prisiljene su poštovati dnevnu rutinu koja nije samo strogo nametnuta, nego i jednaka za sve osobe koje žive u ustanovi. Dijelovi rutine obavljaju se u grupama bez individualnog pristupa ili mogućih izbora unutar rutine. Život u ustanovi često znači da su osobe koje tamo žive prisiljene spavati kad i svi, jesti kad i svi, prati se kad i svi, provoditi dane kao i svi, te – ukoliko je u ustanovi moguće imati zaposlenje – raditi kad i svi. Privatnosti nema, a kada svlačenje postaje javni čin, a intimne odnose nadgleda osoblje i promatraju ostale osobe koje žive u ustanovi, degradacija i poniženje postaju neizbježna životna činjenica.

Dokidanje osobnosti dodatno se očituje kroz nošenje uniforma, te negiranje ili nedostatak osobne imovine. Ukratko, život u ustanovi lišava osobe sredstava pomoću kojih one izražavaju svoju osobnost ili shvaćanje društvenog statusa. Kada su izbori uskraćeni u korist pravila i učinkovitog funkcioniranja ustanove, razlika u moći između osoblja i osoba koje žive u ustanovama se povećava, a kontrola raste. Unutar sustava "totalne institucije" nema mjesta za autonomiju pojedinca, a ponašanje koje odstupa od norme biva kažnjeno.

Za osobe koje dulji ili kraći period provedu kao pacijenti u psihijatrijskoj bolnici ili za one koji su prisiljeni živjeti u ustanovama socijalne skrbi kao korisnici, osoblje ustanove često su jedine osobe iz šireg društvenog okruženja s kojima osobe koje tamo žive imaju redoviti kontakt. Stav i moral osoblja, kao i njihovo ponašanje, stoga su sastavni dio fizičkog i duševnog dobrostanja osoba koje žive u ustanovama. Radna kultura u ustanovi ima izravan utjecaj na to u kolikoj će se mjeri kršiti prava osoba u ustanovi. No, sama priroda "totalne institucije" podrazumijeva da čak i najdobronamjernije osoblje ima znatnu kontrolu nad osobama koje žive u ustanovi, te mogu nad njima raditi prisilu.

127 Definicija ustanove koju koriste organizacije osoba s invaliditetom uključujući europsku i kanadsku Udrugu za promicanje života u zajednici. <http://www.cacl.ca/english/index.asp>

128 Goffman, E., (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Garden City, N.Y.: Doubleday, Anchor.

Standardi koje je razvio Europski odbor za sprječavanje mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) od djelatnika zdravstvene skrbi zahtijeva reviziju pravila i praksa koje stvaraju napetu atmosferu između osoblja i osoba koje se smatra 'pacijentima'¹²⁹. Vezano uz odnos liječnika i njegovatelja, CPT zagovara iskrenu zainteresiranost za uspostavu terapijskog odnosa s 'pacijentima', te odvraća od zanemarivanja "pacijenata koje bi se moglo smatrati teškima ili bez potencijala za rehabilitaciju"¹³⁰. Usprkos različitim prirodama odnosa osoba koje žive u ustanovama i osoblja koje u tim ustanovama radi na koje smo naišli u monitoriranim psihijatrijskim bolnicama, monitori su opazili da osoblje općenito govoreći nije uvijek davalo prednost terapijskom fokusu, te se činilo da imaju znatnu kontrolu nad osobama koje žive u posjećenim bolnicama – posebno onima sa zatvorenih odjela, gdje je jedna od osoba koje živi u bolnici rekao monitoring timu da im osoblje daje "osjećaj nemoći".

Nadalje, iako institucionalan stil života ne odražava način života koji bi šire društvo u cjelini slijedilo ili uopće smatralo prihvatljivim, obično ga se opravdava sveobuhvatnim planom ili racionalizacijom (zatvor na primjer). Tako su razlozi za dugoročnu segregaciju u ustanovama socijalne skrbi "skrb" i "rehabilitacija", iako se samo nekolicina njih uspije vratiti u zajednicu. U psihijatrijskim ustanovama (u kojima ne borave forenzički pacijenti) argument je "terapija", čak i ako je nametnuta ili "lijek", iako psihijatrijski lijekovi utječu samo na simptome. U slučaju institucijalizacije osoba sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama, opravdanje se često temelji na premisi predrasuda, zabluda, protekcionizma i stigme, što rezultira kršenjem cijelog mnoštva prava – uključujući pravo na samostalan život i uključivanje u zajednicu, pravo na sudjelovanje u javnom i političkom životu (na primjer pravo glasanja), pravo na sudjelovanje u kulturnom životu, rekreaciji, slobodnim aktivnostima i sportu, pravo na slobodu izražavanja i mišljenja, pristup informacijama, poštivanje privatnosti, dom i obitelj, pravo na zdravlje i pravo na rad¹³¹.

Po samoj svojoj prirodi, način života u instituciji znači smanjenu mogućnost privatnosti, izbora i samostalnosti; njime se povećava izolacija i segregacija, a promiču se odnosi ograničavanja, ovisnosti, kontrole i nemoći. U ovom se poglavlju navode primjeri koji prikazuju kako se to događa u psihijatrijskim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj, te ističe inherentna diskriminacija i dehumanizacija koja je rezultat isključivanja osoba iz zajednice, čime ih se prisiljava na život u institucijama i od njih očekuje da ih smatraju svojim 'domom'.

129 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, par. 31.

130 Ibid., par. 41.

131 CRPD članci 19, 29, 30, 21, 22, 23, 25 i 27.

5.1. Segregacija

S aspekta terapije i zaštite, održavanje kontakta s drugima od ključne je važnosti. Stoga bi osobama koje žive u ustanovama trebali biti osigurani i dostupni posjeti, mogućnost dopisivanja, te pristup telefonu¹³². Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama pacijentima osigurava i pravo na: druženje s drugim ljudima unutar institucije, posjete¹³³, slanje i primanje pošte (o vlastitom trošku), te obavljanje telefonskih razgovora bez nadgledanja ili ograničenja¹³⁴.

a) Geografska izolacija

Udaljenost lokacija na kojima su ustanove smještene značajna je prepreka održavanju veza osoba koje žive u ustanovama sa svojim obiteljima i prijateljima. Na primjer, **Popovača** i **Mirkovec** udaljeni su sat i pol vožnje od Zagreba, u prirodi. U Popovači je gotovo nemoguće doći javnim prijevozom, dok od najbliže željezničke stanice do **Mirkovca** treba dugo hodati. **Ugljan** i **Rab** smješteni su na otocima uz dalmatinsku obalu, te fizički odvojeni od ljudi s kopna, a pristup posjetiocima je otežan i skupocjen, jer zahtijeva vožnju trajektom. Monitoring timu je u mnogo navrata rečeno, bilo od strane osoblja ili od strane osoba koje žive u ustanovama, da se ljudi šalju u ove bolnice "da ih se zaboravi".

Zemljopisna udaljenost utječe na kontakt osoba koje žive u ustanovama i njihovih posjetioca. Od 483 osoba koje žive u bolnici **Ugljan**, samo njih deset mjesečno primaju posjete obitelji, prema riječima sestara. Dostupnost i troškovi prijevoza također se iznose kao razlozi zbog kojih skrbnici ne izvršavaju svoje obvezne posjete. Nadalje, u bolnici **Rab** nije dostupan noćni smještaj, a vrijeme posjeta je samo dva sata na dan, i to uz prethodan dogovor. Osoblje je potvrdilo da ne primaju nenajavljene posjetiце, što je nešto što značajno umanjuje vjerojatnost posjeta. **Mirkovec** i **Lobor-grad** imaju godišnje "obiteljske dane", osoblje ovih ustanova navelo je da je ta inicijativa pomogla u održavanju odnosa, te se veći broj osoba koje žive u ovim ustanovama sada povremeno vraća kući na kraće boravke. Za većinu osoba koje žive u ovim ustanovama, godišnji obiteljski dan je jedino vrijeme kad ih netko posjeti, ako ih itko ikad i posjećuje.

Hrvatsko zakonodavstvo nalaže da prihvati osobe u psihijatrijsku bolnicu koja se nalazi izvan područja njihovog uobičajenog boravišta treba biti iznimka¹³⁵. No, čini se da se ova odredba slabo poštuje. Monitoring tim je susreo osobe koji su primljeni u bolnice i ustanove socijalne skrbi koje se nalaze stotinjak kilometara od njihovih rodni gradova ili posljednjeg boravišta. To produbljuje težinu održavanja društvenih

132 Vidi, na primjer, 8. Opće izvješće CPT-a, par. 54.

133 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Članak 11 par. 1 točka 9.

134 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Članak 11 par. 1 točka 10.

135 Usp. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 12 par. 1 nalaže da osoba mora biti smještena u psihijatrijskoj bolnici koja se nalazi u mjestu njena prebivališta; ako nema prebivalište, onda u mjestu njenog boravišta; ako nema boravište, onda u psihijatrijskoj bolnici mjesta gdje je osoba zatečena; a ako u tom mjestu nema psihijatrijske bolnice, onda u psihijatrijskoj bolnici koja je najbliža mjestu njezina prebivališta, boravišta ili mjesta gdje je osoba zatečena. Također, prema članku 12 par. 2 Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, potreban je pisani pristanak osobe ili skrbnika osobe kako bi se osobu smjestilo u bolnicu koja ne odgovara prethodno navedenim uvjetima.

veza, te je osoblje u svim ustanovama socijalne skrbi, posebno u **Lobor-gradu**, naglasilo da nedostatak kontakta između osoba koje žive u ustanovama i njihovih obitelji znatno doprinosi njihovom uvjerenju da su te osobe zaboravljene – ili da će to uskoro postati.

b) Cenzura u komunikaciji

Izdvojenost osobe od društva ne proizlazi samo iz fizičke izoliranosti koja je inherentna životu u instituciji. Ona je također i posljedica zapreka široj komunikaciji s ljudima koji žive izvan institucije. S obzirom na rijetke posjete za mnoge osobe koje žive u ustanovama komunikacija s vanjskim svijetom održava se pismima i telefonskim pozivima (monitori nisu naišli na dokaze o uporabi elektroničke pošte jer osobe koje žive u ustanovama nemaju pristup internetu).

Svim osobama koje žive u ustanovama bila je dozvoljena uporaba javnih telefonskih kabina (iako u **Vojniću** postoje samo dvije kabine za 175 korisnika), i posjedovanje mobilnih telefona (iako je to bilo moguće samo za one koji rade ili koji imaju nekog tko će plaćati račun). Iz razgovora s pacijentima, korisnicima i osobljem, monitori su zaključili da financijski trošak korištenja telefona znači kako to zapravo nije učinkovit način za redovito održavanje kontakta s vanjskim svijetom.

MDAC i Sjaj su dobili nekoliko pritužbi na ometanje dolazne i odlazne pošte u **Vojniću, Rabu i Popovači**. Odgovor upravitelja **Vojnića** je da osoblje kontrolira pakete kako bi pregledali nalazi li se u njima "alkohol, kvarljiva hrana ili potencijalno opasni predmeti". Osoblje u **Popovači** izjavilo je da redovito provjeravaju dolaznu poštu osoba koje žive u toj ustanovi, a koje su pod sudskom zabranom kako bi otkrili "zlomamjernu poštu". Jedna osoba koja živi u **Rabu** izjavio je da je vidjela kako zaposlenici ustanove čitaju njeno pismo i čula kako razgovaraju o tome treba li pismo treba poslati osobi kojoj je namijenjeno. Bio to izolirani incident ili raširena praksa, radi se o kršenju prava na slobodu i privatnost korespondencije i komunikacije koju jamči hrvatski zakon, te međunarodno pravo¹³⁶.

S obzirom na to da je teško održavati postojeće odnose, uspostava novih društvenih kontakata izvan institucija gotovo je nemoguća. Takve prepreke stvorene ljudskim djelovanjem stvaraju znatne zapreke osobama koje žive u ustanovama, zbog čega vlada vrlo teško može tvrditi da osobama sa psiho-socijalnim poteškoćama osigurava uživanje "[p]unog i učinkovitog sudjelovanja i inkluzije u društvo", što je temeljni Princip u UN-ovoj Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom.¹³⁷

¹³⁶ Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 11, par. 4, pravo na slanje i primanje pošte, paketa i posjetica može se ograničiti samo kad postoji osnovana sumnja da osoba s duševnim smetnjama nastoji pribaviti oružje, drogu, dogovara se o bijegu ili počinjenju kaznenog djela ili kad to zahtijeva zdravstveno stanje osobe. Monitori nisu dobili dojam da u ustanovi postoje definirane politike ili obuka osoblja o tome kako provoditi ovaj zakon. Cenzura je stoga provedena proizvoljno.

¹³⁷ CRPD, Članak 3.

c) Ograničenja slobode kretanja

Za razliku od situacije u kojoj se nalaze 'protuvoljni pacijenti'¹³⁸ u psihijatrijskim bolnicama, osobe koje žive u ustanovama socijalne skrbi trebale bi imati slobodu da odlaze i vraćaju se u ustanovu prema vlastitoj želji, jer pravno gledano nisu u pritvoru. Pravila i odredbe u kojima se to definira obično se nalaze u kućnom redu ustanove, poput zabrane izlazaka poslije 21.00 h (u **Osijeku**) ili 22.00 h (u **Mirkovcu**), posebne potrebne dozvole za izbivanje noću i odobrenje Centra za socijalnu skrb za izbivanja dulja od jedne noći. Opća praksa u svim ustanovama socijalne skrbi koje smo posjetili je da je za napuštanje ustanove potrebna dozvola socijalnog radnika, no ne postoje ozbiljne reperkusije ili kazne ukoliko korisnici napuste ustanovu ili ostanu vani bez dozvole.

U **Mirkovcu** i **Lobor-gradu**, osoblje je izjavilo da se rijetko dogodi da se korisnici ne vrate. MDAC-u je rečeno da "se oni obično vrate ili odu kući, a onda susjedi ili ljudi iz sela zovu nas da ih vratimo natrag". Druga je opcija da osoblje samo potraži osobu ili obavijeste o tome policiju. Za korisnike koji se ne vrate na vrijeme posljedice su ozbiljne. U **Mirkovcu** se korisnike koji se vrate pijani prisiljava nositi samo pidžamu sljedeći dan ili im osoblje sljedeći put ne dozvoljava otići. Psiholozi u **Lobor-gradu** objasnili su da je jedino rješenje kako korisnike odvratiti od odlaska bez dopuštenja, produljiti vrijeme njihove radne terapije – to jest, dati im da rade 12 sati umjesto 10 kako bi zaradili puni džeparac. Vrlo je zabrinjavajuće ono što nam je korisnik iz **Vojnića** ispričao – da se osobu koja ode bez dozvole veže remenjem, te ih se tako kažnjava nakon njihovog povratka. Monitori su zaključili da pacijenti rijetko napuštaju ovu konkretnu ustanovu kako bi otišli u posjet u zajednicu.

U **Osijeku**, **Mirkovcu** i **Lobor-gradu**, osobe koje žive u ovim institucijama su nam potvrdile da često izlaze iz ustanove i odlaze u dućane, crkvu, knjižnicu itd. u okolnim selima. No, bilo je teško procijeniti u kojoj mjeri osobe koje žive u tim institucijama sudjeluju u životu zajednice, jer ni oni ni osoblje nisu otvoreno ponudili primjere redovitih aktivnosti ili događaja.

d) Uskraćivanje političke participacije

Za osobe koje žive u institucijama, segregacija koju doživljavaju je političke, kao i fizičke i društvene prirode. Osobe pod skrbništvom suočene su s posebnim teškoćama. Odraslim osobama koje su u potpunosti lišene poslovne sposobnosti zabranjeno je glasovati¹³⁹. Sudac može ukinuti pravo glasa i kod djelomičnog oduzimanja poslovne sposobnosti odrasloj osobi¹⁴⁰. Dio osoblja u **Lobor-gradu** izrazilo je mišljenje kako osobe koje žive u ovoj ustanovi, a koje su zadržale pravo na glasovanje "vjerojatno nisu svjesni tog prava," pogotovo one koji su registrirane izvan regije. Svejedno su im oduzeta građanska prava "temeljem mjesta gdje žive". Osoblje u **Mirkovcu** složilo se s tim govoreći da čak i oni koji mogu glasovati,

138 Vidi poglavlje 3 vezano uz analizu problema koji se tiču klasificiranja pacijenata kao 'dobrovoljnih' i 'protuvoljnih'.

139 Članak 2 Zakon o popisu birača.

140 Članak 159(3) Obiteljskog zakona. Članak 29 Konvencije o pravima osoba s invaliditetom obvezuje Hrvatsku na jamčenje prava glasovanja osobama s invaliditetom na istoj osnovi kao i drugima, te temeljem članka 45 hrvatskog Ustava svi građani stariji od 18 godina imaju pravo glasovati.

“ne mogu doći do glasačkih kabina te u praksi nitko od njih ne glasuje čak i ako to žele”. Samo u **Osi-
jeku** korisnici mogu glasovati unutar ustanove, a to se dogodilo nakon što je uprava poduzela inicijativu da obavijesti nadležna tijela. Ni u jednoj od monitoriranih ustanova monitori nisu vidjeli ijednu informaciju koja se odnosi na izbore, političke stranke (osim onih u ponekim novinama) ili bilo kakve materijale o političkoj participaciji općenito ili o tome kako glasovati.

5.2. Uskraćivanje privatnosti, prava na dostojanstvo i identitet

Većina pacijenata u **Ugljanu** i **Rabu** nosili su tanke, pamučne bolničke uniforme nalik pidžamama, i danju i noću. Kad smo ih upitali o tome, osoblje je reklo da osobe koje žive u ovim ustanovama smiju nositi vlastitu odjeću no obično odluče ne nositi ju. Mnogi od njih nisu imali vlastitu odjeću. Osoblje je nadalje objasnilo kako su i praktičnost i udobnost na prvom mjestu pri izboru odjeće, kao i činjenica da “nema mjesta gdje bi pacijenti mogli odložiti svoju vlastitu odjeću i osobne stvari.” Nošenje bolničke odjeće smatra se i sigurnosnom mjerom; ako osobe koje žive u ovim ustanovama napuste područje bolnice, lokalno stanovništvo ih lako identificira, te mogu biti odmah vraćeni. Žena u **Ugljanu** rekla je monitorima da je bila prisiljena nositi uniformu, jer je osoblje mislilo da bi mogla pobjeći iako je bila ‘dobrovoljni pacijent’ (vidi poglavlje 3.), te je također u više navrata rekla da je ostala tamo, jer se nije željela vratiti kući gdje ju je otac zlostavljao.

Velik broj osoba koje žive u **Popovači** također nosi uniforme. Osoblje je ponovno spomenulo praktičnost i činjenicu da neki od osoba koje tamo žive nemaju vlastitu odjeću ili su predaleko od svojih obitelji da bi im rođaci mogli donijeti odjeću, kao primaran razlog zbog kojeg korisnici nose uniforme. Kako u **Ugljanu**, tako i u **Rabu** uniforme su bile opće dobro, što znači da setovi uniforma nisu imali “pojedinačne vlasnike”, već ih je osoblje dijelilo, korisnici vraćali natrag na pranje u predodređenim intervalima ili prema potrebi i zamijenili ih drugima – dobivši svaki put drugi set. MDAC je dobio utisak da osobe s ograničenim sredstvima svojom odlukom nose uniformu kako bi “sačuvali” vlastitu odjeću od trošenja. Jedna žena je rekla monitorima kako ne voli kada osoblje pere njenu odjeću, jer ponekad kad im da svoje donje rublje na pranje, oni joj vrate tuđe. Međunarodni standardi naglašavaju individualizaciju odjeće u psihijatrijskim bolnicama kao važan dio terapijskog procesa¹⁴¹. Obveza osoba koje žive u ovim ustanovama da nose pidžame ili uniforme u bolnicama tijekom dana – umjesto da im se omogući normalna odjeća u različitim veličinama – umanjuje osobni identitet i samopoštovanje, te dodatno dehumanizira osobe koji se nalaze u okruženju koje već je dehumanizirano.

a) Osobne stvari

Većina osoba koja živi u ustanovama socijalne skrbi koje smo posjetili nemaju kontrolu nad svojim financijama ili imaju ograničena financijska sredstva. Zato nisu bile u mogućnosti kupovati dodatnu ili novu

141 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, par. 34.

odjeću ili stvari. Zbog toga su naglašeno ovisni o ustanovi koja im nabavlja prikladnu odjeću, a osoblje je reklo da se pri nabavi odjeće oslanjaju na dobrotvorne organizacije.

Osobne stvari mogu povećati osjećaj sigurnosti i samostalnosti kod osobe¹⁴², no u svim ustanovama jedini privatni prostor dostupan osobama koje tamo žive bili su ormarići na zaključavanje. No, monitori su naišli na velik broj osoba, posebno u **Ugljanu, Rabu** i **Jankomiru**, koje ili nisu imale ormarić ili su imali ormarić koji je bio potrgan. Stoga osobe koje tamo žive moraju svoje osobne stvari odlagati ispod kreveta. Monitoring tim je primijetio kako je u svim posjećenim ustanovama bilo vrlo malo osobnih fotografija ili ostalih osobnih ukrasa/predmeta na vidljivim mjestima. Zidovi spavaćih soba su uglavnom bili goli i bez slika. Osim cigareta i ostalih toaletnih potrepština na noćnim stolićima, činilo se da osobe koje tamo žive imaju vrlo malo osobnih stvari.

Impersonalnu atmosferu očito djelomično stvaraju pravila. Upravitelj **Vojnića** objasnio je da osim nekih sitnica na noćnom stoliću, osobama koje žive u Vojniću nije dozvoljeno uređivati svoje sobe po svojoj želji, a jedina iznimka je "unutrašnjost njihovog ormara koji mora biti zatvoren". Kao posljedica toga, sve sobe izgledaju jednako i kao da se u njima gotovo uopće ne živi što doprinosi atmosferi bolničkog odjela. S obzirom na to da je namjena ustanove pružanje dugoročnog i često doživotnog smještaja mnogim osobama koje tamo žive, sterilni i bezlični prostori prilično su u suprotnosti s okruženjem koje podsjeća na atmosferu doma. Za razliku od toga, spavaće sobe i zajedničke prostorije u **Jankomiru** sadržale su lončanice, fotografije i slike uključujući neke koje su napravile same osobe koje tamo žive. To je doprinijelo toplijoj općoj atmosferi u ovoj bolnici u usporedbi s ostalima.

Prenatranost spavaćih soba bio je problem u većini posjećenih ustanova. To je posebno zabrinjavajuće ako se uzme u obzir duljina vremena koju osobe provode u navedenim ustanovama. Svi koji žive u ovim ustanovama imaju vrlo malo ili nimalo privatnosti kad su u pitanju ostale osobe koje žive u posjećenim ustanovama ili osoblje. Tipična soba sastoji se od redova kreveta s dovoljno prostora između kreveta da se može hodati okolo njih, iako je broj kreveta u sobi znatno varirao (od četiri do četrnaest)¹⁴³ ovisno o ustanovi i odjelu. Osobe koje žive u ovim ustanovama se svako jutro bude u sobi punoj ljudi – od kojih neke možda niti ne poznaju. Moraju se svlačiti i oblačiti pred ostalima. Prisiljeni su družiti se, opušitati, imati osobne i intimne odnose, te spavati pred očima svih ostalih koji se u tom trenutku zateknu u sobi.

U bolnicama **Ugljan, Rab** i **Jankomir**, vrata nekih spavaonica imala su prozore koji nisu imali rolete ili zavjese. Pacijenti su izloženi konstantnim pogledima osoblja, ostalih osoba koje tamo žive i posjetitelja. MDAC i Sjaj je zabrinula činjenica da je osoblje (pogotovo u **Vojniću**) imalo malo obzira za privatnost osoba koje žive u posjećenim ustanovama, te su često ulazili u spavaonice bez kucanja. To uključuje i otvaranje vrata ordinacija u kojima je medicinsko osoblje obavljalo pregled osoba koje žive u ustanovama.

142 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, par. 34.

143 Soba s 4 kreveta bilo je samo u Loborgradu, Mirkovec je imao sobe s do 14 kreveta, a Popovača i Ugljan imaju sobe nalik spavaonicama s 10 kreveta.

b) Ponižavajuća praksa u prostorijama za tuširanje i toaletima

MDAC je od osoba koje žive u ustanovama u više navrata čuo iskaze o ponižavajućem postupanju prilikom tuširanja. Mnoge kupaonice sadrže više tuševa, no između njih nema pregrada. Osobe koje žive u **Rabu** rekli su da moraju pitati osoblje za dozvolu ako se žele tuširati. Osobe koje žive u **Popovači** tvrdile su da im je dozvoljeno tuširati se samo jednom tjedno.

Osoblje u **Ugljanu** reklo je monitorima kako se osobe koje žive u ovoj ustanovi mogu kupati kad god to žele iako su i tuševi i kupaonice bili zaključani u vrijeme posjeta. No, kupanje "uz nadzor" je obavezno dvaput tjedno, te takva praksa slikovito prikazuje invazivnu kontrolu kakvu neke ustanove imaju nad osobama koje u njima žive. Osobe kojima je potrebna pomoć peru dva zaposlenika, a kakva je procedura u slučaju da osoba odbije kupanje nije bilo jasno. Za one kojima nije potrebna pomoć, kupanje se odvija uz prisustvo dvije pomoćne sestre: jedna pridržava ručnike, a druga promatra. Prema riječima osoblja, tuširanje uvijek nadgledaju ženske osobe. Neki muški korisnici osporavali su tu tvrdnju. U **Lobor-gradu**, žensko osoblje nadgleda i kupanje. Na pitanje o tome kakva je rutina u **Ugljanu**, osoblje je ponosno reklo kako su osobe koje tamo žive sigurne, objasnivši da ih osoblje nadgleda kako "bi pazili da ne progutaju sapun ili šampon", a osoblje je moralo paziti i da toaletne potrepštine budu vraćene nakon tuširanja. Sve u svemu, monitori su ostali pod utiskom da postoji kultura nadgledanja osoba koje žive u ustanovama prilikom tuširanja.

Monitoring tim je opazio sličan nedostatak privatnosti i u prostorijama toaleta. Monitori su bili prisutni dok je jedna od stanovnica ustanove koristila toalet za koje vrijeme su vrata bila otvorena, te je žena bila jasno vidljiva iz glavnog hodnika. Kad smo osoblje upitali zbog čega ne postoje muški i ženski toaleti, odgovorili su nam da "nije potrebno".

U svim monitoriranim ustanovama, osobe koje u njima žive obično nemaju vlastite sapune. Ni sapuni, a ni toaletni papir nisu bili slobodno dostupni u kupaonicama/toaletima. Uporabu je kontroliralo osoblje, a monitori su naišli na česte pritužbe o nedostatku ili racionalizaciji. U nekim slučajevima, od osoba se očekivalo da nabavljaju vlastiti toaletni papir, toaletne potrepštine i ručnike. No, neki od njih nisu imali takve potrepštine, niti im ih je rodbina mogla donijeti, što izaziva zabrinutost kad je riječ o osnovnoj higijeni, kao i pravednosti.

c) Stroga pravila

U nekim ustanovama, postojao je utisak da se osoblje prema osobama koje žive u ustanovama ponaša prezaštitnički, nadgledajući njihovu autonomiju i preference, te podcjenjujući njihove sposobnosti kad je riječ o obavljanju jednostavnih zadataka. Na primjer, monitori su u Vojniću obavljali razgovore u vrijeme kraja popodnevnog odmora (16.00 h) kad osobe koje tamo žive moraju napustiti svoje sobe i otići po popodnevnu užinu. Vidjeli smo kako osoblje žuri od sobe do sobe, naglo otvara sobe spavaonica bez upozorenja i glasno viče na sve prisutne kako moraju napustiti svoje sobe i ići na donji kat. Osoblje je i u više navrata prekidalo razgovore koje je monitoring tim pokušavao voditi u to vrijeme. Na kraju, osoblje je uzelo osobe s kojima je MDAC razgovarao za ruku i otpratilo ih na donji kat gdje se dijelila užina.

Općenito govoreći, **Vojnić** je odskakao kao ustanova s najstrožom dnevnom rutinom. Navedena rutina uključivala je ne samo fiksirano vrijeme obroka, nego i popodnevni odmor kad se svi koji žive u ovoj ustanovi moraju vratiti u svoje sobe. Ukupno okruženje bilo je sterilno zbog bolničke atmosfere i ograničenosti pravilima, te su osobe koje tamo žive očigledno imale malo prilika za donošenje bilo kakvih odluka o svojim dnevnim aktivnostima i ponašanju.

5.3. Monotonija i uskraćivanje prilika

Stil života kojim žive osobe u svim posjećenim ustanovama je jednoličan i ustaljen uz malo prilika za slobodne aktivnosti, zaposlenje ili obrazovanje, te malo izbora vezano uz bilo što. Mnoge osobe s kojima su monitori razgovarali žalile su se na monotoniju režima u kojem žive. Obroci stižu uvijek u isto vrije. Malo je aktivnosti na raspolaganju tijekom slobodnog vremena. Dosada endemskih razmjera posljedica je činjenice da je svaki dan isti kao onaj prije.

Repetitivni ritam ne potpomaže oporavak ili razvoj sposobnosti osobe. Iako rutina može biti korisna, jer nudi strukturirani način života, ukoliko nedostaje raznolikost koja je krojena prema individualnim interesima i sklonostima, ona može biti štetna. Monitori su ustanovili da je određen dio osoblja svjestan monotonije. Jedna sestra napomenula je monitorima da su jednoličnost i ustaljenost “najgori dio života u instituciji”.

a) Slobodno vrijeme

Tamo gdje su prostorije za slobodne aktivnosti postojale, one su bile zaključane ili se činilo kako ih se rijetko upotrebljava (ako ih se uopće upotrebljava). U modernom kompleksu s druge strane ceste od glavnog dijela bolnice **Jankomir**, nalazi se umjetnički studio, kazalište, soba s računalima i prostorije za grupnu ili radnu terapiju. Tijekom monitoringa, prostorije u **Jankomiru** bile su zaključane i nisu bile u uporabi, te nije bilo jasno koliko često osobe koje žive u ovoj ustanovi imaju pristup istima. Monitori su razgovarali s nekoliko osoba koje žive u Jankomiru, a koji su sjedili ispred zgrade ove ustanove. Nisu imali pritužbe na slobodu kretanja oko bolnice, te su kao primjere naveli da posuđuju knjige iz knjižnice i koriste tenisko igralište.

Rab se ponosi velikom umjetničkom i zanatskom radionicom, prostorijom za glazbeni odgoj, sportskom dvoranom i računalima tvrdeći kako među svojim osobljem imaju nekoliko radnih terapeuta i odgajatelja. Monitori nisu vidjeli osobe koje žive u ovoj ustanovi kako zaista koriste navedene sadržaje, te nije bilo jasno jesu li te usluge dostupne svima, uključujući i osobama koje žive na zatvorenim odjelima. Također je ostalo nejasno do koje mjere su velika ulaganja u terapijsku opremu nužno zadovoljavala rehabilitacijske potrebe, te je stoga to potrebno detaljnije istražiti.

b) Pristup svježem zraku

Jedini prostor na otvorenom koji je vezan uz odjel za forenzičke pacijente u bolnici **Ugljan** maleno je i prazno dvorište u kojem nema sjedalica ili zaklona od vremenskih uslova. Osobe koje žive na ovom odjelu imale su tek ograničen pristup dvorištu. Na odjelu postoji mala dnevna soba koja je premala za istovremeno korištenje od strane svih koji se nalaze na odjelu. Osobe koje žive na odjelu hodale su dužinom hodnika na tom loše osvijetljenom odjelu, okupljajući se oko zatvorenog prozora i vrata koje vode u dvorište.

Odjel za forenzičke pacijente u **Rabu** nije imao vanjske površine kojim se koriste osobe koje žive na tom odjelu. Nekima od njih bilo je dozvoljeno izlaziti van na točno određeno vrijeme, no većini je potpuno zabranjen. Osobe koje se nalaze na ovom odjelu okupljale su se u hodniku, jer su spavaonice bile zaključane većinu dana. Osoblje je izjavilo da je to zbog toga da se osigura da osobe koje se nalaze na ovom odjelu budu aktivne tijekom dana iako se većina osoba koje se nalaze na odjelu tijekom posjeta na topli ljetni dan 2010. godine okupila ispred svojih zgrada i pušila za vrijeme trajanja posjeta MDAC-a. Nije bilo smislenih aktivnosti, niti čega što bi ih držalo aktivnima. Bolnica **Popovača** imala je velike vrtove, te je bilo dovoljno površina oko svakog odjela, no činilo se da osobama koje tamo žive nije dozvoljeno boraviti na otvorenom te su se oni okupljali u grupama na hodnicima, slično uvjetima u **Rabu** i **Ugljanu**.

c) Dnevne aktivnosti

Monitori su vidjeli da osobe u nekim spavaćim sobama i zajedničkim prostorijama u **Lobor-gradu** i **Mirkovcu** koriste radio i televizijske prijemnike, dok su neki pleli ili kartali. Ove ustanove održavaju i rođendanske zabave za osobe koje tamo žive, te redovite filmske večeri (jedan od filmova prikazan je u **Lobor-gradu** tijekom posjeta). Sobe namijenjene umjetničkim radionicama, zanatima, slikanju vidjeli smo u svim ustanovama socijalne skrbi, iako monitori nisu vidjeli kako se ijedna od njih koristi. Monitoring timu je rečeno da se povremeno organiziraju i izleti tijekom kojih se posjećuju kulturni ili sportski događaji, kada ima dovoljno sredstava za to. Stajalište upravitelja **Vojnića** bilo je da je omogućavanje pristupa računalima i internetu besmisleno zbog intelektualnih teškoća osoba koje tamo žive, no monitori su primijetili da je osobama koje žive u **Mirkovcu** osigurano računalo. Općenito govoreći, zajedničke prostorije bile su relativno male, iako se u **Mirkovcu**, **Lobor-gradu** i **Osijeku** koriste vanjske površine. Pušenje, spavanje i ispijanje kava očigledno su primarne dnevne aktivnosti za većinu osoba koje žive u ovim ustanovama.

Tijekom razgovora monitora sa socijalnim radnicima u **Osijeku**, barem četiri do pet osoba koje živi u ovoj ustanovi je pokucalo na vrata i pitalo za cigarete. Objašnjeno nam je da im socijalni radnik dijeli cigarete koje je kupila njihova rodbina kako bi se spriječilo da osobe koje žive u ovoj ustanovi potroše sve pakete odjednom, te da se njihova konzumacija raspodijeli na čitav tjedan. Takva se metoda vjerojatno primjenjivala kao odgovor na štetnost pušenja za zdravlje. Bilo je i očigledno da se cigarete dijele osobama koje žive u ovoj ustanovi i kao tobožnja plaća za obavljene poslove. Kada smo ih upitali o takvoj praksi, osoblje je odgovorilo navodeći mišljenje stručnjaka koji smatraju da "je to dio terapije za osobe s duševnim smetnjama, jer ih to smiruje".

d) Obrazovanje, vještine i zaposlenje

Što se tiče obrazovanja, niti jedna od bolnica ne zapošljava učitelje inkluzivnog obrazovanja ili obrazovanja osoba s intelektualnim poteškoćama. No, **Vojnić** je imao djelatnika za obrazovanje osoba s intelektualnim poteškoćama i radnog terapeuta. U **Ugljanu**, nepostojanje učitelja za osobe s intelektualnim poteškoćama opravdavano je činjenicom da osobe s intelektualnim poteškoćama koje žive u ovoj ustanovi ujedno imaju i dijagnosticirane duševne bolesti, te s obzirom na to da ih se liječi vezano uz ovo posljednje, bolnica ne nalazi potrebnim ponuditi im posebno obrazovanje krojeno prema njihovim intelektualnim poteškoćama. Takav pristup očigledno izravno krši hrvatski zakon.

Sve ustanove socijalne skrbi koje smo posjetili nudile su neku vrstu terapijskih aktivnosti, uključujući: aktivnosti nazvane "strukovna terapija" ili "radna terapija", umjetničke i zanatske radionice, glazbu i sport. U **Osijeku**, socijalni radnik i radni terapeut trudili su se osigurati dovoljno aktivnosti za osobe koje žive u ovoj ustanovi, kako bi oni ispunili svoje vrijeme i pokušali maksimizirati svoje potencijale. Osoblje nam je objasnilo da, iako se terapija prije sastojala isključivo od umjetničkih i zanatskih radionica, njihov fokus je sada na razvoju vještina za samostalan život. Zato su ponudili opsežan program grupne terapije koja uključuje: domaćinstvo (na primjer kuhanje ili posluživanje), slikanje, glazbu, religiju, rekreativne grupe, razvoj oštine uma (pisanje ili rješavanje problema), te seminare o zdravstvenim pitanjima (na primjer dijabetesu).

Lobor-grad je također organizirao tjedne sesije "terapijske zajednice" koje vode osobe koje žive u ovoj ustanovi (oni su određivali dnevni red i vodili zapisnik). Navedene sesije imaju za cilj pružiti pojedincima priliku za razgovor s osobljem o njihovim problemima. Prema riječima osoblja, teme su usredotočene na pitanja iz svakodnevnog života, poput iznosa džeparca koji je korisnicima potreban, kvalitete hrane i pritužbi na ostale osobe koje žive u ovoj ustanovi. I konačno, forum služi kako bi se pokušalo zajedno riješiti prepoznate probleme. No, ograničenja takvog pristupa sugerirao je psiholog iz **Lobor-grada** koji je naveo kako "je teško pomoći ljudima kroz savjetovanje ako oni žive u lošim uvjetima, na primjer, ako nemaju svjetiljku na noćnom stoliću". To je odraz općeg stajališta o postojanju hijerarhije potreba – ukoliko osoba nema uspostavljen osnovan pojam sigurnosti i udobnosti, teško je usredotočiti se na liječenje. Takvu ideju podržava postavka ovog izvješća, a koja glasi da je najprije potrebno uspostaviti osnovne ideje ljudskih prava.

Za razliku od toga, u **Vojniću**, monitori su stekli utisak da je rehabilitacija ograničena na razvoj vještina potrebnih za funkcioniranje unutar ustanove. U ovoj ustanovi, obuka se sastojala od osnovnih vještina poput osobne higijene i pospremanja kreveta. Osoblje, poput radnih terapeuta i ostalih koji sudjeluju u održavanju terapijskih sesija s korisnicima u Vojniću, potvrdili su to, napominjući da "rehabilitacijske radionice" ne uče osobe koje žive u ovoj ustanovi kako platiti račune, raspoređivati novac, ne pružaju stručno osposobljavanje, ne uče kako kuhati, obavljati kupovinu i ne podučavaju o vrijednosti novca i kako ga upotrijebiti – vještine koje su od ključne važnosti za rehabilitaciju i ponovno uključivanje u zajednicu. U tom smislu, institucionalno okruženje ne "omogućuje osobama s invaliditetom mogućnost postizanja i za

državanja maksimalne neovisnost, pune fizičke, mentalne, društvene i strukovne spremnosti, te potpune inkluzije i sudjelovanja u svim aspektima života¹⁴⁴, što je obveza boravka i rehabilitacije koju definira CRPD.

Hrvatski zakon daje osobama koje borave u psihijatrijskim bolnicama mogućnost da prime naknadu za posao koji obave u sklopu projekata radne terapije koji ustanovi donose profit¹⁴⁵. Čini se da se taj zakon ne poštuje. Osobe koje žive u **Rabu** i **Jankomiru** tvrdili su da ih bolnica koristi kao radnu snagu, pod krinkom "radne terapije", no za to nisu primili ikakvu naknadu. Žena koja boravi u **Jankomiru** navela je da moraju "čistiti hodnike i toalete – oni [osoblje] govore da je to 'radna terapija'", a žena sa kojom je tim razgovarao u **Rabu** komentirala je kako ona nalazi: "malo terapijske vrijednosti u čišćenju toaleta". Ostale osobe koje žive u posjećenim ustanovama izjavile su monitorima kako je takozvana radna terapija obaveza koja nema alternative, a uključuje zadatke poput isporuke obroka iz središnje kuhinje na odjele, donošenje plahta iz praonice rublja i podjela istih ostalim osobama koje žive u ustanovi. U sklopu bolnice **Rab** nalaze se velika polja lavande gdje osobe koje žive u bolnici sade, uzgajaju i beru cvjetove kao dio "radne terapije", a zauzvrat dobivaju cigarete.

Prilike za zaposlenje vrlo su ograničene u svim ustanovama socijalne skrbi koje smo posjetili, no uobičajeno je bilo čuti kako osobe koje u njima žive obavljaju poslove koji doprinose funkcioniranju ustanove. U zamjenu za njihov rad, ustanova im daje robu, poput slatkiša, grickalica, kave i cigareta. Takve stvari se daju, kao što je osoblje objasnilo, kako bi se pojedincima pomoglo da "osvoje" mjesta u grupi za izlet ili, kao što je jedan upravitelj rekao, jednostavno da se "ubije životna monotonija." U ustanovama u **Osijeku** i **Lobor-gradu**, poslovi se formalno klasificiraju kao "radna terapija". Žena koja trenutno živi u **Mirkovcu** sažela je kombinaciju kućnih poslova i monotonije kada je monitorima rekla kako je jutro provela: "čisteći kupaoalice i hodnike", te zato "[sada] može piti kavu i ne raditi išta".

Zadaci koji se obavljaju u ustanovama socijalne skrbi obično uključuju pomoć oko pranja rublja, čišćenje i brisanje stolova, pomoć oko pripreme hrane u kuhinji (iako je to u **Vojniću** zabranjeno zbog "sigurnosnih razloga"), opće poslove čišćenja i održavanja reda u spavaćim sobama i zajedničkim prostorijama, skupljanje smeća i šišanje trave, pometanje prolaza i, u **Lobor-gradu**, ispomoć na farmi. (U **Mirkovcu**, MDAC monitori vidjeli su nekoliko ljudi kako rade u vrtu, koristeći kosilice i plijeveći, te su primijetili da je teren vrlo dobro održavan. Činilo se kako osobe koje žive u ovoj ustanovi uživaju biti i raditi u vrtu.)

Do 2009., korisnici u **Mirkovcu** dobivali su, mimo džeparca, naknadu od 100 Kuna (otprilike 14 EUR) za poslove koje obavljaju u ustanovi. Ta je praksa ukinuta, vjerojatno kao posljedica gospodarskog pada – što je razlog koji osobe koje žive u ovoj ustanovi očigledno prihvaćaju bez pritužbi. U **Osijeku**, međutim, socijalni radnici dijele cigarete kao sredstvo plaćanja, a kao grubi orijentir, 'radnik' 'zarađuje' dvije i pol šteke cigareta na tjedan za 'puno radno vrijeme', iako priroda posla i definicija punog radnog vremena nisu definirani.

Lobor-grad je imao 'Komisiju' koja se sastojala od zaposlenika i jedne osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama koja živi u ustanovi. Komisija određuje visinu naknade koju bi pojedini korisnik-radnik trebao

144 CRPD članak 26(1).

145 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama članak 11 par. 1 i 5.

dobiti svaki mjesec, do maksimalno 300 kn (otprilike 42 EUR). Ne postoji fiksna cijena radnog sata ili transparentan sustav kojim se mjeri visina naknada. Kao što je jedan od zaposlenika rekao monitorima, odluke se donose proizvoljno na temelju evidencije o odrađenim satima i "stupnju uloženog napora". Osobe koje žive u ovoj instituciji rekle su monitoring timu kako smatraju takav sustav nepravednim, a mnogi su rekli kako korisnici-radnici ne primaju pravedne naknade za svoj rad. Monitori su razgovarali s korisnicom-radnicom koja se upravo vratila s posla, te je bila vidljivo iscrpljena. Monitoring timu je rekla da je satima naporno radila, no nije zadovoljna s onim što dobiva zauzvrat.

Hrvatski zakon navodi kako trajni i privremeni korisnici ustanova socijalne skrbi mogu dobiti 20% njihovih osnovnih mjesečnih državnih naknada socijalne zaštite koja je u 2010. iznosila 100 kn (20% od 500 kn, otprilike 14 EUR), "za svoje osobne potrebe"¹⁴⁶. Ostalih 80% naknade socijalne zaštite dobiva ustanova socijalne skrbi. Isti zakon koji osobama jamči navedenih 20% nadalje navodi kako to pravo može biti oduzeto osobi čije psiho-socijalno stanje znači da ona "nema takve osobne potrebe koje bi bilo moguće zadovoljiti takvom potporom"¹⁴⁷.

U praksi, financije osoba koje žive u ustanovama socijalne skrbi kontroliraju i nadgledaju skrbnici ili osoblje ustanove koji doplatu od 100kn dijele korisnicima, što mnogi od njih gledaju kao "džeparac". Radi ilustracije što se može s tim novcem, u vrijeme posjeta paketić žvakaćih guma koštao je oko 5 Kn, a cigarete 20 Kn. U alternativnom slučaju, ako je osoblje smatralo da osoba nije u stanju brinuti o svom džeparcu, novac od džeparca daje se ili kada se ukaže potreba ili se on čuva kao kredit u kafiću (gdje se onda iznosi za grickalice, kavu i cigarete oduzimaju od ukupnog iznosa). U **Osijeku**, osoblje nam je objasnilo da ukoliko od mirovine osobe koje živi u ovoj ustanovi ostane više od 100kn nakon što se oduzmu troškovi ustanove, ostatak se stavlja na "račun" te osobe sa kojeg se može trošiti uz odobrenje skrbnika. Ako ostane manje od 100 Kn, osoba dobiva taj iznos u gotovini, bez prethodne konzultacije s njenim skrbnikom. U **Vojniću**, ustanova osigurava nešto dodatnog "džeparca" iz vlastitih izvora za cigarete i kavu. Iz razgovora sa osobama koje žive u svim posjećenim ustanovama, monitori su stekli utisak da neki od dobivaju malene svote novaca od svoje rodbine.

Razgovor sa osobama koje žive u posjećenim ustanovama ukazao je i da mnogi od njih nisu svjesni na koliki "džeparac" imaju pravo ili (u slučajevima kad je džeparac pretvoren u kredit koji se čuva u njihovo ime) koliko je novaca ostalo na njihovom računu. Iskazano je i nezadovoljstvo odbijanjem osoblja da korisnicima daju zatraženu svotu novaca koju oni žele za nešto što osoblje smatra neprimjerenim. Jedan muškarac koj živi u **Vojniću** požalio se da je dobio novac no da to: "nije bilo dovoljno za kartu za autobus" što je razlog zašto je želio novac. Tijekom posjeta **Lobor-gradu**, osobe koje žive u ovoj ustanovi su mnogo češće prilazili monitorima nego u ostalim ustanovama i tražili novac ili cigarete. Dok smo razgovarali s upraviteljicom **Vojnića**, osobi koja je gestikulacijom izvana tražila nešto, upraviteljica je odgovorila otvorivši prozor i davši mu nekoliko manjih kovanica. Monitoring tim je iz navedenih zapažanja zaključio da neke osobe koje žive u posjećenim ustanovama osjećaju kako imaju potrebe koje ustanova ne zadovoljava.

146 Zakon o socijalnoj skrbi, članak 63(a)(1).

147 Zakon o socijalnoj skrbi, članak 63(a)(1).

Ustanova u **Osijeku** ima pravilo koje osobama koje tamo žive dopušta rad ukoliko su “fizički i psihički sposobni” te ako imaju dozvolu socijalnog radnika,¹⁴⁸ iako u vrijeme posjeta niti jedna osoba koja živi u ovoj ustanovi nije bio zaposlena niti od strane ustanove niti od strane vanjskih subjekata.

Osobe koje žive u ustanovama koje se nalaze u blizini naseljenih područja, poput **Mirkovca**, ponekad dobiju posao u obližnjem selu kao povremeni radnici. Prema mišljenju upravitelja ustanova, te osobe dobivaju “potpuno neodgovarajuće naknade za svoj rad”. Upravitelji su rekli da nisu u mogućnosti kontrolirati takvo iskorištavanje, jer su osobe koje žive u ustanovi slobodni ići i vraćati se prema vlastitoj želji. Upravitelji su napomenuli i da je problematično i to ako osobe koje žive u ustanovi troše svoju (doduše malenu) zaradu na alkohol. U **Lobor-gradu**, monitorima je rečeno da ustanova čuva sav novac koji osobe koje žive u ovoj ustanovi zarade, a oni onda mogu “dizati” novac bez suglasnosti skrbnika - iako u nekim slučajevima skrbnik mora prethodno dati svoje odobrenje kako bi osobe koje žive u ovoj ustanovi mogle raditi.

Ukratko, postoje znatni problemi vezano uz zaposlenje osoba koje žive i u psihijatrijskim ustanovama i u ustanovama socijalne skrbi. Postojeći sustav, proizvoljna priroda naknada, izdavanje proizvoda umjesto novca, te činjenica da oni ne zarađuju niti minimalnu plaću doprinose izrabljivanju obje kategorije osoba. To stavlja pod upitnik zalaganje Hrvatske u poštivanju zakona Europske Unije¹⁴⁹, koji definira antidiskriminacijski okvir kad je u pitanju zapošljavanje i strukovna izobrazba. Nadalje, pravo na nediskriminaciju prilikom zapošljavanja definirano je UN-ovom Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom¹⁵⁰, kao i pravo na slobodu od izrabljivanja¹⁵¹.

5.4. Seksualni tabu

Ustanove imaju odgovornost omogućiti terapijsko okruženje i zaštititi osobe koje u njima žive od zlostavljanja i izrabljivanja¹⁵², no one istovremeno imaju jednaku odgovornost ne uskraćivati osobama priliku da ostvare veze s ljudima unutar i izvan ustanove – da izraze svoju seksualnost i ostvare svoja reproduktivna prava¹⁵³. Pitanje seksualnosti ne bi trebalo shvatiti olako. Mora postojati ravnoteža između zaštite osoba od neželjenih ponuda i incidenata i omogućavanja da uspostave veze s drugima na jednakoj osnovi. Ljudski odnosi razvijaju se kroz vrijeme, što je posebno važno za osobe koje su prisiljene živjeti u psihijatrijskoj

148 Kućni red ustanove u Osijeku, točka 53.

149 Konkretno, Direktiva o zapošljavanju, Direktiva Vijeća 2000/78/EC of 27. studeni 2000. koja postavlja opći okvir za jednako postupanje prilikom zapošljavanja i strukovnog obrazovanja.

150 CRPD, članak 27.

151 CRPD, članak 16.

152 Vidi CRPD, članak 16.

153 Vidi CRPD, članak 23. Vidi također Standardna pravila UN-a o izjednačavanju prilika za osobe s invaliditetom, Rezolucija 48/96 Opće skupštine UN-a, od 20. prosinca 1993., Pravilo 9 (nadalje “Pravila o izjednačavanju prilika”).

bolnici ili ustanovi socijalne skrbi na dulje vrijeme¹⁵⁴.

Iako je mnogim zaposlenicima bilo vidljivo neugodno, te nisu bili voljni razgovarati o temi seksualnosti, monitori su naišli na cijeli spektar stajališta i pristupa toj problematici – od gađenja na pomisao da bi osobe koje žive u ustanovama trebali ostvarivati ta prava, odvrćanja od seksualnih odnosa, prešutnog toleriranja odnosa (i kasnijeg zlostavljanja), te razvoja nekih pozitivnih praksa. Sve u svemu, u svim ustanovama primijećena je niska razina usluga vezanih uz reproduktivna prava, poput informiranja i poduke o planiranju obitelji – posebno što se tiče žena s psiho-socijalnim poteškoćama – te niti jedna od posjećених bolnica nije imala pisane politike o odnosima između pacijenata. Nadalje, niti jedna bolnica nije osobama koje u njima žive ponudila pisane informacije o odnosima i prisnosti¹⁵⁵. Usprkos tome, monitori su susreli mnogo osoba koje žive u bolnicama i ustanovama socijalne skrbi koji su rekli da ljudi ostvaruju veze i imaju seksualne odnose unutar ovih ustanova.

Općenito govoreći, osoblje u **Lobor-gradu** i **Mirkovcu** pokazalo je pozitivan stav prema osobnim vezama i seksualnosti među osobama koje žive u ovim ustanovama, a i oni sami su potvrdili da je parovima u ovim ustanovama moguće živjeti zajedno i dijeliti sobu. Osoblje u **Lobor-gradu** očigledno je prepoznalo seksualne potrebe osoba koje žive u ovoj ustanovi, te je pristup ginekološkim i kontracepcijskim uslugama bio dostupan kao dio individualnog pristupa liječenju i terapiji. Ovdje su socijalni radnik i psiholog izjavili da su svjesni parova koji postoje u ustanovi i događaja u njihovim vezama, dodajući da je “potrebno biti oprezan jer to ima veliki utjecaj na dobrobit ostalih korisnika”. Dali su nam primjer jednog para koji je već neko vrijeme zajedno, te je osoblje razmatralo mogućnost da taj par pokuša smjestiti zajedno sa još dva korisnika u jednu kuću u zajednici. U konačnici, ipak, osoblje je odlučilo da bi s obzirom na vezu tog para koja je puna prekida i mirenja, te burnih svađa, smještanje u manje okruženje bilo “nezdravo” za njih, kao i za ostale korisnike. Osoblje je reklo da ne može postojati jedna konačna politika koja se odnosi na sve veze i primjenjuje na korisnike u svim situacijama, umjesto toga, bolje je krojiti individualne mjere za svakog korisnika i svaki par.

Monitoring tim je bio zabrinut činjenicom da mnogim osobama koje žive u monitoriranim psihijatrijskim bolnicama prijeti sindrom “zanemarivanja i psihijatrizacije” – pojam koji se upotrebljava za opisivanje reakcije stručnjaka na seksualnost osoba s duševnim bolestima. U tom slučaju, seksualan život osoba koje borave u bolnici smatra se poremećenim, te ga se stoga smatra posljedicom njihove psihijatrijske dijagnoze koju je moguće liječiti¹⁵⁶. U svim psihijatrijskim bolnicama koje je MDAC posjetio, bilo da je to bilo eksplicitno rečeno ili ne, seksualni odnosi nisu bili dozvoljeni. Kada je MDAC spomenuo tu problematiku u razgovoru s osobljem u bolnici **Ugljan**, psihijatar je odgovorio da “je seksualno ponašanje jedinstveno motivirano psihotičnim stanjem pacijenata”, te je to razlog zašto je takvo ponašanje zabranjeno.

U bolnicama i u **Vojniću**, osoblje se nije obaziralo ili je ignoriralo seksualnost osoba koje žive u ovim

154 Vidi Buckley, Hogan, Svendsen, and Gintoli, G., “Dilemmas of Managing Sexual Activity Among Psychiatric Patients”, u Buckley (ed.), *Sexuality and Serious Mental Illness*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999 (nadalje “Sexuality and Serious Mental Illness”), str. 61.

155 Vidi posebno CRPD, članak 6 i 25(a).

156 Vidi, na primjer, *Sexuality and Serious Mental Illness*, str. 9. Vidi i Vandereycken., “Shrinking sexuality: The half-known sex life of psychiatric patients”, *Therapeutic Communities*, Volume 14 (1993.), na 143.

ustanovama, te je bilo postojano u svojim izjava da osobe koje žive u ovim ustanovama nemaju seksualne potrebe ili želje. Jedan zaposlenik je tvrdio, na primjer, da su osobe koje žive u ustanovi “sretni da se mogu samo držati za ruke,” prije no što je napomenuo da pojedine osobe koje žive u Vojniću ponekad masturbiraju. Sestre u **Ugljanu** su izjavile da “bolest prijeći pacijentima da imaju bilo kave seksualne želje. S obzirom na to ne postoji rizik od trudnoće”, no isto tako su objasnile da su dvije pacijentice dobrovoljno ugradile intrauterine uloške/spirale, dok neke žene uzimaju kontracepcijske tablete. Te činjenice, kako ih je iznijelo osoblje, daju do znanja monitorima da je osoblje svjesno da unutar bolnice dolazi do seksualnih odnosa.

Upravitelj **Vojnića** je najprije rekao da između osoba koje žive u ovoj ustanovi nema seksualnih odnosa, jer “oni nemaju takve potrebe.” Nakon daljnjeg ispitivanja, upravitelj je priznao da bi osoblje “dopustilo seksualne odnose ukoliko žena pristane na zaštitu”. No, od korisnika smo dobili suprotne informacije, jedan je muškarac tvrdio da su mu zabranili imati seksualne odnose nakon što ga je osoblje uhvatilo, a jedna žena ispričala nam je sličnu priču, dodajući da su ona i njen dečko prisiljeni intimne odnose obavljati na otvorenom.

Čak i na onim mjestima gdje seksualni odnosi nisu bili izrijeком zabranjeni, često smo od ljudi koji žive u posjećenim ustanovama čuli kako parovi imaju seksualne odnose gdje god uspiju naći mjesto gdje mogu biti sami. Takva mjesta uključivala su vanjske površine unutar prostora ustanove (**Mirkovec**), te kupatone ili sobe koje su prazne tijekom dana (**Osijek**). Rizik ignoriranja onoga što se očigledno događa je da je osoblje izguralo navedenu aktivnost izvan područja njihovog znanja i utjecaja, prepustivši tako ranjive muškarce i žene opasnosti od iskorištavanja, zlostavljanja, seksualno prenosivih bolesti i neželjenih trudnoća.

Osoblje nije prijavilo slučajeve seksualnog uznemiravanja ili zlostavljanja, a monitori nisu čuli ikakve navode o takvim incidentima od strane osoba koje žive u posjećenim institucijama. Moguće je da nedostatak procedura za ulaganje pritužbi i informacija o seksualnosti i seksualnim i reproduktivnim pravima doprinosi nepostojanju prijava, no ako je tako, ostalo je nejasno u kojoj mjeri je to tako. Unatoč tomu, jasno je da potpuno ignoriranje problematike dovodi do veće vjerojatnosti da osobama koje žive u ustanovama neće biti jasno koje je primjereno ponašanje. Često nisu znali kako sklopiti prijateljstva ili odnose, te nisu bili svjesni svog ljudskog prava na izražavanje svoje seksualnosti koje uključuje pravo reći ne. Kad je monitoring tim upitao osoblje na koji način mogu spriječiti i uočiti seksualno zlostavljanje, osoblje u svim ustanovama socijalne skrbi odgovorilo je rekavši da zlostavljanje mogu prepoznati na dva načina: kao prvo, uočavanjem promjena raspoloženja i ponašanja kod korisnika, te kao drugo, tako da korisnici prijave zlostavljanje. MDAC i Sjaj su zabrinuti što takvi ad hoc “odgovori” omogućuju da žrtve zlostavljaja budu neprimjećene, a njihove potrebe zanemarene. Nadalje, takav neplanski pristup omogućuje da se zlostavljanje nekažnjeno nastavi.

Monitoring tim je primijetio da na vanjskim površinama bolnice **Ugljan** nema žena, što je zanimljivo opažanje s obzirom na to da u ustanovi postoji nekoliko ženskih odjela. Iz razgovora sa ženama koje žive u navedenim odjelima, pokazalo se da ženama nije zabranjen pristup ostalim dijelovima bolnice, nego su one više “odlučile” ne šetati vani, jer je osoblje među njima probudilo strah od opasnih muških pacijenata.

Jedna žena je rekla da se boji napustiti područje svog odjela, jer ne želi da ju neki muškarac siluje. Ukoliko to slikovito dočarava klimu straha, onda je moguće da to povećava osjećaj izolacije kod žena koje žive u ovoj ustanovi, što olakšava kontrolu osoblja nad njima. Do toga možda dolazi i zbog stigme koju određeni dio osoblja i samih osoba koje žive u ustanovama ima prema osobama koje su obilježene etiketom psiho-socijalnih teškoća – stigma koja se temelji na pogrešnim stereotipima da su osobe s psiho-socijalnim teškoćama opasnije od drugih samo zato što imaju takve teškoće.

Osoblje u svim ustanovama socijalne skrbi koje smo posjetili revnosno su isticali da tijekom posljednjih godina nije bilo pobačaja, implicirajući time da je bilo malo seksualnih odnosa ili ih nije bilo (ili barem nije bilo dokaza o takvim aktivnostima). Usprkos tome, osoblje je objasnilo monitorima da ukoliko žena kojoj je oduzeta poslovna sposobnost zatrudni, Centar za socijalnu skrb (lokalna državna ustanova) zajedno sa skrbnikom trudne žene odlučuje treba li fetus pobačiti. U konačnici, ova dva subjekta odlučuju hoće li sama žena biti uključena u donošenje ove odluke. Ukoliko trudna žena ima poslovnu sposobnost, ona ima pravo donijeti odluku, no monitoring timu je rečeno da je malo vjerojatno da će zadržati dijete, jer će beba biti smještena kod obitelji dotične žene ili dana na usvajanje. Nije bilo jasno zadržavaju li te žene pravo viđati svoje dijete.

U ustanovama gdje su seksualni odnosi dozvoljeni ili se toleriraju, rečeno nam je da seksualno aktivne žene trebaju odobrenje svojih skrbnika kako bi mogle upotrebljavati oralnu kontracepciju ili maternične metode kontracepcije. U tom smislu, osoblje se žalilo da skrbnici, posebno roditelji, teško prihvaćaju činjenicu da osobe s invaliditetom imaju seksualne potrebe. Skrbnici stoga često ne odobre uzimanje kontracepcije. Kontracepcija je dostupna isključivo ženama; radi se o propisanim kontracepcijskim tabletama (monitoring tim je čuo za četiri žene u **Vojniću**, jednu u **Osijeku**) ili intrauterinim ulošcima (monitori su čuli za dvije žene u **Vojniću** i jednu u **Osijeku**). Osoblje je objasnilo kako prate korisnike za koje smatraju da bi mogli biti seksualno aktivni (ali nam nisu objasnili što ta kategorija znači), te s njima razgovaraju o kontracepciji tijekom individualnih konzultacija. No, činilo se da se ne uzima u obzir kako dostupni oblici kontracepcije ne sprječavaju prenošenje seksualno prenosivih bolesti. U niti jednoj ustanovi nisu se dijelili prezervativi ili nudili na zahtjev. U **Mirkovcu**, osoblje je uvjeralo monitore da muški pacijenti mogu prezervative kupiti u gradu. Mogućnost da pacijentice zatraže uporabu prezervativa nije spominjana.

5.5. Pravo na život u zajednici

Do sada, poglavlje se bavilo aspektima života osoba koje žive u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj. Kršenje njihovih prava, povrede njihovog dostojanstva, te ukidanje njihove samostalnosti i osobnosti, dokumentirani su u ovom izvješću kao i u posljednjem izvješću Human Rights Watcha.¹⁵⁷ Zajednička tema je da se osobe s invaliditetom nalaze u povećanom riziku od kršenja ljudskih

¹⁵⁷ "Kad jednom uđeš, više nikad ne iziđeš: Deinstitutionalizacija osoba s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom", Human Rights Watch, rujan 2010. Dostupno na <http://www.hrw.org/en/reports/2010/09/23/once-you-enter-you-never-leave-0> (posljednji put pristupano 22. srpanj 2011.).

prava, jer je život u instituciji – život koji nisu izabrali, nego im je nametnut od strane supružnika, obitelji, skrbnika, liječnika, psihijatarata, sudaca, socijalnih radnika, lokalnih vlasti itd.

U konačnici, uzastopne vlade u Hrvatskoj prešutno su podržavale politiku društvene segregacije dopuštajući takvim institucijama da nastave djelovati. Hrvatske vlasti odgovorne su za zaštitu, poštivanje i ispunjavanje ljudskih prava osoba koje žive na njenom teritoriju. Propust da se promijene politike koje podržavaju trajnu institucionalizaciju odražava se u izostanku razvoja usluga podrške u zajednici koje bi omogućile osobama s invaliditetom koje trenutno žive u institucijama – kao i budućim pacijentima/korisnicima – život u zajednici na jednakoj osnovi kao i drugima.

Ratifikacijom Konvencije o pravima osoba s invaliditetom (CRPD), vlada se obvezala ukinuti ustanove poput onih koje je MDAC i Sjaj posjetio i opisao u ovom izvješću. Članak 19 CRPD-a potvrđuje da je život u zajednici neotuđivo i univerzalno ljudsko pravo. Od osoba s invaliditetom ne očekuje se da dokazuju svoju podobnost, sposobnost ili pravo na život u zajednici.¹⁵⁸ Osobe s invaliditetom koje žive u institucijama izdvojene su iz zajednice, te se s njima postupa na nejednak način kršeći ovo pravo. Reformom ustanova kako bi ih se učinilo manjima, boljih materijalnih uvjeta ili premjestilo na lokacije bliže većim i manjim gradovima, ne popravlja situaciju i ne ispunjava pravo na život u zajednici na istoj osnovi kao i drugima.

Pravo pojedinca na izbor mjesta boravka uključuje pravo na slobodu i pravo na slobodu kretanja – od koji obje čine temeljna civilna i politička prava koja postaju važeća odmah nakon ratifikacije CRPD-a. Hrvatska i dalje ometa ostvarenje tih prava i prisiljava osobe sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama na život u posebnom životnom uređenju. Time Hrvatska krši međunarodne zakone¹⁵⁹.

Kako bi se takva situacija ispravila, Hrvatska nužno mora ukinuti zakone i politike koje dopuštaju institucionalizaciju osoba sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama – bilo da se to događa automatizmom ili kroz neke procese koji opravdavaju institucionalizaciju osoba onda kada se to smatra “apsolutno potrebnim”, “posljednjom dostupnom mjerom”, ili kada je to u “najboljem interesu” te osobe. Sve su to bespredmetna opravdanja. Nadalje, državna potpora ne bi smjela biti omogućena pod uvjetom da je osoba u stanju obavljati svakodnevne zadatke bez vanjske pomoći ili da osobe s određenim invaliditetima ili određenim stupnjem potpore moraju živjeti u institucijama ili da ti pojedinci imaju pravo na državnu potporu samo ako žive u instituciji¹⁶⁰. Institucije ne bi trebale prihvaćati nove korisnike, te bi u konačnici trebale prestati postojati.

Samostalan život ili život u zajednici odnosi se na osobe s invaliditetom koje su u stanju živjeti i sudjelovati u svojim zajednicama uz istu mogućnost izbora, kontrole i slobode kao i drugi ljudi. Praktična podrška ili

158 Tirza Leibowitz, ‘Living in the Community – Disentangling the Core Right’, rad koji je predstavljen na Kolokviju o zakonu i politici zaštite osoba s invaliditetom, Centar za zakon i politiku zaštite osoba s invaliditetom, Nacionalno sveučilište Irske, Galway, travanj 2010., str.6 dostupno na <http://www.nuigalway.ie/cdlp/colloquium.html>

159 Camilla Parker & Luke Clements; The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Right to Community Living?, E.H.R.L.R. 2008., 4, str.508-523.

160 Inicijativa za mentalno zdravlje Instituta otvorenog društva, Vidi <http://www.osmhi.org/?page=98>

pomoć koja im je potrebna kako bi mogli sudjelovati u svakodnevnom životu – poput života u vlastitim domovima sa svojim obiteljima, pohađanje škole i sudjelovanje u aktivnostima zajednice – treba im se biti omogućena na temelju želja i samoodređenja dotične osobe¹⁶¹.

Osiguravanje smislenih prilika koje će olakšati osobi da ostvari svoje pravo na samostalan život, te ostvari svoj puni potencijal, u zajednici, zahtijeva razvoj specifičnih i održivih usluga i potpora unutar zajednice, kao osiguranje jednakog pristupa općim sadržajima i prihvatljivog smještaja kad je to potrebno¹⁶².

Koraci koje država može poduzeti kako bi postigla taj cilj uključuje zatvaranje institucija i usmjeravanje novčanih sredstava prema pružanju usluga, poput usluga za osobe sa psiho-socijalnim poteškoćama unutar zajednice. Nadalje, države mogu izmijeniti zakone i razviti politike koje stvaraju održive opcije života u zajednici na istoj osnovi kao i drugima; to bi trebalo uključivati nediskriminirajuće procese osiguranja stanovanja. Državne stranke mogle bi također uspostaviti programe kojima se olakšava tranzicija iz institucija u domaća okruženja, organizirati obuku o temama poput vještina za samostalan život i potpomognutog zapošljavanja¹⁶³. Aktivnosti kojima se promiče puna inkluzija i sudjelovanje u zajednici trebale bi biti osmišljene i monitorirane u uskom dosluhu s osobama s invaliditetom, te organizacijama koje ih zastupaju¹⁶⁴.

Osiguravanje takvih mjera od ključne je važnosti kako bi se zadovoljila dimenzija ekonomskih i socijalnih prava iz članka 19 CRPD-a. Ne postoje ograničenja vezano uz pravo na život u zajednici. Obveza je osigurati punu realizaciju, a ne samo realizaciju do one mjere koju država smatra mogućom. Pojedine države mogu biti na različitim stupnjevima implementacijskog procesa, ali ne smiju neopravdano odgađati realizaciju ovog prava, posebno zato što to utječe na ostvarivanje toliko drugih prava koja su zajamčena Konvencijom.

Države su obvezne poduzimati mjere koristeći maksimum dostupnih sredstava u smjeru ostvarivanja postupne, no u konačnici potpune realizacije prava na život u zajednici¹⁶⁵. Način na koji država raspodjeljuje sredstva, nudi poticaje, upravlja uslugama, stvara ciljeve, te objašnjava odluke koje se tiču toga, trebao bi odražavati mjerljivi napredak u ostvarivanju prava na život u zajednici unutar definiranog i dogovorenog vremenskog roka¹⁶⁶.

161 European Coalition for Community Living (ECCL), 'Creating successful campaigns for community living: An advocacy manual for disability organizations and service providers', studeni 2008.

162 Prema članku 2 CRPD-a prihvatljiv smještaj "znači nužne i primjerene modifikacije i prilagodbe koje ne nameću nesrazmjeran ili neopravdan teret, tamo gdje je to u konkretnom slučaju potrebno, kako bi se osobama s invaliditetom osiguralo uživanje i ostvarenje svih ljudskih prava i temeljnih sloboda na istoj osnovi kao i drugima". Pročitati uz članak 5(3) Konvencije iz čega slijedi da neomogućavanje prikladnog smještaja predstavlja diskriminaciju.

163 Inicijativa za mentalno zdravlje Instituta otvorenog društva, Vidi <http://www.osmhi.org/?page=98>

164 Članak 4(3) i 33 CRPD-a o sudjelovanju, monitoringu i provedbi.

165 Članak 4(2) CRPD.

166 Gerard Quinn & Michael Ashley Stein, 'Challenges in Realizing the Right to Live in the Community: Creating successful campaigns for community living', Focus on Article 19 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, European Coalition for Community Living (ECCL), 2009., str.29.

Preporuke

Članak 19, CRPD-a nalaže državama uspostavu usluga za podršku života i inkluzije u zajednici, u svrhu sprječavanja izolacije ili segregacije od zajednice. Deinstitutionalizacija se zato ne svodi isključivo na zatvaranje institucija, nego i na stvaranje usluga za podršku u zajednici koje istinski poštuju samostalnost, privatnost i dostojanstvo osoba sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama. No, dok god ima osoba koje žive u institucijama, njihova prava također moraju biti poštovana, zaštićena i ispunjena.

1. **Vlada** bi trebala spriječiti segregaciju osoba sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama od društva i s njime povezanih prilika za socijalnu interakciju, zapošljavanje i pogodnosti osiguravanjem dostupnog i jeftinog prijevoza. To bi trebalo uključivati prijevoz iz ustanova u zajednicu;
2. Usluge zdravstva, socijalne skrbi, rehabilitacije i podrške trebaju se pružati u što većoj blizini zajednica u kojoj osobe borave, uključujući ruralne sredine;
3. Izmijeniti zakon kako bi se osobama čija je poslovna sposobnost ograničena omogućilo pravo na glasovanje na istoj osnovi kao i drugim osobama.
4. **Psihijatrijske bolnice i ustanove socijalne skrbi** trebale bi osigurati prikladan pristup telefonima kako bi osobe mogle obavljati privatne razgovore i održavati kontakte s prijateljima i obitelji, te održavati/obnoviti kontakt sa svojim zajednicama;
5. Osigurati pristup priboru za pisanje, pismima, kuvertama, poštanskim markama kako bi osobe koje žive u ovim ustanovama mogle pisati pisma prijateljima i obitelji. Osigurati poštivanje zakona koji dopušta kontrolu korespondencije u psihijatrijskim bolnicama¹⁶⁷, te da svaki slučaj uplitanja bude dokumentiran;
6. Spriječiti bilo kakve intervencije na korespondenciji za/od osoba koje žive u ustanovama socijalne skrbi;
7. Investirati u računala i poticati osobe koje žive u ustanovama na uporabu elektroničke pošte kako bi ostali u kontaktu s prijateljima i obitelji, kao i na uporabu interneta radi zabave, informiranja o stvarima koje ih interesiraju i dnevnim novostima;
8. Omogućiti osobama koje žive u ustanovama socijalne skrbi slobodan ulazak i izlazak iz ustanove, te da povratak nakon zadanog roka ili povratak u alkoholiziranom stanju ne budu ponašanja koja su podložna kažnjavanju;
9. Svaka osoba koja živi u ustanovi mora dobiti priliku i mora ju se poticati na sudjelovanje u političkom životu, kroz dobivanje informacija o političkim strankama i procesu glasovanja, te podršku u ostvarivanju njihovog prava na glasovanje;
10. Svakoj osobi koja živi u psihijatrijskoj bolnici ili ustanovi socijalne skrbi osigurati normalnu odjeću. Odmah prekinuti uporabu uniformu/pidžama;

¹⁶⁷ Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 11, par. 4.

11. Poticati osobe koje žive u ustanovama da svoje okruženje učine osobnijim (bez obzira na ograničenja njihovog okruženja) fotografijama i ostalim osobnim predmetima ili ukrasima. Osigurati prostor gdje se ti predmeti mogu odložiti na sigurno i privatno mjesto;
12. Osigurati poštivanje privatnosti pojedinca na sve moguće načine, te stvaranje atmosfere "doma" za osobe koje žive u institucijama. Osoblje bi, na primjer, trebalo nastojati pomoći ovim osobama da se mogu kupati, oblačiti i odlaziti na spavanje u privatnosti. To je moguće postići kreativnim rasporedom prostora, na primjer, izradom pregrada od tkanina ili nekog drugog materijala kako bi se osobama koje žive u ustanovama omogućila privatnost;
13. Omogućiti slobodan pristup osnovnim sredstvima za higijenu, uključujući sapun, toaletni papir i zubne paste;
14. Pravila ustanova moraju služiti nekoj svrsi, biti razumna, a o njima je potrebno razgovarati s korisnicima i postići dogovor;
15. Omogućiti osobama koje žive u ustanovama prilike da razvijaju i izražavaju svoj kreativni, umjetnički i intelektualan potencijal. To ne uključuje samo dostupnost prostorije za slobodne aktivnosti, nego i aktivno poticanje osoba da provode svoje vrijeme na smislen način;
16. Spriječiti izrabljivanje (na primjer, obavljanje poslova ili nekog drugog oblika rada bez naknade ili u zamjenu za cigarete ili neke druge oblike kompenzacije) - osobe koje žive u ustanovama trebaju biti plaćene za obavljeni posao prema tržišnoj cijeni rada. Osobe koje žive u ustanovama bi trebale biti u mogućnosti i poticane da potraže zaposlenje izvan ustanove kad je to moguće;
17. Osoblje ne bi trebalo određivati kako će osobe koje žive u ustanovama trošiti svoje novce, nego umjesto toga pružati informacije o tome kako upravljati svojim financijama, o raznim opcijama trošenja/štednje novca, te kako ga čuvati sigurnim; i
18. Pružiti informacije o vezama i seksualnosti svima u pristupačnom i razumljivom formatu, te omogućiti osobama koje žive u ustanovama savjete i tečajeve o vezama, pristanku, seksualnom zdravlju i planiranju obitelji od strane posebno obučenog osoblja. Zaposlenici moraju shvatiti da osobe koje žive u ustanovama imaju pravo uspostavljati seksualne odnose i zadržati svoju plodnost na istoj osnovi kao i druge osobe. Osobe koje žive u ustanovama trebaju imati pristup besplatnim prezervativima te ih je potrebno informirati o njihovim pravima.

Sljedeća dva poglavlja ističu dvije specifične grupe problema koje su od posebne važnosti za osobe u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi: liječenje duševnih smetnji, te obuzdavanje primjenom sile ili kemijskih sredstava i izdvajanje.

6. Metode obuzdavanja i izdvajanje

U ovom poglavlju razmatraju se zakon i praksa primjene sredstava fizičkog i kemijskog obuzdavanja, te izdvajanja u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi u Hrvatskoj. Iako ove prakse bi trebale biti podređene stručnim medicinskim smjernicama, one spadaju i u okvir ljudskih prava. UN-ova Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) navodi da svaka osoba s invaliditetom ima pravo na poštivanje njenog fizičkog i mentalnog integriteta na istoj osnovi kao i druge osobe¹⁶⁸. Kao što je specijalni izvijestitelj UN-a o slučajevima mučenja primijetio, "terapija ne može biti opravdanje za dugotrajnu uporabu sredstava obuzdavanja, što može biti jednako mučenju i zlostavljanju"¹⁶⁹; slična opažanja iznio je u vezi s "dugotrajnim zatvaranjem u samicu i izdvajanje"¹⁷⁰.

S obzirom na to da sredstva obuzdavanja i osama mogu ugroziti integritet osobe i njeno pravo da bude zaštićena od mučenja, nečovječnog i ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, u psihijatrijskim ustanovama potrebno je minimizirati njihovu uporabu kroz prepoznavanje i prevenciju poremećaja ili nasilnog ponašanja. To bi trebalo ostvariti kroz primjenu poboljšanih tehnika praćenja i sprječavanja eskalacija. Europski odbor za sprječavanje mučenja (CPT) preporučuje da inicijalni pokušaji da se riješi uznemirenost ili nasilno ponašanje trebaju isključivati, koliko je to moguće, uporabu fizičke sile (verbalno uvjeravanje), a u slučajevima gdje je fizičko obuzdavanje apsolutno potrebno, potrebno ga je u načelu ograničiti na obuzdavanje rukama¹⁷¹. Međunarodni standardi dopuštaju uporabu metoda obuzdavanja samo u iznimnim slučajevima, tamo gdje je to striktno potrebno s obzirom na ponašanje osobe o kojoj se radi, te u slučajevima kad niti jedno drugo sredstvo za sprječavanje neposredne i neminovne štete za pacijenta ili druge osobe nije na raspolaganju¹⁷². U slučajevima gdje je primjena fizičke sile neizbježna kako bi se odgovorilo na ponašanje koje predstavlja znatan rizik za korisnike ili druge osobe, njena uporaba mora biti temeljena na čvrstom zakonskom okviru i pisanim politikama koje zadovoljavaju zahtjeve međunarodnih standarda.

Radi jednostavnije kontrole obuzdavanja i nadzora nad učestalosti njegove primjene, potrebno je sve slučajeve obuzdavanja bilježiti u posebnu knjigu evidencije i u pacijentov dosje. Svaki upis trebao bi uključivati: vrijeme kada je mjera obuzdavanja započela i završila, okolnosti zbog kojih je obuzdavanje bilo potrebno i zbog kojih je osoblje pribjeglo takvoj mjeri, ime liječnika koji je naložio ili odobrio obuzdavanje, te izvještaj o bilo kakvim ozljedama koje su pacijent ili osoblje zadobili¹⁷³.

168 CRPD članak 17: zaštita integriteta osoba.

169 Nowak izvješće o mučenju osoba s invaliditetom, op.cit. par. 55

170 Ibid, par. 56.

171 Vidi 16. Opće izvješće CPT-a, par. 39, dostupno na <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm>.

172 Vidi Principi MI-a, Princip 11.11 i Preporuka R (2004) 10, članak 27.

173 Vidi 16. Opće izvješće CPT-a, par. 52.

Metode obuzdavanja trebalo bi primjenjivati u skladu sa službeno dopuštenim procedurama¹⁷⁴ i jasno definiranom politikom¹⁷⁵. Snažno se preporučuje iscrpno usmjeravanje i obuka osoblja vezano uz nefizičke i manualne tehnike kontrole¹⁷⁶. Obuzdavanje nikad ne bi trebalo upotrebljavati kao oblik kažnjavanja, iako je u praksi tanka linija između kontroliranja situacije i kažnjavanja nečijeg ponašanja. Tamo gdje nedostaju čvrsti zakonski okviri, te okviri politike, obuke i nadzora, veći je rizik od pribjegavanja primjeni obuzdavanja od strane osoblja kao rutinske metode za rješavanje problema.

6.1. Vrste obuzdavanja i izdvajanja

Iako uporaba konkretne metode ovisi o pojedinačnim okolnostima, međunarodni standardi nalažu da metoda obuzdavanja koja se upotrebljava "bude u najvećem mogućem srazmjeru (u odnosu na druge dostupne metode) s nastalom situacijom"¹⁷⁷.

a) Obuzdavanje uporabom fizičke sile

Oblici uporabe fizičke sile koji se primjenjuju u Hrvatskoj uključuju remenje (obično kožno ili platneno) koje se veže pomoću kopči ili magnetskih mehanizama za zaključavanje koje nije moguće otkopčati bez ključa, te se na taj način pacijenti vežu za krevet. Remenje se obično stavlja preko ručnih zglobova, gležnjeva ili preko prsa. Udovi se obično blokiraju pomoću remenja za ramena, pojasa za struk ili remenja za bedra, ruke i stopala. U Hrvatskoj se koriste luđačke košulje; radi se o tkanini koja ima oblik obrnuto okrenute košulje s predugim rukavima koji se vežu na stražnjem dijelu kako bi ruke stajale na prsima, prekrížene i usmjerene prema leđima čime se ograničavaju pokreti rukama.

b) Izdvajanje

Izdvajanje je proces odvajanja osobe od drugih, najčešće tako da se osobu smjesti u posebnu prostoriju u kojoj ona ne može komunicirati s ostalim pacijentima i/ili ozlijediti sebe i/ili druge. Primjenjuje se u hrvatskim psihijatrijskim bolnicama.

c) Kemijska sredstva za obuzdavanje

Kemijska sredstva za obuzdavanje su lijekovi koji se upotrebljavaju u svrhu modifikacije ili kontrole ponašanja. Primjeri lijekova koji se koriste su sedativi, antipsihotici, hipnotici i sredstva za smirenje.

174 Vidi, na primjer, Principe MI-a, Princip 11.11 i Preporuka R (2004) 10, članak 27.

175 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, par. 47.

176 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, par. 47.

177 Vidi 6. Opće izvješće CPT-a, par. 39.

6.2. Zakonski okvir

Hrvatsko zakonodavstvo u sebi sadrži neke od zahtjeva međunarodnog prava i standarde koji su prethodno definirani. No, zakon ne pruža adekvatnu zaštitu pacijentima, korisnicima i osoblju unutar svih institucija. Naime, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama relevantan je samo za psihijatrijske bolnice, te slučajevi primjene metoda obuzdavanja i izdvajanja unutar ustanova za socijalnu skrb nemaju zakonske temelje i stoga podliježu oskudnim zakonskim zaštitnim mehanizmima. No, osoblje u ustanovama za socijalnu skrb izjavilo je monitoring timu da se ponekad nađu u situacijama u kojima je potrebno primijeniti metode obuzdavanja kako bi se spriječilo ozljeđivanje korisnika. Primjenom metoda obuzdavanja u ustanovama za socijalnu skrb bavit ćemo se u odlomku 6.5 ovoga poglavlja.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama regulira samo neke od aspekata primjene fizičke sile i izdvajanja¹⁷⁸, dok ništa ne govori o kemijskim sredstvima obuzdavanja¹⁷⁹. Prema zakonu, psihijatar je dužan odlučiti o primjeni fizičke sile i izdvajanja, te je psihijatar isto tako dužan nadgledati samu primjenu¹⁸⁰. U slučajevima izuzetne hitnosti, liječnik koji nije psihijatrijske struke, medicinska sestra ili tehničar mogu također donijeti tu odluku. To je dopušteno samo onda kada nije moguće čekati odluku psihijatra, kojeg je potrebno odmah informirati o primijenjenoj metodi obuzdavanja, te koji donosi odluku o njenoj daljnjoj primjeni.¹⁸¹ Zakon nalaže i konstantan nadzor fizičkog i psihološkog stanja svladane osobe od strane stručnog medicinskog osoblja¹⁸². Osoblje nije obvezno po zakonu pokušati smiriti pacijenta verbalnim tehnikama prije primjene metoda fizičkog obuzdavanja, iako zakon preporučuje da “ako to okolnosti dopuštaju, osobu treba unaprijed upozoriti na uporabu fizičke sile”¹⁸³. Nadalje, zakon ne obvezuje psihijatrijske bolnice na vođenje zasebne evidencije koja se odnosi na primjenu metoda obuzdavanja – ‘slučajeve’ se bilježi samo u medicinsku dokumentaciju pacijenata¹⁸⁴. Bolnice nisu dužne, prema zakonu, imati pisane politike.

Odredbe koje se tiču obuzdavanja u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama slabe su i neadekvatne. Zakon nalaže medicinskom osoblju da daljnje smjernice o primjeni metoda obuzdavanja potraže u uredbama Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi¹⁸⁵, no do trenutka kada je ovo izvješće dano u tisak, takve uredbe nisu bile usvojene. Ministarstvo ne organizira obuku za osoblje o tome kako spriječiti primjenu obuzdavanja i izdvajanja ili kako te metode primijeniti na siguran način poštujući zakon o ljudskim pravima.

178 Izdvajanje je regulirano na isti način kao i primjena fizičke sile. No, razlika je što se razlozi, način i opseg primjene fizičke sile trebaju zabilježiti u medicinsku dokumentaciju o pacijentu (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 58 par. 2), a osobu se ukoliko je to moguće, mora upozoriti prije primjene sile (članak 58 par. 1). Te se odredbe ne odnose na izdvajanje.

179 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, poglavlje VIII – članci 54 – 58.

180 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 56 par. 1.

181 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 56 par. 2.

182 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 57.

183 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 58 par. 1.

184 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 58 par. 2.

185 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 55.

6.3. Metode obuzdavanja u praksi

Bez obzira na nedostatke u zakonu, monitori su zaključili da je primjena postojećih pravila koja se odnose na uporabu metoda obuzdavanja u praksi često problematična. Timovi koji vode neke od psihijatrijskih bolnica stvorili su protokole i politike vezano uz primjenu metoda obuzdavanja što je rezultiralo time da se prakse razlikuju od bolnice do bolnice, kao i od odjela do odjela unutar iste bolnice. Obuka osoblja koja se odnosi na praksu obuzdavanja bila je oskudna ili je uopće nije bilo, a neke politike nisu uključivale upute osoblju što činiti u hitnim slučajevima. Osoblje nije znalo sa sigurnošću koje su točne zakonske regulative, te su monitori stekli dojam kako pokušavaju izbjeći razgovor o primjeni metoda obuzdavanja.

a) Odobrenje obuzdavanja

U bolnici **Ugljan**, svi novi članovi osoblja dobivaju bolnički pravilnik. U tom dokumentu navodi se da je pacijenta dozvoljeno obuzdati uporabom remenja privremeno isključivo u terapijske svrhe, ali nikad kao represivnu ili kaznenu mjeru. Obuzdavanje smije inicirati i završiti liječnik koji je obavezan odrediti jednog člana osoblja koji će nadzirati sputanog pacijenta za vrijeme trajanja te mjere¹⁸⁶.

Za razliku od toga, bolnica **Jankomir** svom osoblju izdaje smjernice koje od njih zahtijevaju pokušaj smirivanja pacijenta kroz verbalno uvjeravanje; "suočavanje s nasilnim pacijentima počinje razgovorom... nakon kojeg je dozvoljena primjena psihofarmatika i fizičke sile ukoliko je to potrebno".¹⁸⁷ Smjernicama se primjena obuzdavanja ograničuje na zaštitu ljudi, te se ona zabranjuje u svrhu zaštite imovine; u tom smislu, one su strože od samog nacionalnog zakona. U smjernicama se navodi i da se prije same primjene fizičke sile osobi "mora reći što će mu/joj se učiniti i objasniti postupak", te da "u principu, pacijenta treba pitati za pristanak" i "zamoliti da surađuje".¹⁸⁸ Takva smjernica je pozitivan početak u osiguravanju sigurne prakse obuzdavanja u kojoj se poštuje osobe koje žive u bolnici.

S obzirom na malen broj liječnika u svim bolnicama, činilo se vjerojatnim kako obuzdavanja često počinju bez uključenosti liječnika – a kamoli psihijatra, kao što to nalaže zakon¹⁸⁹. U **Jankomiru**, u noćnoj smjeni radi samo jedna ili dvije sestre po jedinici. U noćnoj smjeni dežuran je jedan liječnik koji pokriva čitavu bolnicu. Procjena osobe koja živi u bolnici koja prethodi primjeni obuzdavanja u takvim okolnostima vjerojatno je nemoguća. Uprava **Popovače** izjavila je monitorima da samo liječnici mogu odobriti primjenu obuzdavanja. No, jedan od članova osoblja iz niže pozicije u upravljačkom lancu rekao je monitoring timu kako pomoćno osoblje i sestre primjenjuju sputavanje osoba "svaki dan", te da su liječnici rijetko uključeni. U pridruženom objektu **Popovače** (2km od glavne zgrade), uopće ne postoji stalno prisutan liječnik, pa

186 Vidi Pravilnik bolnice Ugljan, 5. svibanj 1995., članak 66.

187 Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan", Zagreb: Smjernice za postupanje s bolesnikom nasilnog ponašanja, svibanj 2004. Prva uputa u Smjernicama je da "suočavanje s nasilnim pacijentom počinje RAZGOVOROM". Napominje se da je usmeno uvjeravanje tehnika koju CPT preferira, Vidi 16. Opće izvješće CPT-a, par. 39.

188 Jankomir, Smjernice za postupanje s bolesnikom nasilnog ponašanja, svibanj 2004.

189 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 56 par. 1.

se odobrenja za primjenu obuzdavanja, ukoliko ih se uopće traži, dogovaraju telefonom. Monitoring tim je obaviješten o nekoliko slučajeva gdje rodbina ili skrbnici osobe koja je bila podvrgnuta obuzdavanju nisu bili obaviješteni o primijenjenim mjerama, kao što zahtijeva hrvatski zakon¹⁹⁰.

b) Trajanje obuzdavanja

Čini se da u se u Hrvatskim bolnicama fizičko sputavanje primjenjuje dulje nego je to potrebno. U bolnici **Ugljan**, osobe koje žive u ovoj bolnici ostaju vezani remenjem u prosjeku “jedan dan ili kraće, no u iznimnim okolnostima dva do tri dana”, prema riječima jednog člana osoblja. Taj isti član osoblja dodao je kako se remenje otkopčava svaka dva sata. Monitorima je rečeno kako su na ženskom odjelu za akutne slučajeve u **Jankomiru**, žene koje žive u ovoj ustanovi vezane za krevet na samo dva sata, dok je jedna od žena koja živi na tom odjelu izjavila monitorima kako je prošlog tjedna bila vezana 15 sati iako se smirila nakon dva sata.

c) Pogrešna primjena obuzdavanja kao ‘terapije’

Monitori su iz prve ruke vidjeli kako primjena metoda obuzdavanja ima dodatne posljedice za zdravlje, sigurnost i dostojanstvo osoba koje su im podvrgnute. Prilikom posjeta **Ugljanu** i **Jankomiru**, monitori su dobili iskaze osoba koje žive u ovim bolnicama o tome kako su bili vezani za krevete te su im stavljene pelene umjesto da im se dozvoli ići na toalet.

Tijekom posjeta monitoring tima pridruženom objektu **Popovače** u kojem su smješteni muški i ženski odjel za kronične pacijente, dvije osobe su bile vezane za krevet. Jednom muškarcu gležnjevi su bili vezani remenom s magnetskim mehanizmom zaključavanja. Osoblje nam je objasnilo da je to mjera kojom se sprječava da padne iz kreveta. No, monitoring tim je primijetio da bi muškarac, ukoliko padne iz kreveta, svejedno udario glavom o pod, te su monitori zaključili da je muškarac vezan kako bi ga se spriječilo da ustane iz kreveta. U drugom krevetu ležao je 27-godišnji muškarac koji je bio vezan za krevet jednom rukom i jednim stopalom. Bio je budan, no činio se prilično sediran. Odgovorni član osoblja objasnio je da navedeni muškarac navodno “napada osoblje i ostale pacijente” guranjem prsta u oko, te da niti jedan član osoblja nije dovoljno snažan da ga svlada. Sestra je (bez da je pitala dotičnog muškarca ili mu to najavila) otkrila pokrivač kako bi monitorima pokazala pacijentovo tijelo. Na muškarčevim udovima bila je donekle vidljiva atrofija mišića zbog nekretanja, dok je sestra tvrdila da je svejedno presnažan za osoblje; te da ga remenje jedva drži na mjestu što je značilo da si prilikom opiranja nanosi ozljede. Sestra je izjavila da je bio vezan za krevet ili invalidska kolica veći dio svakog dana tijekom tri ili četiri godine. Medicinska dokumentacija pacijenta potvrđuje da je on u pravilu vezan za krevet u trajanju od jednog sata do 12 sati, bez pauze. Ove okolnosti uzete u cjelosti, mogu upućivati na kršenje članka 3 Europske konvencije o ljudskim pravima (mučenje i neljudsko ili ponižavajuće postupanje ili kažnjavanje).

190 Vidi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 58 par. 3.

d) Nadzor obuzdavanja

Ohrabruje činjenica da neke bolnice vode zasebnu evidenciju o primijenjenim metodama obuzdavanja – što zahtijevaju međunarodni standardi, no nažalost ne i hrvatski zakon. U **Jankomiru** se upotrebljava iscrpan obrazac u koji se bilježe vitalni znakovi, uključujući temperaturu, krvni tlak, puls, unos hrane i tekućine i eliminaciju tjelesnih tekućina. U praksi smo nailazili na evidencije koje su često bile nepotpune. Osoblje u **Jankomiru** dužno je unositi napomene u bolnički list pri provjeri vezanog pacijenta svakih 15 do 30 minuta¹⁹¹. Prema protokolu u **Popovači** koji je na snazi od 2006. osoblje je obvezno ispuniti dva obrasca za svaki slučaj obuzdavanja osobe koja živi u ovoj ustanovi. No, navedeni obrasci se stavljaju samo u dosje pacijenta, dok zasebna evidencija ne postoji.

U **Ugljanu**, osoblje je dužno zabilježiti primjenu metode obuzdavanja u dnevnik pojedinog odjela, te ispuniti obrazac za svaku osobu na kojem je primijenjeno obuzdavanje. Na obrascu je potrebno navesti liječnika koji je odobrio postupak, razlog obuzdavanja, osoblje koje je sudjelovalo, te sve relevantne medicinske podatke. Obrazac moraju potpisati sestra i voditelj odjela. No, malen broj izabranih obrazaca koje su monitori dobili na uvid bili su točno popunjeni. Često su nedostajali potpisi, što ostavlja otvorenim pitanje tko je odobrio mjeru i tko je nadgledao pacijenta za vrijeme trajanja dotične mjere.

Monitoring tim je razgovarao s muškarcem s odjela za akutne slučajeve u ustanovi **Ugljan** na kojem je, prema podacima u njegovoj medicinskoj dokumentaciji, mjera obuzdavanja primijenjena preko deset puta u razdoblju od veljače do lipnja 2010., dok su sve mjere obuzdavanja trajale od pet sati do dva dana. Sve epizode obuzdavanja su zabilježene, a bilješke uključuju opaske o njegovom ponašanju – da se kupao, jeo, koristio toalet, te bio smiren ili agresivan. Njegovo ponašanje bilo je teško, te je napadao ostale pacijente. Tijekom izolacije snimalo ga se kamerama video nadzora (CCTV). Osoblje je izjavilo da se tijekom mjere obuzdavanja pacijente ne nadzire konstantno, nego u intervalima od 30 minuta. Takva praksa nije sigurna i krši standarde CPT-a¹⁹², jer nadzorne kamere ne mogu biti zamjena za konstantan nadzor s obzirom na to da osoblje ne prati ekran konstantno.

Monitoring tim je bio izrazito razočaran što u **Rabu** ne postoji ikakva zasebna evidencija koja se odnosi samo na primjenu metoda obuzdavanja. Iskazi o praksi obuzdavanja koje je MDAC dobio od osoba koje žive u ovoj bolnici znatno se razlikuju od iskaza osoblja. Osoblje bolnice je reklo MDAC-u da se obuzdavanje rijetko primjenjuje, dok osobe koje u njoj žive tvrde da se metode obuzdavanja – posebice luđačke košulje – upotrebljavaju često. Jedan liječnik rekao je da se upotrebljava remenje s magnetskim kopčama kako bi se osobe vezalo za krevete, dok je drugi liječnik izjavio da se ono ne upotrebljava. Prema riječima jedne osobe, tri ili četiri osobe stavljene su u luđačke košulje na jednom odjelu tijekom tri dana koja su prethodila posjetu. Nije postojao način da monitori ispituju točnost različitih iskaza o učestalosti primjene metoda obuzdavanja, a – što je jednako važno – niti uprava bolnice. Ustrajno bilježenje podataka o

191 Jankomir, Smjernice za postupanje s bolesnikom nasilnog ponašanja, svibanj 2004.

192 Vidi "Načini obuzdavanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle" 16. Opće izvješće CPT 2006, CPT/Inf (2006), par 50. Ovo sadrže "CPT Standardi" (CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010).

mjerama obuzdavanja je stoga nužno kao bi se spriječila zlouporaba; međunarodni sistem o ljudskim pravima također očekuje da ti podaci budu dostupni u svrhu monitoringa i revizije, na razini odjela, bolnice, te na nacionalnoj razini¹⁹³.

6.4. Izdvajanje

Izdvajanje (ili 'izolacija') primjenjuje se u svim bolnicama, uz iznimku **Jankomira** (prema riječima ondašnjeg osoblja). **Jankomir** je imao prostor za intenzivnu njegu i u muškom i u ženskom odjelu za akutne slučajeve. Radi se o prostorijama s četiri kreveta u nizu, do kojih se dolazi iz hodnika zatvorenog odjela, vidljivima kroz zavjesom zaštićen prozor ureda sestara koji se nalazi između zatvorenog i otvorenog odjela. Osobe koje žive u ovoj bolnici mogu biti vezane remenjem za krevet, prema riječima osoblja, samo na otprilike sat vremena. Video nadzor pacijenata u kriznom stanju bio je opsežan, te se u nekim slučajevima činio kao zamjena za osobni kontakt i konzultacije između osobe i osoblja¹⁹⁴. U ustanovi **Ugljan**, na gotovo svim odjelima video nadzor se upotrebljava za praćenje osoba koji se nalaze u samicama¹⁹⁵. Osoblje je dužno istovremeno bilježiti slučaj izdvajanja, uključujući vitalne znakove, tako da postoje barem nekakve proceduralne smjernice koje se primjenjuju u bolnici. No, osoblje je reklo monitorima da se osobe izvodi iz samice radi tuširanja ili da prošetaju, što implicira da izolacija ponekad može trajati i dulje od jednog ili dva sata.

Monitoring tim je jasno uvidio da se u **Rabu** izdvajanje ne primjenjuje kao posljednja raspoloživa mjera. Prema pričama osoblja, svi novopristigli pacijenti na odjelu za forenzičnu psihijatriju automatski su stavljeni u izolaciju radi promatranja njihovog ponašanja. Dakle, te osobe nisu stavljene u samicu zbog što su predstavljali opasnost za sebe ili druge, nego je to preventivna, disciplinska i kontrolna mjera. Monitori su razgovarali s jednom starijom ženom koja ima dijabetes koja je bila zatvorena u svoju sobu kako bi ju se spriječilo da jede; u vrijeme posjeta, nije pokazivala ikakve psihotične simptome i nije bila uznemirena. Na odjelu za kronične slučajeve u **Rabu**, izolirane osobe nisu imale pristup normalnom toaletu, nego su morale upotrebljavati bocu. Tijekom boravka na ovom odjelu, monitori su primijetili samicu koja se nalazi u blizini ulaznih vrata odjela. U sobi su se nalazili jedan muškarac i žena, a vrata su bila zaključana pomoću dva zasuna koji se otključavaju ključem. Osoblje je reklo da su te osobe odlučile otići tamo jer je soba hladnija; no, monitorima se činilo da osoblje njih dvoje smatra problematičnima, te tako koriste priliku da zaključaju sobu kadgod su oni unutra.

193 Vidi, na primjer, CRPD članak 31.

194 Vidi 16. Opće izvješće CPT-a o aktivnostima tijekom razdoblja od 1. kolovoza 2005. do 31. srpnja 2006., CPT/Inf (2006.) 35, od 16. listopada 2006., par. 50 (nadalje "16. Opće izvješće CPT-a"); dostupno na <http://www.cpt.coe.int/EN/annual/rep-16.htm>

195 No, na odjelu za akutne slučajeve ne postoji video nadzor, a tamo bi to bilo od velike pomoći prilikom pažljivog praćenja pacijenata u kriznim stanjima.

6.5. Politika i praksa u ustanovama socijalne skrbi

MDAC je ustanovio da upravitelji i osoblje u ustanovama socijalne skrbi primjenjuju obuzdavanje i izdvajanje osoba bez ikakvih regulativa ili obuke. Ne postoje smjernice o tome kako se nositi s teškim ili agresivnim ponašanjem. Ne postoje standardizirani protokoli ili procedure evidencije, kao ni tečajevi ili izobrazba u području prevencije i uporabe metoda obuzdavanja.

Čini se da je službeni stav uprave da se intervencije poput izdvajanja, koje nemaju temelj u zakonu, ne događaju. Iako su monitori primijetili neke napredne pristupe i prakse u mnogim ustanovama socijalne skrbi, bilo je jasno da se određeni oblici izdvajanja i ostale metode obuzdavanja primjenjuju. Službeno poricanje postojanja takvih praksa povećava opasnost od neprofesionalnog postupanja i zlostavljanja. To također znači da zanemarivanje i zlostavljanje vjerojatno prolaze nekažnjeno, jer ne postoje evidencije o takvim incidentima, a time ni mogućnost da osobe koje žele uložiti žalbu zbog načina kako se s njima odnosi, potraže pomoć. MDAC je primijetio da se ponekad činilo kako osoblje nije sigurno koje su njihove pravne ovlasti i nevoljko otvoreno razgovaraju o svojoj praksi. U pojedinim slučajevima, monitoring tim je ostao pod dojmom da je osoblje nesigurno u svoje pravne ovlasti i nevoljko da otvoreno razgovara o svojoj praksi. U pojedinim slučajevima, monitori su osjećali da osoblje nije sasvim transparentno u odgovaranju na pitanja o korištenju obuzdavanja, iako to djelomično može biti posljedica njihove nenaviknutosti na prisutnost vanjskih monitora koji im ponekad postavljaju neugodna pitanja.

a) Obuzdavanje primjenom fizičke sile

U cjelini, činilo se da se sredstva fizičkog obuzdavanja koriste rjeđe u ustanovama socijalne skrbi nego u psihijatrijskim bolnicama. No, nije bilo jasno odražava li to politiku ili je tako zbog toga što u psihijatrijskim bolnicama vjerojatno ima više osoba sa psiho-socijalnim poteškoćama nego što ih ima u ustanovama socijalne skrbi.

Upravitelji ustanova u **Mirkovcu**, **Osijeku** i **Lobor-gradu** tvrdili su da se u njihovim ustanovama već godinama ne primjenjuju sredstva fizičkog obuzdavanja. Monitori nisu naišli na fizičke ili verbalne dokaze koji bi ukazivali suprotno prilikom posjeta **Mirkovcu**, no tim je vidio dokaze o obuzdavanju pacijenta pomoću remenja u **Lobor-gradu**. Osoblje u tim ustanovama izjavilo je da je nasilje rijetko prisutno i da problem obično nastaje samo kada osobe koje žive u ovim ustanovama konzumiraju alkohol. Objasnili su nam da ukoliko se osoba uzruja ili predstavlja opasnost za sebe ili druge, odmah zovu policiju ili hitnu pomoć, te osobu osoblje ili hitna služba prevoze u psihijatrijsku bolnicu. Monitoring timu je rečeno kako u alternativnim slučajevima, medicinski tehničari i pomoćno osoblje – otprilike jednom mjesečno – interveniraju u slučaju svađe i smiruju situaciju. Nisu zabilježene ozljede bilo osoblja ili osoba koje živi u ustanovi, što je potvrđeno od strane osoba sa kojima je MDAC razgovarao. U **Ugljanu**, monitori su od korisnika čuo kako se remenje primjenjuje, a i primijetili smo fizičku prisutnost remenja na hrpi rublja. Kada smo o tome upitali osoblje, odgovorili su nam kako se remenje ne upotrebljava, te da je njihova prisutnost među rubljem slučajna.

U **Vojniću** se upotrebljavaju metode fizičkog obuzdavanja, te je glavna sestra pokazala monitorima remenje i luđačke košulje. Remenje je napravljeno od širokih kožnih remena s kopčom koji se pričvršćuju za krevet. Osoblje je reklo monitorima da se ono nije upotrebljavalo unutar posljednjih godinu dana. Luđačka košulja je bila nova, tek izvađena iz pakiranja, a osoblje nam je objasnilo kako je ona koju zapravo upotrebljavaju trenutno u pranju. Prema iskazima, sredstva obuzdavanja ili izdvajanje nikad se ne primjenjuju dulje od dva sata, te se u tom periodu osobe kontrolira svakih petnaest minuta. Protokol za obuzdavanje korisnika postoji, kao i, što je zanimljivo, obrazac za davanje suglasnosti kojeg bi osoba sama trebao potpisati. Posebne evidencije postupaka obuzdavanja nije bilo, a osoblje nije prošlo obuku vezano uz kontrolu agresivnog ponašanja. Na naše pitanje o tome, jedan od voditelja u ustanovi rekao je da primjena sredstava obuzdavanja “nije komplicirana”. Glavna sestra najprije je izjavila kako je obuzdavanje posljednja mjera kojoj se pribjegava, no onda je dodala kako se sredstva obuzdavanja ponekad upotrebljavaju kao prevencija, te da jedan od muškaraca ‘dobrovoljno’ ponekad nosi luđačku košulju. Osobe koje žive u ustanovi su to pobijale; jedan od njih rekao je monitorima da ako bilo koja osoba napusti ustanovu bez dozvole, nakon toga biva kažnjena– “vežu ga remenjem [za sputavanje]”.

Općenito govoreći, osoblje u ustanovama socijalne skrbi tvrdilo je kako se osobe s problematičnim ponašanjem premještaju natrag u psihijatrijsku bolnicu. Osoblje u svim ustanovama socijalne skrbi izjavilo je da je prije bilo kakve intervencije treće strane (npr. policija ili liječnik) ili primjene neke od metoda obuzdavanja na osobama koje žive u ovim ustanovama potrebna dozvola liječnika. Ovaj sustav premještanja osoba naravno ne može predstavljati rješenje za razdoblje u kojem se čeka da stignu kola hitne pomoći ili neko drugo prijevozno sredstvo. Nadalje, upitno je jesu li premještaji uvijek u najboljem interesu osoba koje žive u ustanovama ili možda, u nekim okolnostima, pogoršavaju situaciju koju bi inače bilo moguće riješiti uz manje smetnji za skrb o korisniku. Niti u jednoj ustanovi monitoring tim nije dobio na uvid posebne protokole u kojima se navode politike vezano uz primjereno postupanje, dok su nam u **Mirkovcu** i **Osijeku** rekli da se odluke donose “od slučaja do slučaja”.

Situacija u **Vojniću** činila se drugačijom od onih u ostalim posjećenim ustanovama socijalne skrbi; monitori su došli do zaključka da, na mnogo načina, ova ustanova funkcionira kao polupsihijatrijska bolnica. Uprava se ponosi činjenicom da u osam godina niti jedna osoba nije poslana u psihijatrijsku bolnicu na liječenje, a čak su i preuzeli neke osobe “koje je nemoguće kontrolirati” iz ostalih ustanova socijalne skrbi. Činilo se kako u ustanovi postoji jedan vid specijalizirane obuke osoblja vezano uz obuzdavanje korisnika, te se u ustanovi ponose sposobnošću osoblja da kontrolira korisnike koju su obilježeni kao ‘teški’. Monitoring timu je ispričan slučaj osobe koja je premještena iz **Raba** prije dvije godine; prije premještaja, muškarac je redovito bio vezan za krevet. Po dolasku u **Vojnić**, osoblje **Vojnića** zamijenilo je remenje ručnicima, i primijenilo kraće izdvajanje, umjesto fizičkog sputavanja i zatim izvijestilo da sada, naknadno, sputavanje više ne koriste. Navedeni muškarac sada se normalno svuda kreće. Osoblje je navelo i negativno iskustvo koje osobe imaju u ostalim ustanovama prije dolaska u **Vojnić**. Posebno su naveli slučaj jednog mladića s intelektualnim teškoćama koji je došao iz ustanove socijalne skrbi Stančić šest mjeseci prije posjete monitora iz MDAC-a. Nakon dolaska u ustanovu, prema riječima osoblja, bio je uznemiren pa su ga smjestili u samicu na sat vremena. Kada ga je osoblje pokušalo smiriti, konstantno je tražio da mu vežu ruke jer je bio navikao na takvu mjeru. Osoblje je reklo da su odbili vezati mu ruke, te su umjesto toga radili s njim na kontroli uznemirenosti. Uslijed toga, njegovo stanje se popravilo, a mjere

obuzdavanja više nisu bile potrebne. Monitoring tim je bio upoznat i sa slučajem slijepog muškarca sa intelektualnim i psiho-socijalnim poteškoćama koji je odbijao kupanje – u prethodno ustanovi kupali su ga na silu, te se on sada snažno i agresivno opirao kupanju. Osoblje **Vojnića** pristupilo je situaciji na drugačiji način tako što su ga uključili u proces kupanja i pokušali shvatiti njegov strah, te na taj način ponovno uveli kupanje bez primjene fizičkog sputavanja, primijenivši umjesto toga empatičnije mjere.

b) Izdvajanje

MDAC-u je osoblje jasno reklo da u ustanovama socijalne skrbi u **Lobor-gradu, Mirkovcu** ili **Osiijeku** ne postoje sobe za izdvajanje ili osamljivanje. Zato ni ne postoje politike koje bi regulirale takvu praksu. Monitori nisu pronašli dokaze koji bi govorili drugačije u slučaju prve dvije ustanove, no u **Osiijeku** je bilo nekih dokaza koji su ukazivali na izdvajanje osoba koje tamo žive. U ovoj ustanovi, monitori su naišli na samicu na slijepom zavoju na kraju hodnika koji vodi do praonice rublja, putu koji se ne koristi kao prolaz. Soba je bila dobro izolirana s vanjske strane, a vrata su bila zaključana, te su imala otvor za promatranje poput onih na zatvorskim vratima. U unutrašnjosti sobe nalazio se krevet, posložen pokrivač, jastuk i stol. Soba je izgledala kao da je nedavno netko u njoj boravio – na stolu pored kreveta nalazila se plastična čaša i djelomično puna boca vode, a na podu kutija cigareta. Na upit monitora o sobi, osoblje je uporno tvrdilo da se soba upotrebljava samo kao soba za prihvata u slučaju prekapacitiranosti, te da korisnici nekad u početku tu spavaju dok se ne napravi neki drugi raspored. No, jedna žena koja živi u ovoj ustanovi rekla je monitoring timu da je bila zatvorena u navedenu sobu prije otprilike šest tjedana zato što se u ustanovu vratila pijana. Izjavila je da je u izolaciji provela dva dana, te prema njenim riječima morala upotrebljavati kantu kao toalet jer joj nije bilo dozvoljeno ići na zajednički toalet. Dvije druge osobe također su rekli monitorima kako se prema njihovom sjećanju, samica koristi prosječno jednom mjesečno.

U **Vojniću** je postojala soba koja je određena za izdvajanje osoba: imala je izolaciju s vanjske strane, na zidovima i podu. Na podu se nalazi i madrac, a soba je imala prozor kroz kojeg je osoblje moglo promatrati osobu koja se nalazi unutra. Soba je imala izlaz u zaključani hodnik kojeg je upotrebljavalo samo osoblje. Ustanova je imala procedure za koje je bilo potrebno odobrenje psihijatra prije ili nedugo nakon što je izdvajanje počelo, a osoblju je objašnjeno da je “to tako zato da se izdvajanje ne koristi kao kazna.” Nadalje, postojala je i evidencija o izdvajanju u kojoj se bilježe duljina boravka, identitet osobe koja je odobrila intervenciju, te razlog izdvajanja. Iako je osoblje reklo monitorima da se soba rijetko koristi, te da nije bila korištena tijekom šest mjeseci prije posjeta, upraviteljica ustanove izjavila je da izolaciju smatra prihvatljivijom od “vezanja osoba”, te da se izdvajanje primjenjuje “na sat, dva u slučajevima autoagresije ili agresivnog ponašanja”.

6.6. Kemijska sredstva obuzdavanja

Uporaba kemijskih sredstava obuzdavanja razlog je za zbrinutost s obzirom na opasnosti povezane s propisivanjem lijekova u neterapeutske svrhe. Kemijska sredstva obuzdavanja moraju se upotrebljavati uz najveće zaštitne mjere, te ih nikad ne bi trebalo upotrebljavati u interesu osoblja ili kao sredstvo prisile, discipliniranja ili kažnjavanja¹⁹⁶. Nus pojave kemijskih sredstava obuzdavanja mogu imati specifične posljedice ovisno o zdravstvenom stanju osoba koja je obuzdana na takav način. Stoga je posebno važno biti oprezan kad se lijekovi koriste u kombinaciji s mehaničkim sredstvima obuzdavanja ili izdvajanja¹⁹⁷.

MDAC i Sjaj nisu primili navode o uporabi kemijskih sredstava obuzdavanja kao kaznene mjere od bilo koje osobe koja živi u ustanovama socijalne skrbi. No, tanka je linija između uporabe i zlouporabe psihijatrijskih lijekova. U poglavlju 3 ovog izvješća navodi se procedura kojom osoba u psihijatrijskoj bolnici može biti prisiljena na psihijatrijsku terapiju prije nego što sud uspije procijeniti postoji li za to potreba; otvoreno je pitanje može li se to smatrati obuzdavanjem kemijskim sredstvima. U poglavlju 7 u ovom izvješću navodi se da su neke osobe u psihijatrijskim bolnicama koje su posjećene pokazivale znakove predoziranja što je bio oblik institucionalne kontrole – to također može biti klasificirano kao obuzdavanje kemijskim sredstvima.

6.7. Evaluacija

MDAC i Sjaj zabrinjava nepostojanje nacionalnih pravila, procedura ili obuke o metodama obuzdavanja ili izdvajanja. U svim ustanovama, monitorima je rečeno da se obuzdavanje i izdvajanje koriste u iznimnim slučajevima; no, postoje dokazi da iznimke postaju pravilo, posebno u okruženjima gdje osoblje nije prošlo obuku o alternativama ovakvim praksama. Prisutan je opći nedostatak shvaćanja kako su obuzdavanje i izdvajanje osoba posljednje mjere za kojima se poseže, te se na njih ne treba gledati kao na dio paketa njege i terapije. Monitoring tim zabrinjava bolnička praksa gdje je pravilo da se novo pristigli pacijenti izdvajaju u osamu. Ovakva praksa nema ikakve veze s njegovom i liječenjem, nego se radi o načinu da se osobi da do znanja tko ima moć i što će se dogoditi ako ta osoba ne poštuje pravila. Kao takvo, izdvajanje nema terapeutsku svrhu – radi se o praksi koju bi se lako moglo izjednačiti s mučenjem, nečovječnim i ponižavajućim postupanjem ili kažnjavanjem. Stoga je jasno da se radi o povredi međunarodnog sistema o ljudskim pravima koji je obvezujući za Hrvatsku.

U ustanovama socijalne skrbi osoblje niječe takvu praksu, iako se doima da se obuzdavanje i izdvajanje osoba događa. Iako je razumljivo da je osoblje oprezno u razgovoru s vanjskim monitorima za ljudska prava o praksi za koju znaju da u potpunosti nije regularna, monitoring tim je ipak zabrinulo takvo ponašanje osoblja. Okruženje u kojem se doima da se loše prakse prikrivaju samo dovodi do veće sumnjiča-

¹⁹⁶ Vidi Memorandum s objašnjenjima uz Preporuku R(2004)10, par. 145.

¹⁹⁷ Vidi 16. Opće izvješće CPT-a, par. 41.

vosti oko toga što se u njemu događa kada monitori za ljudska prava nisu prisutni.

Ukratko, ad hoc primjena metoda obuzdavanja i izdvajanja stavlja osobe koje žive u ustanovama u opasnost. Ona također dovodi u opasnost upravu i osoblje – od opasnih praksa, kaznenog progona i civilnih parnica. Primjena obuzdavanja u psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi treba biti strogo regulirana kako na razini ustanova, tako i na državnoj razini kako bi se takva praksa uskladila s međunarodnim sistemom o ljudskim pravima.

Preporuke

1. **Vlada** bi trebala izmijeniti zakon kako bi se osiguralo da osoblje pokuša upotrijebiti tehnike deeskalacije kako bi se spriječilo posezanje za sredstvima obuzdavanja ili metodom izdvajanja;
2. Izmijeniti zakon kako bi se jasnije navele okolnosti, način i trajanje, u kojima je dozvoljena (ako je uopće dozvoljena) uporaba kemijskih sredstava obuzdavanja;
3. Izmijeniti zakon kako bi se ustanove obvezalo da odrede jednog zaposlenika s isključivim zadatkom da nadgleda sputanu osobu tijekom čitavog perioda u kojem je pacijent sputan/izoliran, a ne u razmacima. Video nadzor ne smije ni u kom slučaju zamijeniti kontinuiranu prisutnost osoblja;
4. Izmijeniti zakon kako bi se ustanove obvezalo da bilježe slučajeve obuzdavanja u dokumentaciji pacijenata te u zasebnoj evidenciji o slučajevima obuzdavanja. Podaci koji se bilježe u tu dokumentaciju trebali bi uključivati korake koji su poduzeti da se spriječi primjena obuzdavanja/izolacije, razloge zbog kojih su primijenjene metode obuzdavanja/izolacije, u kojem trajanju, te na koji način su kontinuirano nadgledani sigurnost i zdravlje sputane osobe; i
5. Nadzor uporabe metoda obuzdavanja u svim psihijatrijskim bolnicama i ustanovama socijalne skrbi kroz podatke prikupljene iz evidencije ustanova o primjeni metoda obuzdavanja i posjete monitora.
6. **Psihijatrijske bolnice** trebale bi osobe koje u njima žive informirati u pismenom obliku o metodama obuzdavanja koje mogu biti primijenjene ukoliko se oni budu ponašali na određeni način te je to potrebno ponoviti usmeno ako dođe do situacije u kojoj se primjena obuzdavanja može smatrati potrebnom;
7. Osigurati da osoblje razgovara s osobama koje žive u ustanovama kako bi osigurali da im, ukoliko je to ikako moguće, bude pružena prilika da pristanu na vrstu metode obuzdavanja koju će se upotrijebiti ukoliko je potrebno. Psihijatrijske usluge treba poticati na primjenu donošenja odluka uz asistenciju kako bi se navedeno realiziralo;
8. Usvojiti pisane politike o primjeni metoda obuzdavanja koje proizlaze iz smjernica Ministarstva; i
9. Ograničiti trajanje obuzdavanja/izolacije na minimalnu moguću mjeru;
10. **Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi** bi trebalo, u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, izraditi pravilnik o metodama obuzdavanja. Ministarstvo bi tome

trebalo pristupiti kao hitnom pitanju i izdavati i redovito ažurirati smjernice za osoblje koje radi u području usluga prema duševno oboljelima o metodama obuzdavanja i izolacije;

11. Organizirati obuku za osoblje u psihijatrijskim bolnicama o uporabi tih politika i primjeni metoda obuzdavanja;
12. Osoblje ustanova socijalne skrbi mora znati da je primjena metoda obuzdavanja/izolacije, tipa luđačkih košulja, kaiševa ili remenja, u takvom okruženju nezakonita. Ove metode se ne smiju koristiti u bilo kojim okolnostima. Osoblje ustanova socijalne skrbi trebalo bi proći obuku o tome kako se nositi s agresivnim osobama i smiriti situacije koje oni doživljavaju kao slikoviti primjer situacije u kojoj je potrebna primjena obuzdavanja korištenjem alternativnih načina upravljanja konfliktom. Redovno nadgledanje ustanova socijalne skrbi treba istaknuti da li su metode obuzdavanja pronađene u prostorijama i razloge njihove primjene.

7. Liječenje

Pravo na zdravlje ugrađeno je u međunarodno pravo koje je obvezujuće i za Hrvatsku¹⁹⁸, a ideja da mentalno zdravlje čini temeljnu komponentu prava na zdravlje opće je prihvaćena. Službena formulacija je da “pravo na zdravlje obuhvaća širok raspon socio-ekonomskih čimbenika koji promiču uvjete u kojima ljudi mogu voditi zdrav život, te se proteže na inherentne odrednice zdravlja, poput hrane i prehrane, stanovanja, pristupa sigurnoj i pitkoj vodi te adekvatnom zdravstvu, sigurnom i zdravom radnom okruženju i zdravom okolišu”¹⁹⁹. Pravo na zdravlje je dakle povezano s mogim drugim pitanjima koja su dokumentirana u ovom izvješću, uključujući stanovanje, pravo koje je izravno povezano s pravom na život u zajednici. Nadalje, Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) uključuje pravo na rehabilitaciju kojim bi “osobe s invaliditetom trebale dobiti mogućnost postići i zadržati maksimalnu neovisnost, punu fizičku, mentalnu, društvenu i strukovnu spremnost, te potpunu inkluziju i sudjelovanje u svim aspektima života”²⁰⁰.

7.1. Terapijski planovi

Međunarodni standardi nalažu kako bi terapije za osobe smještene u psihijatrijskim bolnicama trebale biti orijentirane na zaštitu njihovog dostojanstva, prava i sloboda²⁰¹. Terapija bi se dakle trebala zasnivati na individualnom propisanom planu, o kojem treba razgovarati s osobom koja je smještena u ustanovi, redovito ga revidirati i mijenjati ako je to potrebno, te oni moraju biti izrađeni od strane kvalificiranog stručnjaka²⁰². CPT naglašava potrebu da ti individualni planovi budu napisani na način koji je razumljiv i osobi i bolničkom osoblju koje je uključeno u njenu terapiju²⁰³. Hrvatsko zakonodavstvo ide i dalje od navedenih zahtjeva te propisuje da sve osobe s “mentalnim poremećajima” koje su primljene u psihijatrijsku ustanovu imaju pravo preuzeti aktivnu ulogu u planiranju i provedbi vlastite terapije, oporavka i resocijalizacije²⁰⁴. Monitoringom MDAC-a i Sjaja ustanovljeno je da se te odredbe u praksi ne provode adekvatno i sustavno; procedure se često razlikuju od ustanove do ustanove, kao i od odjela do odjela.

U **Jankomiru** je monitorima rečeno da se terapijski programi osmišljavaju tijekom tjednih multidisciplinarnih sastanaka kojima nazoče psihijatar, socijalni radnik, odjelni liječnik i glavna sestra; navedeni terapijski programi se zatim izrađuju tijekom sesije sa samim osobama koje žive u ustanovama. Monitori su pohvalili takvu praksu osoblja u **Jankomiru**. No, u **Rabu**, **Popovači**, i **Ugljanu**, nekoliko osoba

198 Vidi posebno članak 25, CRPD, i članak 12 Međunarodnog sporazuma o građanskim i političkim pravima u kojima države prepoznaju “pravo svih na uživanje najvišeg ostvarivog stupnja standarda fizičkog i duševnog zdravlja”.

199 Vidi Odbor za gospodarska, socijalna i kulturna prava, “Poća napomena br. 14: Pravo na najveći ostvariv standard zdravlja”, 2000., par. 4.

200 CRPD, članak 26.

201 Odbor ministara Vijeća Europe (2004.) Preporuka država članicama o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva osoba s duševnim poremećajima, Preporuka. R(2004)10, 22. rujan 2004., članak 12.

202 Ibid, članak 12 i 8. Opće izvješće CPT-a, par. 37.

203 Vidi Izvješće CPT-a iz 2003., par. 133.

204 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 11 par. 1 i 3.

požalilo se da nikad nisu dobili priliku sudjelovati u kreiranju vlastitog programa liječenja, dok ostali nisu znali od čega se sastoji njihovo liječenje ili uopće nisu znali postoji li za njih program liječenja. Kad smo ih pitali za njihovu individualnu terapiju, jedan muškarac u **Rabu** ovako je komentirao: "Zapeo sam tu zajedno sa svim ovim ljudima, nisam ni znao da bih trebao imati individualnu terapiju." U **Popovači** nije bilo jasno postoji li uopće multidisciplinarni pristup; liječnička dokumentacija u mnogim se slučajevima sastojala samo od psihopatoloških informacija. U bolnici **Ugljan** postoji najviše razloga za zabrinutost, jer pravila ustanove zapravo zabranjuju aktivno sudjelovanje osoba u vlastitom liječenju: "Pacijent ne smije odlučivati o ili sudjelovati u izboru terapije koja mu je namijenjena, no ima pravo dobiti odgovor o lijekovima koji su mu propisani ukoliko je sposoban razumjeti ili prihvatiti takvo objašnjenje"²⁰⁵. Na pitanje o ovakvoj praksi, osoblje **Ugljana** izjavilo je da pacijenti imaju individualan program njege. No, kad su monitori zatražili nekoliko njih na uvid, dobili smo na uvid samo dokumentaciju o propisanim lijekovima. Međunarodno pravo zahtijeva više od samog liječničkog kartona: traži se individualizirani plan kojim se definiraju aktivnosti i koraci koji vode rehabilitaciji koja, kao što je prethodno napomenuto, CRPD definira kao obvezu država prema kojoj bi "osobe s invaliditetom trebale dobiti mogućnost postići i zadržati maksimalnu neovisnost, punu fizičku, mentalnu, društvenu i strukovnu spremnost i potpunu inkluziju i sudjelovanje u svim aspektima života"²⁰⁶.

Ne postoje međunarodne ili hrvatske zakonske odredbe koje se specifično odnose na zdravstvenu skrb o korisnicima u ustanovama socijalne skrbi, no osobe koje žive u ovim ustanovama trebale bi imati pristup zdravstvenoj skrbi na istoj osnovi kao i one koje žive u zajednici. Bilo bi idealno da su programi liječenja krojeni prema specifičnim potrebama osoba sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama. Ti programi bi trebali odgovoriti na zdravstvene probleme ili problematična ponašanja i definirati vremenski ograničene korake u njihovom liječenju, terapiji, rehabilitaciji i odgovarajućem liječničkom tretmanu. Individualni pristup liječenju i sudjelovanje u vlastitom zdravlju i dobrobiti trebali bi doprinijeti održavanju ili razvoju sposobnosti odlučivanja kod pacijenta/korisnika, te u konačnici olakšati njihovu rehabilitaciju i reintegraciju u zajednicu.

No, monitoring tim nije naišao niti na individualno krojene programme liječenja, niti na formalno ili redovito procjenjivanje sposobnosti osoba u svim posjećenim ustanovama socijalne skrbi. Osoblje je navelo sljedeće prepreke kao najčešće razloge koji priječe individualni pristup: nedostatak financijskih sredstava, manjak osoblja, velik broj osoba s miješanim spektrom dijagnoza (kao i različite zdravstvene potrebe osoba koje žive u ustanovama) te izostanak uputa i programa obuke od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Upravitelj jedne od ustanova izjavio je da individualizirani pristup liječenju "jednostavno nije izvediv."

Usprkos navedenim problemima, monitori su uočili i obećavajuća nastojanja da se osobama omoguće individualni programi u **Mirkovcu** i **Lobor-gradu**, te stoga pohvaljuje upravitelje ovih ustanova za njihovo zalaganje da se liječenje i rehabilitacija osoba stavi na prvo mjesto usprkos teškim okolnostima. Psiholog u **Lobor-gradu** pokazao je monitorima opsežan obrazac pod nazivom "individualni terapijski plan" koji se izrađuje za sve nove korisnike koji dođu u ustanovu. Obrazac bi zajednički trebali ispuniti

205 Pravilnik bolnice Ugljan, članak 28.

206 CRPD, članak 26.

odjelni liječnik, medicinska sestra i socijalni radnik; sastoji se od dijelova koji se odnose na probleme, ciljeve i potrebne zahvate (kao i psihološko i fiziološko stanje korisnika), te zaključka tima i akcijskog plana. Monitoring timu je rečeno da je proces obavljanja evaluacije zamišljen kao uvjet za sve korisnike. MDAC i Sjaj toplo preporučuju da i ostale ustanove slijede primjer **Lobor-grada** i razvoj individualiziranih programa liječenja postave kao svoj prioritet.

7.2. Vrste terapija

Općenito govoreći, psihijatrijska terapija može uključivati i farmakoterapiju (propisivanje lijekova) i širok raspon rehabilitacijskih i terapijskih aktivnosti, uključujući "terapije razgovorom". Farmakoterapija ne bi trebala povlačiti za sobom samo propisivanje lijekova, nego i nadgledanje njihovog djelovanja, te određivanje potrebe za kontinuiranim uzimanjem istih. U tom smislu, CPT naglašava važnost redovitih revizija zdravstvenog stanja osoba sa intelektualnim i/ili psiho-socijalnim poteškoćama i uporabe propisanih lijekova, kao sredstva koje omogućuje donošenje "informiranih odluka vezano uz mogući prekid bolničkog liječenja ili premještaj u manje restriktivno okruženje"²⁰⁷. Međunarodni standardi također pozivaju na pružanje širokog raspona terapija uključujući: radnu ili grupnu terapiju, individualnu psihoterapiju, likovne, dramske, glazbene radionice, te sport, pristup prostorijama za rekreaciju i fizičkim aktivnostima na otvorenom, kao i prilike za obrazovanje i zaposlenje u svrhu veće samostalnosti i boljeg funkcioniranja²⁰⁸. Ti standardi su dodatno razrađeni u hrvatskom zakonu koji jamči pravo na sudjelovanje u obrazovanju i strukovnoj obuci u skladu s općim i specijaliziranim nastavnim programima²⁰⁹. Čini se kako se ova zakonska odredba samo djelomično provodi.

U praksi, terapija u svim bolnicama uglavnom se sastojala od farmakoterapije (lijekovi). U usporedbi s tim, dostupnost psiho-socijalnoj i ostalim vrstama terapije i važnost koja im se pridaje bila je puno manja. U **Jankomiru** je bilo vidljivo drugačije, tamo je monitoring tim bio impresioniran inicijativama koje je upravitelj poduzeo kako bi organizirao obuku u psihoterapiji za nekoliko članova osoblja i potaknuo osoblje da razmotre psiho-dinamičan pristup.

Niti jedna od ustanova socijalne skrbi nije imala psihijatra zaposlenog na puno radno vrijeme, iako sve imaju psihijatre koji su angažirani na temelju ugovora. Ti psihijatri posjećuju ustanove u intervalima, od dva do četiri puta na mjesec. Ustanove za socijalnu skrb šalju osobe koje u njima žive psihijatrima prema potrebi. U svrhu evaluacije praksi farmakoterapije u ustanovama, medicinski stručan član monitoring tima je pregledao je nekoliko izabranih medicinskih dosjea. Činilo se da se u svim ustanovama psihijatrijsko stanje osoba koje žive u ovim ustanovama rutinski kontrolira i da korisnici dobivaju lijekove na temelju recepata koje su propisali psihijatri. Većina medicinskih dosjea koje je pregledao medicinski stručan član monitoring tima uključivali su napomene s osvrtom na recepte i kratke komentare o psihijatrijskom stanju.

207 8. Opće izvješće CPT-a, par. 40.

208 Vidi 8. Opće izvješće CPT-a, par. 37; također vidi Pravila izjednačavanja mogućnosti, Pravilo 3.

209 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, članak 11 par. 1 i 4.

Opća zdravstvena njega bila je dostupna svim osobama koje žive u svim ustanova za socijalnu skrb u kojima je obavljen monitoring, bilo da ju direktno pruža osoblje ili liječnici iz lokalnih bolnica ili pružatelja medicinskih usluga s kojima je sklopljen ugovor. Monitoring tim je ustanovio da su liječnici opće prakse (obiteljski liječnici), psihijatri, ginekolozi i stomatolozi raspoloživi za posjete najmanje jednom tjedno kako bi odgovorili na potrebe osoba koje žive u ustanovama. Nadalje, ustanove prema potrebi organiziraju i posjete bolnicama za osobe koje u njima žive. Monitori su svjedočili upravo takvom procesu u **Mirkovcu**, a osobe u ostalim ustanova nisu izrazile ikakve pritužbe na pristup općoj medicinskoj njezi.

7.3. Lijekovi

U svim psihijatrijskim bolnicama, terapijski režimi uključuju uporabu antipsihotika druge generacije, te je bilo pozitivno svjedočiti testiranjima na licu mjesta kod osoba koji uzimaju lijekove koji takva testiranja zahtijevaju. Općenito, osobe s kojima smo razgovarali izjavili su da su informirani o svojim dijagnozama, te se činilo da mnogi od njih donekle razumiju vlastiti režim uzimanja lijekova. No, postojao je i znatan broj slučajeva u kojima to nije bilo tako. Na primjer, jedan muškarac u **Ugljanu** koji je zadržan na temelju Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama rekao je MDAC-u: “Nisam upoznat sa svojom dijagnozom. Uzimam pet miligrama Apaurina [Diazepam] i pedeset miligrama Leponexa [Clozapine] ujutro i popodne te Apaurin i sto miligrama Leponexa navečer kako bih zaspao”. Isti taj muškarac je izjavio kako mu nikad nije rečeno zašto je psihijatar propisao takvo liječenje, kakva je prognoza ili kakve bi mogle biti nus pojave.

Štoviše, monitoring tim je primijetio osobe sa simptomima predoziranja (drhtanje, spavanje po danu te omamljenost) zbog čega su monitori imali ograničenu mogućnost razgovora sa njima o njihovom liječenju. Činilo se da je prikazivanje ovih simptoma ili kombinacija simptoma norma na nekim od odjela u bolnicama u **Popovači**, **Ugljanu** i **Rabu**. Glavna posljedica predoziranja je uspavanost, a monitorima je bilo teško ustanoviti radi li se o praksi koja je odraz kulture dotične ustanove ili je to pak rezultat hotimičnih nastojanja da se na taj način nose s posljedicama neadekvatno obučenog i nedostatnog osoblja. Kako god bilo, osobe koje neprestano spavaju ili su vezani uz krevet zbog predoziranja lijekovima nemaju mnogo prilika uključiti se u besplatne psihoterapeutske i strukovne aktivnosti na koje zakonski imaju pravo ili preuzeti aktivnu ulogu u odlučivanju i upravljanju vlastitim liječenjem. To također umanjuje njihovu sposobnost da procijene razloge za primitak u bolnicu ili da razmisle žele li otići i, ako je potrebno, pokrenu zakonski postupak kojim će to postići. Neki od psihijatara koji su radili u posjećenim ustanovama dijelili su zabrinutost monitora, dok je jedan od njih rekao kako od kad je dobio mjesto stalnog psihijatra sustavno smanjuje doze lijekova koje dobivaju osobe koje žive u ustanovi gdje je zaposlen.

Osobe koje žive u psihijatrijskim bolnicama u **Ugljanu** i **Rabu** dodatno su se žalile na znatno čekanje na sastanak sa svojim psihijatrom kako bi s njim porazgovarali o ublažavanju neugodnih nus-pojava lijekova. Nus-pojava uključuju: trzanje, mučnine, nemir, glavobolje, lupanje srca i općenito poboljšavanje. Osoblje je objasnilo monitorima da je razlog tako dugog čekanja nedostatak raspoloživih psihijatara.

Uz iznimku **Vojnića**, monitori su zapazili da osobe koje žive u ustanovama socijalne skrbi znaju nazive lijekova koje uzimaju i da su upoznati sa svojim dijagnozama. No, nisu uvijek bili upoznati ili svjesni s tim

na koji će način propisani lijek poboljšati njihovo stanje ili kako se mogu aktivno uključiti u vlastitu terapiju. Neki od njih izrazili su i frustriranost svojom neuključenošću u proces osmišljavanja svog psihijatrijskog liječenja. Na primjer, muškarac iz **Lobor-grada** je izjavio da “su gotovo svi u domu označeni kao šizofreni.” Bio je upoznat s lijekovima koje uzima, no nije bio njima zadovoljan; kad smo ga upitali zbog čega se ne obrati svom psihijatru i zatraži drugi lijek, odgovorio je da “ga ne bi shvatio ozbiljno”. Slični problemi izneseni su nam i u **Vojniću** gdje većina osoba s kojima smo razgovarali nisu imali apsolutno ikakva saznanja o jednom ili svim aspektima koji se tiču njihove dijagnoze i/ili potencijalnim dobrobitima i rizicima njihove terapije.

Monitori su ustanovili da niti u jednoj od posjećenih ustanova socijalne skrbi osobe koje u njima žive ne uzimaju samostalno lijekove, te da su sestre te koje dijele i nadgledaju uzimanje lijekova. U **Lobor-gradu** smo vidjeli sestru kako ide od odjela do odjela i dijeli lijekove. No, u ostalim ustanovama korisnici su morali ići u ambulantu kako bi primili svoje lijekove. U navedenoj su ih prostoriji nadgledali kako bi zaista uzeli lijek. U **Osijeku**, osobama koje žive u ovoj ustanovi provjeravaju usta kako bi se uvjerali da su progutali tablete. Sestre su naglasile, međutim, da ukoliko osoba odbije uzeti lijek unatoč svom trudu sestara da ga uvjere, ne bi ga u konačnici prisiljavale. No, saznali smo da 93% osoba koje žive u ovoj ustanovi ima skrbnika što znači da oni nemaju zakonsko pravo odbiti liječenje ukoliko je skrbnik dao svoju suglasnost. To je potencijalan razlog za zabrinutost vezano uz poštivanje njihovih ljudskih prava.

7.4. Evaluacija

Članak 25 CRPD-a obvezuje države na “podizanje razine svijesti o ljudskim pravima, dostojanstvu, neovisnosti i potrebama osoba s invaliditetom kroz obuku i promicanje etičkih standarda u javnom i privatnom zdravstvenom sektoru” kao preduvjet kojim se osigurava “pružanje usluge na osnovi slobodnog i informiranog pristanka”. Jasno je da dobar dio psihijatrijskih usluga i terapija u Hrvatskoj ne zadovoljavaju taj osnovni standard. Zapažanja monitora u kombinaciji s prirodom pritužbi na liječenje i postupanje u psihijatrijskim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi, dovodi do sljedećeg zaključka: u ovim se ustanovama krši pravo na zdravlje, te ovisno o pojedinačnim okolnostima, moguća su i kršenja prava na život bez mučenja te nehumanog i ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Monitoring tim je razočaran uočenim općim stavom osoblja kako osobe koje žive u ovim ustanovama ne mogu shvatiti “što je za njih najbolje”, te stoga ne moraju biti uključeni u ili informirani o odlukama vezanim uz njihovo liječenje koje se donose u njihovo ime. To dovodi do čisto funkcionalnog propisivanja lijekova pri čemu se ne uzimaju u obzir ljudska prava osobe koju se liječi, te ona nema drugi izbor nego vjerovati u osoblje ustanove. Takvi režimi doprinose većoj moći samih ustanova nad osobama koje u njima žive, daljnjem obespravljivanju i mogućnosti doživotnih institucionalizacija, te većoj mogućnosti da praktične kontrolne mjere – poput predoziranja lijekovima – postanu normom. Nije moguće ostvariti pravo na zdravlje ukoliko se liječenje temelji na očekivanju da se stanje osobe neće poboljšati te da se osoba neće vratiti natrag u zajednicu.

Preporuke

1. **Psihijatrijske bolnice** trebale bi osigurati usvajanje i provedbu individualiziranih terapijskih planova za svaku osobu smještenu u bolnici, u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama;
2. Osobama treba biti ponuđena mogućnost izbora terapije ili odluke o neuzimanju lijekova;
3. Osobe moraju biti informirane o svojoj dijagnozi i što ona znači, potencijalnim dobrobitima, nus-pojavama, rizicima predloženih lijekova i potencijalnim dobrobitima i rizicima neuzimanja tih lijekova.

Više informacija o **Mental Disability Advocacy Center** možete naći na www.mdac.info

Naša vizija je svijet jednakosti – u kojem se emocionalne, mentalne i spoznajne razlike vrednuju jednako; gdje se potpuno poštuju inheretna samostalnost i dostojanstvo svake osobe, te gdje su ljudska prava ostvarena za sve bez diskriminacije bilo koje vrste.

Naša misija je unapređenje prava djece i odraslih s intelektualnim i psiho-socijanim teškoćama. To postižemo kroz tri organizacijska cilja:

1. Stvoriti tijela progresivnog pravosuđa
2. Pokrenuti zakonske reforme
3. Osnajžiti osobe s invaliditetom i promicati participatorne politike

Djelujemo unutar četiri povezana programa:

1. Strateško parničenje
2. Zastupanje
3. Istraživanje i monitoring
4. Proširenje mogućnosti

Posjetite naše internetske stranice gdje možete naći relevantna izdanja uključujući:

1. ITHACA programski alat za monitoring ljudskih prava i opće zdravstvene skrbi u psihijatrijskim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi
2. Stvaranje arhitekture za promjene: Smjernice o članku 33, UN-ove Konvencije o pravima osoba s invaliditetom

Mental Disability Advocacy Center

H-1051 Budapest

Hercegprímás utca 11, Hungary

Tel: +36 1 413 2730

Fax: +36 1 413 2739

Web: www.mdac.info