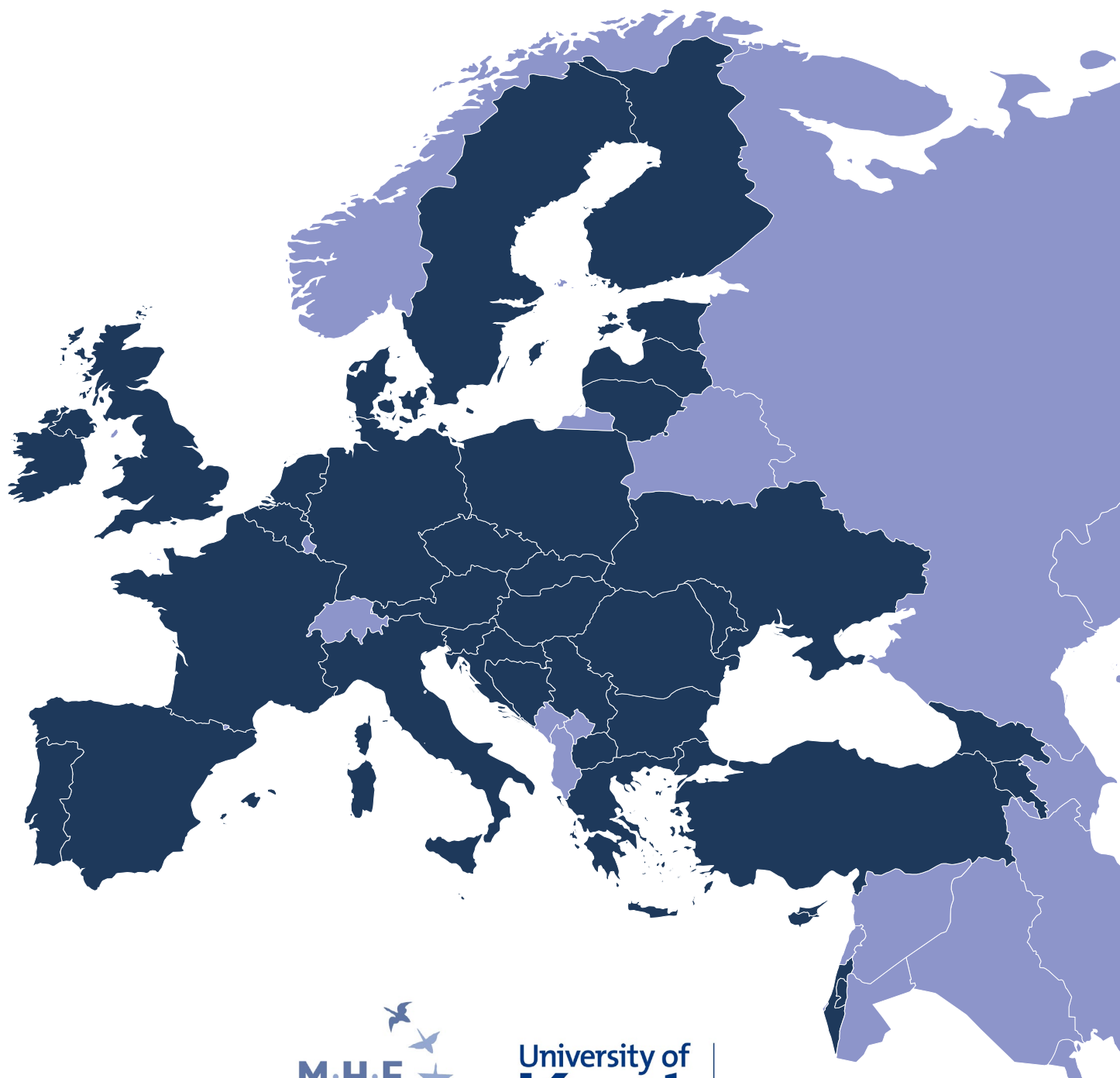

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

SAŽETAK

Ovaj izvještaj pod naslovom «Mapiranje i razumijevanje isključivanja - institucionalne i prisilne usluge te usluge podrške u zajednici i prakse diljem Europe» novo je i prošireno izdanje izvještaja Mapiranje isključenosti iz 2012. organizacije Mental Health Europe (MHE). Izvještaj su sastavili Sveučilište iz Kenta i MHE, uz pomoć članica MHE i partnerskih organizacija te uz potporu Inicijative za mentalno zdravlje Fondacije Otvoreno društvo te Programa za prava, jednakost i građanstvo EU. Cilj je izvještaja sveobuhvatnije prikazati podatke o zakonima o mentalnom zdravlju u pojedinim europskim državama, provođenje nedobrovoljnog ili prisilnog smještanja u bolnice i na liječenje, primjenu odjeljivanja i ograničavanja te bitna pitanja na polju mentalnog zdravlja u Europi. Mapiranjem sustava mentalnog zdravlja u Europi izvještaj također rasvjetljava stanje ljudskih prava za osobe koje koriste usluge u vezi s mentalnim zdravljem i osobe s psihosocijalnim poteškoćama. U ovom izdanju posebna je pažnja usmjerena na priče osoba s iskustvom boravka u ustanovama i prisilnim korištenjem usluga u vezi s mentalnim zdravljem te se nadamo da će pridonijeti dubljem razumijevanju problema isključivanja s kojim se te osobe suočavaju u društvu.

Izvještaj pokazuje da, iako se opisana situacija iz 2012. donekle promijenila, diljem Europe još uvijek postoji znatan broj ljudi s mentalnim problemima koji žive u ustanovama te su im potrebne usluge podrške u zajednici. Iako su provedene neke reforme, izvještaj pokazuje da su još uvijek prisutne prepreke kao npr. loša suradnja između jedinica socijalne i zdravstvene vlasti, manjak usluga podrške u zajednici u skladu s ljudskim pravima, transinstitucionalizacija te mjere štednje. Nadalje, posljednjih se godina deinstitutionalizacija predstavlja kao pitanje pretežno u zemljama Srednje i Istočne Europe, međutim, i u mnogim zemljama zapadne Europe, uključujući Francusku, Belgiju, Irsku, Nizozemsku, Portugal i Njemačku, još uvijek postoje ustanove u kojima žive deseci tisuća osoba s mentalnim problemima i gotovo se ništa ne poduzima kako bi se to stanje promijenilo. U Srednjoj i Istočnoj Europi provedba programa za deinstitutionalizaciju koju financira EU odvija se sporo, a podaci o stvarnim rezultatima tih programa za osobe s mentalnim problemima su ograničeni.

Osobna svjedočanstva prikupljena za ovaj izvještaj, koje su nesebično podijelile osobe koje su same doživjele prisilne mjere, pokazuju da prisilno smještanje u ustanove i liječenje mogu imati dugoročne razorne učinke na njihove živote. U osobnim iskustvima bivših pacijenata spominju se manjak informacija prije i za vrijeme smještanja, loše psihičko stanje, prisilno liječenje s ozbiljnim posljedicama, nedostatak pravne pomoći, fizičke i emocionalne povrede, društvena i fizička izolacija te osjećaj stigmatiziranosti.

U prethodnom izvještaju Mapiranje isključenosti iz 2012. neke su zemlje EU planirale usvojiti napredne - i obećavajuće - reforme na području poslovne sposobnosti. Međutim, u izvještaju od 2017. pokazalo se da su samo neke zemlje stvarno i izmijenile relevantne zakone, a provedba podrške u donošenju odluka i dalje nije ostvarena gotovo ni u jednoj zemlji. Općenito, dokazi prikupljeni ovim izvještajem pokazuju da bi se pitanjima ljudskih prava s kojima se susreću osobe s mentalnim problemima i psihosocijalnim poteškoćama u ustanovama za mentalno zdravlje kao i izvan njih i dalje trebalo pridavati veliko značenje.

PREPORUKE

Na osnovu izvještaja pripremili smo sljedeće preporuke:

1. Zemlje koje to još nisu učinile trebale bi usvojiti holističke strategije deinstitucionalizacije u suradnji s organizacijama koje zastupaju osobe s mentalnim problemima i psihosocijalnim poteškoćama te ostalim bitnim zainteresiranim stranama koji su u skladu s normama na području ljudskih prava uz uključivanje svih bitnih ministarstava i sektora, posebice zdravstveni socijalnu skrb i zapošljavanje te ih potkrijepiti prikladnim investicijama kako bi se osigurala održivost prijelaza na usluge podrške u zajednici i podršku u vezi s mentalnim zdravljem koji su orijentirani na oporavak i osiguravaju poštivanje ljudskih prava.

2. Kako bi se smanjio broj slučajeva prisilnog smještanja u mentalne ustanove, države EU bi trebale:

- Usvajati odredbe čiji je cilj trenutno reduiranje prisilnog smještanja u psihijatrijske i socijalne ustanove te konačno potpuno napuštanje takvih postupaka u skladu s normama na području ljudskih prava. Odredbe i postupci također bi se trebali usredotočiti na: informiranje osoba i njihovih obitelji o njihovim pravima i njihovom zdravlju; poboljšavanje komunikacije između zajednice i bolničkih timova; korištenje «nulte vizije», smanjivanje rigidnosti postupaka i drugih tehnika; osnivanje ambulantnih mobilnih jedinica; te osiguravanje obuke na području ljudskih prava za korisnike i zdravstveno osoblje s posebnim fokusom na UN-ovu Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (UN CRPD) te informirani pristanak

- Podrška u osnaživanju (bivših) korisnika zdravstvenih usluga mentalnog zdravlja i osoba s psihosocijalnim poteškoćama te organizacija koje ih zastupaju, osiguravanje da su upoznati sa svojim pravima i mogu sudjelovati u odlukama koje se tiču njihovog života, u skladu s člankom 4.3 UN CRPD;

- Početi usvajati sustave podrške u donošenju odluka umjesto zamjenskog donošenja odluka u skladu s člankom 12 UN CRPD, između ostalog i kroz izmjene zakona o poslovnoj sposobnosti i mentalnom zdravlju te kreiranje usluga podrške i obećavajućih praksi;

- Ispravno dokumentirati i izvještavati o svim slučajevima prisilnog smještanja u ustanove i liječenje, ograničavanja i isključivanja te razlozima njihove primjene, a podatke javno objaviti.

3. U skladu s člankom 31 UN CRPD, države EU bi trebale dokumentirati slučajeve smještanja u ustanove i omogućiti javnu dostupnost statističkih podataka. Takve bi statistike trebale biti razvrstane na način da sadrže podatke o broju slučajeva smještanja, vrsti ustanove, trajanju, razlozima smještanja te demografske podatke kao što su dob i spol.

4. U skladu s člankom 8 UN CRPD, države bi trebale investirati u programe protiv stigmatizacije na nacionalnom nivou, potkrijepljene dokazima. Promotivne kampanje i podizanje svijesti kako na nacionalnom, tako i na lokalnom nivou trebale bi uvijek biti sastavni dio reformi vezanih uz mentalno zdravlje, strategija za deinstitucionalizaciju i uključivanje.

5. Države EU bi trebale uvesti osobne proračunske programe za potporu deinstitucionalizacije te samostalan život i život u zajednici. Države koje već imaju takve programe trebale bi osigurati da oni budu dostupni osobama s psihosocijalnim teškoćama na jednakoj osnovi sa osobama s drugim oblicima invaliditeta.

6. Države EU moraju bolje nadgledati programe deinstitucionalizacije i prikupljati podatke kako bi osigurale da osobe s mentalnim problemima imaju koristiti od reformi te da alternative ponuđene kroz takve programe doista podupiru njihov samostalan život i život u zajednici, u skladu s člankom 19 UN CRPD.

7. Europska unija (EU) bi u Višegodišnjem financijskom okviru za razdoblje nakon 2020. trebala osigurati nastavak vitalne potpore za prijelaz s usluga ustanova na podršku u zajednici, te istovremeno osigurati jačanje, širenje i učinkovito praćenje zahtjeve u odredbama koje uređuju korištenje sredstava te da se procesi financiranja pojednostave i reformiraju kako bi se osiguralo da se sva sredstva koriste s ciljem postizanja najvećeg mogućeg učinka te na način sukladan normama u području ljudskih prava.

8. Nastojanja na razini EU trebala bi biti dopunjena razmjenom informacija i iskustava između pojedinih zemalja na području mentalnog zdravlja, uključujući i praćenje Zajedničke akcije za mentalno zdravlje i dobrobit te EU smjernica za mentalno zdravlje i dobrobit.

9. EU bi trebala osigurati financiranje za istraživanje alternativa prisilnom smještaju, povećanje obećavajućih praksi na području podrške u donošenju odluka kao i osnaživanje korisnika usluga i osoba s psihosocijalnim teškoćama.



HRVATSKA

PODACI O ZEMLJI

- Stanovništvo: 4.154.000 (Eurostat, 2017)
- Potpisnica CRPD: DA, Ratifikacija CRPD: DA

OPĆI SAŽETAK

U Hrvatskoj su još uvijek vrlo rasprostranjene ustanove za dugotrajno bolničko liječenje i socijalnu skrb. Međutim, oblici organiziranog stanovanja u zajednici, kao npr. podržano ili organizirano stanovanje, dostupni su u nekim dijelovima zemlje, ali nude mjesta za samo 213 osoba. Ostale vrste potpore u zajednici postoje samo sporadično.

Novim hrvatskim propisima o skrbništvu, koje su stupile na snagu 2015. g. ukida se potpuno lišenje poslovne sposobnosti te se ljudima koji imaju skrbnike osiguravaju brojna prava. U Hrvatskoj postoji i nacionalna strategija deinstitucionalizacije, ali ona samo marginalno pokriva mentalno zdravlje.

DETALJNI PODACI

Ustanove i psihijatrijske bolnice

U Hrvatskoj je dugotrajan boravak moguć i u bolnicama i u ustanovama za socijalnu skrb, koje su često smještene u ruralnim sredinama. Stambene ustanove pružaju i «organizirano stanovanje» (oblik zajedničkog stanovanja ili podržanog smještaja) koje je uključeno u dolje navedene brojke, jer su stambene jedinice još uvijek povezane sa smještajem u ustanovama i ne zadovoljavaju definiciju «usluga za podršku za stanovanje u zajednici».

	Ukupan broj jedinica	Ukupan broj kreveta	Ukupan broj pacijenata	Sektori	Prosječna duljina boravka	Korisnička skupina
Broj mjesta za dugotrajno liječenje u specijaliziranim bolnicama (2015)	8	2.829	16.742 (otpuštenih pacijenata u 2015.)	Državni	52,6 dana	Odrasle osobe s psihičkim poremećajima
Domovi socijalne skrbi (2015.)	28	3.823	3.715	Državni i privatni	Često doživotno	Odrasle osobe s psihosocijalnim poremećajima

Izvori podataka: Godišnje statističko izvješće o domovima socijalne skrbi i njihovim korisnicima; Ministarstvo za demografiju, mlade, obitelj i socijalnu politiku; Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015.

Jedinice akutne njege u bolnicama dostupne su u mnogim dijelovima Hrvatske i pružaju smještaj za 1.100 osoba. Prosječna duljina boravka iznosi 10-12 dana. Dugotrajno bolničko liječenje ne može trajati dulje od 60 dana.

	Ukupan broj jedinica	Ukupan broj kreveta	Ukupan broj pacijenata (2016.)	Prosječna duljina boravka	Sektori
Akutna njega u općim bolnicama	n.p.	362	11.378	10,4 dana	Državni
Broj kreveta za akutnu njegu u specijaliziranim bolnicama	n.p.	768	21.095	12,9 dana	Državni

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015.



Podrška za stanovanje u zajednici

U Hrvatskoj su rijetki oblici pomoći u stanovanju koje se osobama s psihičkim poremećajima pružaju u zajednici. U 2015. g. ukupno je 213 korisnika usluga primilo neki oblik podrške za stanovanje (bilo 24-satnu ili kratkotrajnu pomoć), a te su usluge pružale i financirale i državne i neprofitne organizacije. Hrvatsko zakonodavstvo ne definira oblike podrške u zajedničkom življenju, međutim, postojeće javne usluge nude potporu u obliku osobnih asistenata.

Ostali oblici podrške u zajednici koji se pružaju osobama s psihičkim poremećajima

Podaci ambulantnoj skrbi pacijenata s psihičkim problemima u zajednici nisu opširni. Navedeno je da postoje barem četiri organizacije koje su osnovali ili ih vode sadašnji ili bivši psihijatrijski pacijenti.

Oblik podrške u zajednici	Ukupan broj jedinica	Ukupan broj posjeta:	Sektori	Izvor financiranja?	Glavne skupine korisnika (odrasle osobe/djeca)
Ambulante i ustanove za dnevno liječenje pacijenata s psihičkim problemima	177	13.165 (2013.)	zajedno	javno financiranje	Odrasle osobe s psihičkim poremećajima
Organizacije za sadašnje i bivše pacijente	4	n.p.	n.p.	n.p.	Odrasle osobe s psihičkim poremećajima

Prisilni smještaj i liječenje

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine 76/14, na snazi od 01. siječnja 2015.) u člancima 3, točke 1, 11 i 12 uređuje prisilni smještaj i liječenje pacijenata. Prisilni smještaj može naložiti kazneni sud za «forenzičke pacijente», uslijed dosljedne primjene gore navedenih odredbi - u tim slučajevima daljnje akcije regulirane su kako Zakonom o kaznenom postupku, tako i gore navedenim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: u prvih šest mjeseci odluke donosi kazneni sud, a nakon toga (npr. nakon produljenja kazne) građanski.

Prisilni smještaj moguć je i kako bi se osiguralo poštivanje proceduralnih prava osoba pod skrbništvom. Prema toj odredbi, u slučaju da se osoba pod skrbništvom ne slaže s odlukom skrbnika da bude smještena u psihijatrijsku bolnicu, toj se osobi jamči jednaki pravni postupak kao i pravno sposobnim osobama.

Naredbe za nadzor nakon izlaska pacijenta iz bolnice u Hrvatskoj su moguće samo za «forenzičke pacijente». Sud može odrediti nadzor ako se pretpostavlja da postojeća 'opasnost' nije toliko visokog stupnja da bi iziskivala smještaj u bolnicu. Pacijenti koji su pod nadzorom nakon izlaska iz bolnice podvrgnuti su terapijskom liječenju. Nadzor pacijenata nakon izlaska iz bolnice može trajati do pet godina.

Pravna sposobnost i skrbništvo

Hrvatski Obiteljski zakon (Narodne novine 103/15, na snazi od 01. studenog 2015.) ukida potpuno skrbništvo, ali djelomično skrbništvo je i dalje na snazi. Zamjensko donošenje odluka još uvijek je moguće u obliku obvezujuće izjave za određena pravna pitanja. Članci 68-73 Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama uređuju te obvezujuće izjave za osobe s psihičkim smetnjama u smislu da one imaju više funkciju punomoći koja osobama u okviru zakona omogućava da ovlaste nekog drugog da u slučaju njihove «nesposobnosti» donosi odluke za njih. Odluke u vezi smještanja i liječenja u psihijatrijskim bolnicama mogu se donijeti za osobe koje nisu sposobne samostalno odlučivati, osim odluka koje se odnose na biomedicinska istraživanja i elektrokonvulzivnu terapiju koji nisu dozvoljeni na temelju zamjenskih odluka.



U postupku lišavanja pravne sposobnosti, ako skrbnik nije dodijeljen izjavom stranke, bit će prisutan pravnik iz Centra za posebno skrbništvo. U postupku za prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu osobi će odvjetnik biti dodijeljen sudskim putem. Osobe lišene pravne sposobnosti još uvijek imaju neka prava, kao što je priznavanje očinstva, pristanak na priznavanje očinstva, pristanak na brak, pristanak na raskid braka, pristanak za sklapanje civilnog partnerstva s osobom suprotnog ili istog spola i pristanak na raskid tih zajednica, pristanak na usvajanje (osim u slučaju kada zamjensku odluku usvajanju donosi sud), odluku o prekidu trudnoće, odluku o sudjelovanju u biomedicinskom istraživanju (Članak 258 Obiteljskog zakona).

U 2015. g. ukupan broj ljudi pod skrbništvom iznosio je 18.014, od kojih je 15.059 (83,6%) bilo potpuno lišeno poslovne sposobnosti, a 2.955 (16,4%) osoba je bilo pod djelomičnim skrbništvom. Poslovna sposobnost može biti ponovo dodijeljena, ali takvi su slučajevi rijetki. Ukupan broj osoba kojima je 2015. g. ponovo dodijeljena poslovna sposobnost iznosi 53. Hrvatski zakon ne sadrži odredbe koje se tiču podrške pri donošenju odluka.

Ostali podaci

U Hrvatskoj je donesen nacionalni plan deinstitutionalizacije (Plan i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2011.-2016.) Međutim, Plan samo marginalno pokriva osobe s psihičkim poremećajima i njegova se primjena odgađa do 2018. .

Za više informacija pogledajte odjeljak «Mapping Exclusion» na internetskoj stranici organizacije Mental Health Europe (<http://www.mhe-sme.org/>).

[Potpuni popis organizacija/osoba koje su velikodušno uložile svoje vrijeme i energiju u stvaranje nacrtu nacionalnog izvještaja možete pronaći u odjeljku sa zahvalama na početku ovog izvještaja.](#)

ORGANIZACIJE ČLANICE MHE

Sjaj – Udruga za društvenu afirmaciju osoba s psiho-socijalnim teškoćama | Internetska stranica: www.sjaj.hr | E-mail: zrinka.percin23@gmail.com

Susret – Udruga za psihološku pomoć | Internetska stranica: www.udruga-susret.hr | E-mail: info@udruga-susret.hr