



РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ЗАШТИТНИК ГРАЂАНА
281-36/16
Београд



Заштитник грађана
Zaštitnik građana



MDRI-S

дел.бр.26834 датум: 14.07.2016.г.

НАЦИОНАЛНИ МЕХАНИЗАМ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ ТОРТУРЕ

МОНИТОРИНГ
УСТАНОВА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ

Извештај о посети Дома за смештај одраслих лица Кулина

Београд, јун 2016. године

МАНДАТ НАЦИОНАЛНОГ МЕХАНИЗМА ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ ТОРТУРЕ

Законом о ратификацији Опционог протокола уз Конвенцију против тортуре и других сурових, нељудских или понижавајућих казни или поступака¹ прописано је да Национални механизам за превенцију тортуре (НПМ) обавља посете установама у којима се налазе или се могу налазити лица лишена слободе, у циљу одвраћања државних органа и службених лица од било каквог облика мучења или било ког другог облика злостављања, као и ради усмеравања државних органа ка стварању смештајних и осталих животних услова у установама у којима се смештају лица лишена слободе у складу са важећим прописима и стандардима.

НПМ има право: на несметан, ненајављен и свакодобан приступ свим установама и свим просторијама у којима се налазе или се могу налазити лица лишена слободе; да насамом разговара са тим лицима, и са службеним лицима, која су обавезна да сарађују тим поводом, и са свим осталим лицима која могу имати информације значајне за поступање према лицима лишеним слободе; на приступ свој документацији која се односи на та лица; да надлежним органима даје препоруке у циљу побољшања начина поступања према лицима лишеним слободе и унапређења услова у којима се она задржавају или затварају.

У члану 2а Закона одређено је да Заштитник грађана обавља послове НПМ и да у обављању тих послова сарађује са омбудсменима аутономних покрајина и удружењима чијим је статутом предвиђени циљ удруживања унапређење и заштита људских права и слобода, у складу са законом.

У институцији Заштитника грађана формирана је посебна организациона јединица „Секретаријат Националног механизма за превенцију тортуре“, која обавља стручне послове НПМ, чији је мандат одређен чланом 4. Опционог протокола за превенцију тортуре. Секретаријатом руководи секретар НПМ у складу са смерницама заменика Заштитника грађана, задуженог за заштиту права лица лишених слободе.

Заштитник грађана и Покрајински омбудсман АП Војводине су потписали Меморандум о сарадњи у обављању послова НПМ², којим је предвиђено да ће Покрајински омбудсман активно учествовати у посетама мониторинг тима НПМ установама у којима су смештена лица лишена слободе, а које се налазе на територији АП Војводине.

На основу спроведеног поступка по јавном позиву³, Заштитник грађана је изабрао удружења са којима ће остваривати сарадњу у обављању послова НПМ, и то Београдски центар за људска права, Виктимолошко друштво Србије, Групу 484, Иницијативу за права особа са менталним инвалидитетом (MDRI-S), Комитет правника за људска права (YUCOM), Међународну мрежу помоћи (IAN), Одбор за људска права – Ваљево, Хелсиншки одбор за људска права у Србији и Центар за људска права – Ниш.

По обављеним посетама, НПМ сачињава извештаје које доставља посећеној установи. Након тога, НПМ одржава стални дијалог са посећеном установом, као и органом у чијем је саставу та установа, у циљу отклањања утврђених недостатака који могу довести до појаве тортуре, нељудског или понижавајућег поступања.

¹ „Сл. лист СЦГ - Међународни уговори“, бр. 16/2005 и 2/2006 и „Сл. гласник РС - Међународни уговори“, бр. 7/2011.

² Потписан 12. децембра 2011. године.

³ Објављен је 29. јануара 2016. године у „Службеном гласнику Републике Србије“.

ОСНОВНИ ПОДАЦИ О ПОСЕТИ

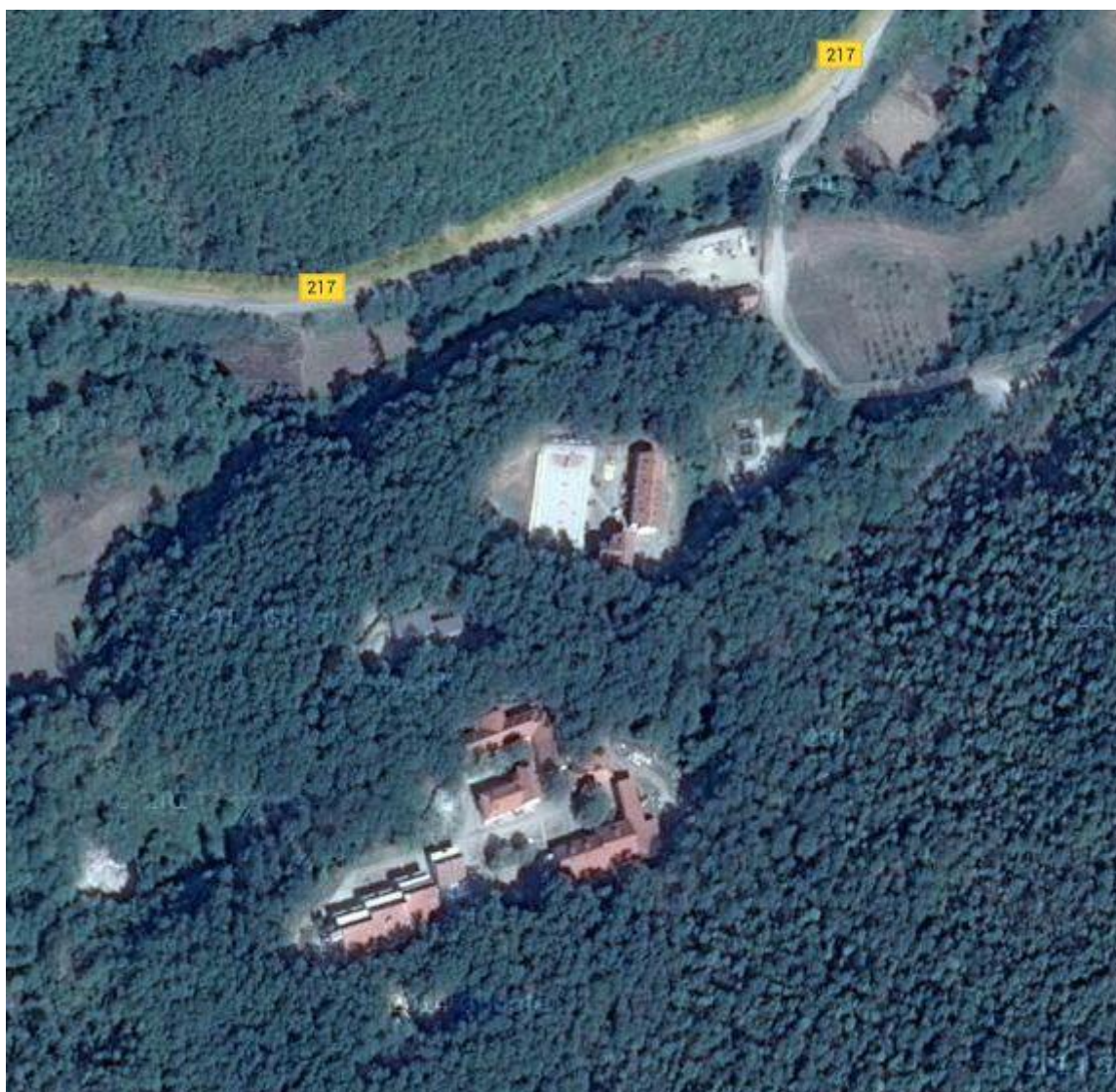
УСТАНОВА	Дом за смештај одраслих лица Кулина
ЦИЉ ПОСЕТЕ	Услови смештаја и поступање према корисницима
ПОСЕТУ ОБАВИО	Заштитник грађана, у сарадњи са Иницијативом за права особа са менталним инвалидитетом (MDRI-S)
ВРСТА ПОСЕТЕ	Редовна посета по Плану посета за 2016. годину
ДАТУМ ПОСЕТЕ	19. мај 2016. године
НАЈАВА ПОСЕТЕ	Посета није најављена
САСТАВ ТИМА	Вођа тима: - Милош Јанковић <i>заменик Заштитника грађана</i> Чланови тима: - Јелена Унијат, <i>Заштитник грађана/ НПМ</i> - Јелена Самарџић <i>Заштитник грађана/ НПМ</i> - Милена Анчић <i>Заштитник грађана/ НПМ</i> - Проф. др Ђорђе Алемпијевић <i>специјалиста за судску медицину</i> - Драгана Ћирић-Миловановић <i>извршна директорка MDRI-S</i>

САРАДЊА СЛУЖБЕНИХ ЛИЦА СА ТИМОМ НПМ

Сви запослени у Дому Кулина остварили су пуну сарадњу са тимом НПМ, пружили све тражене информације, омогућили обилазак свих просторија, као и несметан увид у тражену документацију.

1. ЛОКАЦИЈА ДОМА ЗА СМЕШТАЈ ОДРАСЛИХ ЛИЦА КУЛИНА

Дом за смештај одраслих лица Кулина смештен је у веома неприступачном пределу, у подножју Малог Јастребца. Дом је издвојен и удаљен од оближњег села Кулина око 1 километар, а 27 километара од најближег градског насеља – Алексинца.



ЛОКАЦИЈА ДОМА

1.

УТВРЂЕЊЕ

Дом Кулина није одговарајући за континуирани смештај корисника, јер његова локација не омогућује адекватно учешће корисника у социјалној заједници нити контакт са спољашњом средином.

РАЗЛОЗИ

Објект у коме се пружају услуге корисницима (у даљем тексту: објект) налази се у насељеном месту.

Ради несметаног коришћења услуга и служби у заједници објект треба да буде на месту доступном јасвном превозу.

Прилаз објекту приступачан је за несметан долазак возила са корисницима који се отежано крећу и за самостално кретање корисника инвалидскох колица и других помагала.⁴

Комитет је забринут зато што држава уговорница нема свеобухватну стратегију деинституционализације и због тога што је број особа са инвалидитетом који је смештен у установе и даље врло висок док се истовремено улаже мало напора како би се обезбедили ресурси за развој услуга подршке, посебно услуге личне асистенције у заједници за особе које напуштају установе. Поред тога, Комитет је забринут што се и даље инвестира у реновирање или проширење усанаова док се организације особа са инвалидитетом (ООСИ) и даље суочавају са бројним препрекама у реализацији својих иницијатива, као што је на пример компликован поступак издавања лиценци.

Комитет захтева од државе уговорнице да усвоји једну свеобухватну стратегију и мере за ефективну деинституционализацију. Поред тога, Комитет препоручује да се престане са улагањима у нове институције већ да се средства преусмере како би се особама са инвалидитетом омогућило да живе независно и да им се у заједници пружи подршка према њиховим потребама и избору. Надаље, препорука је да се уклоне препреке и омогући веће учешће организација особа са инвалидитетом (ООСИ) у раду на развијању услуга које се пружају у заједници, посебно на општинском нивоу.⁵

ПРЕПОРУКА

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања сачиниће план измештања корисника из Дома Кулина, имајући у виду да услед неодговарајуће локације Дома, корисницима није омогућено адекватно учешће у социјалној заједници нити контакт са спољашњом средином.

2. ОПШТИ ПОДАЦИ О ДОМУ

Дом за смештај одраслих у Кулини је установа социјалне заштите за смештај корисника степена теже и тешке ометености у развоју. Дом пружа услуге смештаја кроз становање и задовољење основних животних потреба, услуге примарне здравствене заштите и организује и спроводи културно – васпитне и друге активности у складу са потребама и психофизичким способностима корисника. У Дом се примају корисници са територије целе Србије преко месно надлежних центара за социјални рад. За пријем корисника у Дом не постоји листа чекања.

3. КОРИСНИЦИ ДОМА

Смештајни капацитет Дома по Уредби о мрежи усанаова социјалне заштите⁶ је за 500 корисника. На дан посете тима НПМ, према евиденцијама, на смештају је било 314 корисника. Према степену подршке, највише корисника је са првим степеном подршке (238), са другим степеном подршке (62), док је са утврђеним трећим степеном подршке 14 корисника. Структура корисника према покретљивости је таква да је највише покретних корисника (198), непокретних (69), док је полупокретних корисника најмање (47).

	Мушки	Женски	Укупно
Покретни	116	82	198
Непокретни	32	37	69
Полупокретни	20	27	47
УКУПНО	168	146	314

⁴ Правилник о ближним условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите ("Сл. Гласник РС", бр. 42/2013), чл. 6. ст. 1. 2. и 4.

⁵ Комитет за права особа са инвалидитетом: Закључно разматрање о иницијалном извештају Републике Србије, 21. април 2016. године (CRPD/C/SRB/CO/1), параграф 39. и 40.

⁶ "Сл. гласник РС", бр. 16/2012 и 12/2013

Табела 1: Структура корисника по функционалности и полу

Када је у питању њихова старосна структура, највише корисника, њих 216, је узраста од 26 до 64 године, узраста од 18 до 25 година је 85 корисника, узраста преко 65 година 12 корисника, док је узраста нижег од 18 година један корисник (17 година и 11 месеци).

Старост (год.)	Мушки	Женски	Укупно
0-17	1	0	1
18-25	45	40	85
26-64	118	98	216
65+	4	8	12
УКУПНО	168	146	314

Табела 2: Структура корисника по старости и полу

Према евиденцијама, у 2015. години примљено је 7 нових корисника, док од почетка 2016. године на смештај примљено 2 корисника. У току 2015. године, 13 корисника измештено је из Дома у хранитељске породице, од којих су 7 корисника на хранитељство узели бивши запослени Дома. У току 2015. године центар за социјални рад у Шиду вратио је једног корисника из хранитељске породице поново у Дом, јер период адаптације у хранитељској породици није добро прошао. Такође, пре две године, 2 корисника која су била измештена у мале домске заједнице поново су враћена у Дом. Већина корисника лишено је пословне способности и под старатељством су сродника или представника месно надлежних центара за социјални рад задужених за њихов смештај у Дом. Нико од запослених Дома није законски старатељ корисника. Према проценама запослених, око 20 корисника је оспособљено за измештање и функционисање у заједници.

Иако је план трансформације ове установе подразумевао потпуну забрану пријема корисника, до пријема нових корисника долази уколико неко од корисника који су већ на смештају премине или буде пребачен у неку другу установу или из других разлога напусти установу.

Према наводима правника, један од проблема са којим се Дом суочава јесте обезбеђивање финансијских средстава у виду „џепарца“ свим корисницима. Наиме, од укупног броја корисника само око њих 140 добија „џепарац“, а одлуку о додели „џепарца“ доноси месно надлежан центар за социјални рад задужен за смештај корисника у Дом. Износ џепарца на месечном нивоу није за све кориснике једнак, већ у зависности из које локалне самоуправе долазе, износи од 2500 до 4000 хиљаде динара. Корисници који могу да изразе вољу и жељу сами одлучују шта желе да им се купи од „џепарца“. Код корисника који нису у стању да изразе вољу „Комисија за расподелу џепарца“ одлучује шта ће се обезбедити корисницима у односу на њихове потребе и интересе.

Иако је Законом о социјалној заштити („Сл. гласник РС“, бр. 24/2011) прописано да ће министар надлежан за социјалну заштиту одредити критеријуме и мерила за одређивање учешћа корисника у трошковима услуге социјалне заштите, као и висину средстава за личне потребе корисника домског смештаја и даље није донет правилник који би детаљно и прецизно уредио питање доделе и висине износа новчаних средстава за личне потребе корисника услуга социјалне заштите. Према наводима правника, усмено су се обраћали Министарству за рад, запошљавање, борачка и социјална питања како би се ово питање уредило, али још увек нису добили одговор поводом овог проблема.

Питање критеријума на основу којих се врши одлучивање којим корисницима услуга домског смештаја треба доделити средства за личне потребе корисника домског

смештаја, тзв. „депарац“, као и висина износа коју треба исплатити није уређено подзаконским актом који је требало донети у року од шест месеци од дана ступања на снагу Закона о социјалној заштити.

2.

УТВРЂЕНО

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања није донело правилник којим се детаљано уређује питање обезбеђивања средстава за личне потребе корисника домског смештаја и висине износа ових средстава.

РАЗЛОЗИ

Кориснику домског смештаја и кориснику породичног смештаја обезбеђују се средства за личне потребе у износу који утврђује министар надлежан за социјалну заштиту прописом из члана 213. овог закона.⁷

Критеријуме и мерила за одређивање учешћа корисника у трошковима услуге социјалне заштите прописује министар надлежан за социјалну заштиту, надлежни орган аутономне покрајине, односно надлежни орган јединице локалне самоуправе зависно од тога где се обезбеђују средства за финансирање услуге.⁸

Прописи потребни за спровођење овог закона донеће се у року од шест месеци од дана ступања на снагу овог закона, изузев прописа из члана 80. ст. 4. и 5. овог закона, који ће се донети у року од годину дана од дана ступања на снагу овог закона.⁹

ПРЕПОРУКА

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања предузеће мере како би се, без даљих одлагања, донео правилник којим ће се детаљно уредити питање обезбеђивања средстава за личне потребе корисника домског и породичног смештаја и висине износа новчаних средстава.

4. ОРГАНИЗАЦИЈА СЛУЖБИ У ДОМУ И СТРУКТУРА ЗАПОСЛЕНИХ

Укупан број запослених у установи је 206, од тога 18 радника на одређено време. Од укупног броја запослених, у непосредни рад са корисницима укључено је око 152 запослена. Рад запослених распоређен је по службама, а у Дому постоје: Јединица здравства, неге и хигијене, Служба социо-дефектолошких послова, Служба финансијско-рачуноводствених послова, Служба правних и општих послова и Служба техничких послова.

Највише запослених ради у Јединици здравства, неге и хигијене, њих 125. Од укупног броја, запослено је 5 лекара (лекар специјалиста интерне медицине, лекар специјалиста опште медицине, лекар опште праксе на специјализацији из психијатрије и 2 лекара опште праксе), 40 медицинских техничара, од тога један лаборант, рендген техничар и физиотерапеут и 70 неговатеља. У Служби социо-дефектолошких послова ангажовано је 28 стручних радника (3 дефектолога, 1 психолог, 2 социјална радника, 1 координатор васпитно-образовног рада, 14 радних терапеута и 7 радних инструктора).

Током посете, на основу разговора са особљем утврђено је да у ноћним сменама недовољан број запослених неговатеља и медицинског особља по одељењима. Нарочито је указано на проблем недавног везивања једног од агитираног корисника

⁷ Закон о социјалној заштити чл. 214. ст. 3.

⁸ Закон о социјалној заштити чл. 213.

⁹ Закон о социјалној заштити, чл. 229. ст. 2.

када су на одељењу биле само две запослене које нису биле у могућности да га спутају, те је према наводима једне од запослених био позван ложац да им помогне у спутавању. Иако је по наводима запослених број запослених усклађен са нормативима у погледу стручних и других радника, он не одговара реалним потребама установе како би се корисницима пружила адекватна брига и нега. Наиме, број запослених варира сходно другим факторима, с обзиром да се поједини налазе на боловању, те је њихово реално бројно стање испод потребног минимума. Тако је у тренутку посете са посла одсуствовало 10 радних терапеута и инструктора.

3.

УТВРЂЕНО

У Дому Кулина није обезбеђена присутност довољног броја стручних и других радника.

РАЗЛОЗИ

Пружалац услуге има најмање 60% стручних радника, од укупног броја запослених стручних радника и стручних сарадника, у складу са правилником којим су прописани стручни послови у социјалној заштити.¹⁰

Минимални број стручних радника, стручних сарадника и сарадника непосредно ангажованих у раду са одраслим и старијим лицима на домском смештају, одређује се на следећи начин:

2) одрасла лица са интелектуалним тешкоћама и душевно оболела:

- (1) један стручни радник или један стручни сарадник на 25 корисника;
- (2) један неговатељ на десет корисника са утврђеним I и II степеном подршке;
- (3) један инструктор по радионици.

3) одрасла лица са телесним инвалидитетом:

- (1) један стручни радник или један стручни сарадник на 40 корисника;
- (2) један неговатељ на десет корисника са утврђеним I и II степеном подршке;
- (3) један инструктор по радионици.

Структура стручних радника и стручних сарадника одређује се на начин дефинисан у члану 38. став 3. овог правилника.¹¹

Комитет препоручује да српске власти предузму кораке, као питање приоритета, како би се повећао број запослених у Дому Ветерник, а у циљу правилног пружања неге, при чему би особље имало довољно времена да ради са корисницима.¹²

ПРЕПОРУКА

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања сачиниће план обезбеђивања присутности довољног броја запослених. У том циљу, Министарство ће извршити анализу да ли постојећи нормативи омогућују обезбеђивање довољне присутности и адекватне бриге о корисницима.

¹⁰ Закон о социјалној заштити, чл.28.ст.3.

¹¹ Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, чл.47. ст.1. тач.2. и 3. и ст. 2.

¹² Извештај о посети Републици Србији Европског комитета за спречавање мучења и нечовечног или понижавајућег поступања или кажњавања из 2015. године, параграф. 202.

5. УСЛОВИ СМЕШТАЈА И ОРГАНИЗАЦИЈА АКТИВНОСТИ У ДОМУ

Дом се састоји од 13 објеката. За смештај корисника предвиђено је 7 објеката - павиљона. Сви ходници и заједничке просторије по павиљонима покривени су видео надзором. За техничке намене опредељена су 2 објекта, док остали објекти представљају пословни и магацински простор и спортске терене. Дом такође има сопствену економију, пекару, кухињу, вешерницу и амбуланту. У току 2015 године у Дому је опремљена и почела са радом сензорна соба.

Објекти за смештај корисника су:

- Павиљон „Пинк“
- Централни павиљон
- Павиљон „Д“ (Д1, Д2, Д3)
- Мушки павиљон
- Женски павиљон
- Женски павиљон 2

„Породични кутак“ који је служио за смештај корисника је пренамењен и у њему се сада налазе радионице, док су корисници пребачени у павиљон Д3, а корисници из Д3 тада превасходно деца, пребачени су у мале домске заједнице.

Према наводима директора, **павиљон „Пинк“** намењен за смештај непокретних корисника тренутно је у фази адаптације, која се финансира из буџетских средстава. За реновирање павиљона „Пинк“ који је од остатка Дома издвојено је 36 милиона динара, за уређење околног простора 8 милиона, док је примљена и донација Јапанске владе од 68.000 евра. Корисници из овог павиљона су привремено измештени по другим павиљонима, па је и број корисника по павиљонима повећан за број измештених корисника.

Централни павиљон састоји се од приземља, спрата и поткровља. На приземљу и спрату павиљона постоји по једна спаваоница са креветићима за бебе у којима су смештени непокретни корисници. У приземљу павиљона поред спаваоница налази се и дневни боравак са клупама, столом, неколико струњача и играчкама. Током посете у дневном боравку било је око десетак корисника, од којих су поједини могли да се крећу уз помоћ ходалице или уз помоћ особља. У оквиру дневног боравка налази се тоалет из кога се шири непријатни мирис. Због радова у павиљону Пинк, тренутно у свакој спаваоници борави преко двадесет корисника.

У поткровљу Централног павиљона налази се део који чине радне собе. У њему корисници развијају микро моторику и координацију, уче и вежбају да се облаче, уче основе хигијене. Како је Централни павиљон некада био дечији, у овом делу се налазе мале столице и столови, дечије пластичне бицикле, а зидови су осликани и украшени играчкама, цртежима и папирним украсима.

Иако је зграда спратна, а корисници непокретни, не постоји лифт. Међутим, према наводима запослених у плану је уградња лифта. Корисници који се налазе у овом павиљону не изводе се напоље, на свеж ваздух.

УТВРЂЕНО

Корисници смештени у Централном павиљону никада се не изводе напоље, на свеж ваздух.

РАЗЛОЗИ

Европски комитет за спречавање мучења захтева доказе о искреној заинтересованости за успостављање терапијског односа са пацијентима. Он такође обраћа пажњу на то да ли се занемарују пацијенти који се сматрају неугодним или без могућности рехабилитације.¹³

У извештају Европског комитета за спречавање мучења и нечовечног или понижавајућег поступања или кажњавања (СРТ) упућеном Влади Републике Србије након посете Дому „Ветерник“ 2015. наводи се да непокретни корисници треба да имају дневни приступ спољашњем окружењу.¹⁴

ПРЕПОРУКА

Потребно је без одлагања корисницима који не напуштају кревете обезбедити адекватан начин смештаја и излазак напоље, на свеж ваздух.

Павиљон Д подељен је на три смештајне јединице (Д1, Д2 и Д3) у које је смештено 136 корисника, од тога 50 покретних, 50 непокретних и 36 полупокретних. У смештајној јединици Д1 и Д3 смештани су покретни корисници, док се у Д2 налазе непокретни корисници. У павиљону постоји лифт. На сваком спрату павиљона Д ради по једна медицинска сестра. По наводима запослених након реконструкције павиљона Пинк, предвиђено је да се покретни корисници преселе у павиљон Пинк, а непокретни у павиљон Д.

Смештајна јединица Д1 налази се у приземљу павиљона и ту су смештени покретни и полупокретни корисници који су пребачени из павиљона „Пинк“. Спаваонице су вишекреветне (углавном шестокреветне) и у њима се не налази ништа осим кревета. Између две спаваонице налази се мокри чвор и купатило којим су повезане. У приземљу се налазе две радне собе (дневни боравак) које су опремљене клупама, струњачама и великим столом у центру просторије на коме су постављене играчке непримерене узрасту корисника.

Једна радна соба (дневни боравак) је већа и састоји се од две просторије. Корисници су у тренутку посете седели на столицама. У другој просторији било је полупокретних корисника који су били поређани дуж зидова на дрвеним клупама и струњачама. У тренутку обиласка тима НПМ, већина корисника у овој соби није учествовала ни у каквој активности, већ су углавном време проводили седећи на струњачама клатећи се. Сваку групу од око 20 корисника надзире једна до две неговатељице.

Други дневни боравак је мање квадратуре, има више играчака и дидактичког материјала и телевизор. Током обиласка затекли смо терапеуткињу која је задужена за терапију цвећем (хортикултурна или баштенска терапија). Овај вид терапије подразумева да корисници буду физички активни док бораве у природи бавећи се садњом и негом биљака. По њеним речима, корисници највише десетак њих, учествују у зависности од својих могућности и жеље у активностима које она води.

¹³ Стандарда Европског комитета за спречавање мучења (2002)1/1 – Rev. 2010, III - тачка 44.

¹⁴ Извештај о посети Републици Србији Европског комитета за спречавање мучења и нечовечног или понижавајућег поступања или кажњавања из 2015. године, параграф. 196

У сутерену смештајне јединице Д1 у једном делу се налази трпезарија, а у другом радне собе. Једна од радних соба служи као радионица где корисници праве ствари од дрвета и пружа. Слично као и на терапији цвећем, корисници у активностима учествују у односу на своје способности и мотивацију. Колико дуго ће радити зависи од њихове концентрације, а то најчешће буде до сат времена. Једна од соба је пуна материјала за рад: кутија, дасака, дрвених гајбица и других предмета који се више не употребљавају, а могу се „рециклирати“. Стиче се утисак да се та просторија користи и за одлагање другог намештаја, пошто се у њој налазе наслане столице, ствари које су запаковане у торбе и кесе, чак и кухињски елемент са судопером. У дугој соби за рад налазе се столови, столице, струњаче, играчке. Зидови су украшени цртежима, фотографијама и радовима корисника, док са плафона висе украси од папира. Међутим, у тренутку посете НПМ корисници нису затечени у овим просторијама.

Смештајна јединица Д2 се налази на првом спрату Д павиљона. Због тренутне реконструкције павиљона Пинк тренутно тамо борави нешто више од 50 корисника и корисница. Не постоји подела према полу, већ у истим собама бораве и мушкарци и жене. На вратима сваке собе налази се списак корисника који су смештени у њој. Такође, и на појединим лежајевима се налазе имена корисника. Већина њих је смештена у креветима за децу. Собе су светле са излазом на терасу, зидови су осликани и свака соба има телевизор. Мали број корисника уз себе има одређена дидактичка средства или плишане играчке које евидентно користе и које им пријају. На одељењу Д2 нема организованих активности и сви корисници су се у тренутку посете налазили у својим креветима, осим пар корисника који су седели у инвалидским колицима.

По наводима запослених, корисници се не изводе напоље, осим преко лета и када је лепо време када их изведу на терасу. Проблем је што Дом нема довољан број колица, као ни запослених, али и у томе што одређени број корисника није у стању да седи. У једној смени о њих 50 брину четири неговатељице и једна сестра, док су у ноћној смени само једна сестра и једна неговатељица задужене за цео павиљон. У оквиру донација Дом је добио је дизалицу и кревет за купање непокретних корисника, те се на тај начин брине о њиховој хигијени. Особље има добар контакт са њима, нарочито дефектолог који са њима ради. Особље добро познаје кориснике и за сваког је могао тиму НПМ да да преглед ситуације.

У оквиру Д2 јединице налази се сензорна соба који од 2015. године могу користити лица смештена у Дому. То је интерактивна соба која служи за стимулацију чула корисника. У сензорној соби дефектолози раде „један на један“ са корисником и сам третман не траје више од 15 до 20 минута. Соба је опремљена струњачама које се налазе на поду и на зидовима, звучницима, вибрирајућом подлогом и музичком фотелјом, светлима у боји, ротирајућом „диско куглом“, пројектором (који у том тренутку није био у функцији), лампама са мехурићима и другим лампама, снопом светлећих оптичких влакана, огледалима и етеричним уљима за ароматерапију.

Соба се редовно користи у складу са планом који сачињавају надлежни стручни радници (дефектолози и терапеути). Дежурни дефектолог је демонстрирао све облике стимулације којима се корисници могу изложити и описао код којих корисника се сваки од ових облика примењује. Сензорну собу преваходно користе непокретни и полупокретни корисници са озбиљнијим телесним и менталним сметњама којима је неопходна додатна стимулација с обзиром на општу депривацију и мањак активности. Ипак, од овог третмана корист има ограничен број корисника преваходно због недовољног броја запослених, нарочито због малог броја оних који су обучени за рад у сензорној соби. Према наводима дежурног дефектолога, нема довољно запослених који су обучени за рад у сензорној соби, односно само три запослена прошла су неопходну обуку.

УТВРЂЕНО

У Дому Кулина мали број запослених прошао је обуку за рад са корисницима у сензорној соби.

РАЗЛОЗИ

Државе стране уговорнице прихватају да обезбеде и унапреде пуно остваривање свих људских права и основних слобода за све особе са инвалидитетом без дискриминације било које врсте по основу инвалидитета. У том циљу државе стране уговорнице преузимају обавезу да:

(и) да подстичу обуку стручних кадрова и особља које ради са особама са инвалидитетом о правима предвиђеним овом конвенцијом како би се обезбедила боља помоћ и услуге гарантоване на основу тих права.¹⁵

Европски Комитет за спречавање мучења сматра да би особље требало да има адекватне обуке како би могло да ради са проблематичним корисницима на човечан и безбедан начин.¹⁶

Комитет Уједињених нација за права особа са инвалидитетом разматрајући Извештај Републике Србије о праћењу спровођења Конвенције о правима особа са инвалидитетом изразио је забринутост због недовољне обучености особља које ради са особама са инвалидитетом.¹⁷

ПРЕПОРУКА

Дом ће предузети мере како би већи број запослених који ради са корисницима прошао обуку за рад у сензорној соби, како би више корисника могло редовно да користи ову собу.

Поред сензорне собе, постоји и радна соба. У њој се налазе телевизор, струњаче, јастуци, „lazy bag“ врећа за седење, играчке и друга диджитална средства. У соби може бити највише 4, 5 корисника у исто време и то могу бити само они који су у стању да седе. У тренутку посете ова соба је била празна.

Смештајна јединица ДЗ налази се у поткровљу павиљона. У овој јединици смештени су најфункционалнији корисници. Њих има 16 и сви су мушкарци. Спаваоницу чини више повезаних просторија између којих не постоје врата, а осим кревета има ормариће за личне ствари. Поред спаваонице, налази се један мокри чвор и купатило, кухиња и дневни боравак у коме је дозвољено пушење. Већина прозора су кровни, а поједини зидови су осликани. Корисници смештени у овом павиљону су у тренутку посете били напољу.

У мушком павиљону смештајни услови су веома лоши. Врата на спаваоницама не постоје. Собе су вишекреветне и осим кревета у њима се не налази ништа више. Већина кревета су без постељине, јер постељина мора да се мења свакога дана услед немогућности контроле сфинктера и неконтролисаног уринирања. У павиљону постоје два дневна боравка у којима се налазе телевизор, сто, столице, клупа и струњаче. У павиљону се осећа устајао и непријатан мирис и хигијена није задовољавајућа. Мокри чвор и купаонице делују неодржавано. Током обиласка уочено је да су поједини

¹⁵ Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом, чл. 4. ст.1. тач.9. Конвенције

¹⁶ Извештај о посети Републици Србији Европског комитета за спречавање мучења и нечовечног или понижавајућег поступања или кажњавања из 2015. године, параграф 202.

¹⁷ Закључна запажања Комитета Уједињених нација за права особа са инвалидитетом на Извештај Републике Србије о примени Конвенције Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом, усвојена на 15 седници Комитета, параграф. 1-4. тач. 3. стр. 2. Закључна запажања доступна на http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSRB%2fC0%2f1&Lang=en

корисници без доњег веша, као и да поједини леже на струњачама у дневним боравцима. Врата овог павиљона стално су закључана, јер су у њему смештени корисници који су најтежег психофизичког стања. Према наводима неговатељица од културно-уметничких активности корисници се само изводе у шетњу до терена у Дому и у трпезарију. Према наводима запослених у плану је реновирање овог павиљона и претварање вишекреветних у мање спаваонице. Испред павиљона налази се уређен простор за шетњу. Корисници у мушком павиљону подељени су у три васпитне групе, а у радну терапију укључен је 21 корисник.

У **женском павиљону** спаваонице су од четворокреветених до шестокреветних. У спаваоницама се поред лежајева налазе и ормарићи за одлагање личних ствари корисница. Спаваонице делују чисто и одржавано, проветрене и са доста природне светлости. Простор у павиљону је оплемењен сликама на зидовима, играчкама и другим садржајима. У дневним боравцима постављени су телевизори.

Заштићено становање - У Дому постоји програм заштићеног становања који представља припрему корисника за самосталан живот у заједници. Заштићено становање се спроводи у згради, која се налази поред Пинк павиљона и која има 9 станова. Сваки стан предвиђен је за смештај 3 корисника. Станови у свом саставу имају кухињу, дневни боравак, спаваоницу, купатило и оставу. Због радова на павиљону Пинк, корисници су измештени из станова све до завршетка грађевинских радова.

Може се закључити да је веома мали број корисника на нивоу целе установе укључен у било какве активности. Оне се преваходно организују по павиљонима, тако да организација смештаја у великој мери одређује и организацију рада са корисницима. Постојеће радионице ван смештајних јединица су током посете биле закључане и није деловало да се оне често користе. Као разлог наводи се одсуство радних терапеута.

6.

УТВРЂЕНО

Корисници Дома скоро све време проводе без организованих активности, било да су у питању активности рехабилитације или слободне активности (спортске, културне и сл.)

У активности ван Дома укључен је мали број корисника (највише 20).

РАЗЛОЗИ

Државе стране уговорнице ће предузети ефикасне и одговарајуће мере, укључујући путем подршке особа са сличним тегобама, како би се особама са инвалидитетом омогућило да постигну и очувају максималну независност, пуно физичку, менталну, социјалну и стручну способност, као и пуно укључивање и учешће у свим аспектима живота. У том циљу, државе стране уговорнице ће организовати, ојачати и пружити свеобухватне услуге и програме одржавања и рехабилитације, посебно у области здравља, запошљавања, образовања и социјалних услуга, тако да ове услуге и програми:

(б) подрже учешће и укључивање у заједницу као и у све аспекте друштва на добровољној основи и да буду доступни особама са инвалидитетом на местима најближим њиховим заједницама, укључујући сеоску средину.¹⁸

Државе стране уговорнице признају право особама са инвалидитетом да равноправно са другима учествују у културном животу и предузеће све одговарајуће мере како би обезбедиле да особе са инвалидитетом:

(а) имају приступ материјалима културног садржаја у облицима који су им приступачни;

¹⁸ Закон о потврђивању конвенције о правима особа са инвалидитетом, чл. 26. Конвенције

(б) имају приступ телевизијским програмима, филмовима, позоришту и другим културним активностима у облицима који су им приступачни;

(ц) имају приступ местима за извођење представа или пружање услуга културног садржаја, као што су позоришта, музеји, биоскопи, библиотеке и туристичке агенције и, по могућности, приступ споменицима и знаменитостима од националног културног значаја.

2. Државе стране уговорнице ће предузимати одговарајуће мере како би омогућиле да особе са инвалидитетом имају могућност да развијају и искористе своје креативне, уметничке и интелектуалне потенцијале, не само за своје потребе, већ и за обогаћивање друштва.

3. Државе стране уговорнице ће предузети одговарајуће кораке, у складу с међународним правом, како би обезбедиле да закони којима се штите права на интелектуалну својину не представљају неоправдану или дискриминаторску препреку за приступ особа са инвалидитетом материјалима културног садржаја.

4. Особе са инвалидитетом имају право, равноправно са другима, на признавање и подршку њиховом специфичном културном и језичком идентитету, укључујући језик знакова и културу особа оштећеног слуха.

5. Да би се особама са инвалидитетом омогућило да равноправно са другима учествују у рекреативним и спортским активностима, као и онима у слободно време, државе стране уговорнице ће предузети одговарајуће мере како би:

(а) подстакле и унапредиле учешће особа са инвалидитетом, у највећој могућој мери, у водећим спортским активностима на свим нивоима;

(б) обезбедиле да особе са инвалидитетом имају могућност да организују, развијају и учествују у специфичним спортским и рекреативним активностима везаним за инвалидитет, и у том циљу ће подстицати обезбеђивање, равноправно са другима, одговарајуће наставе, тренинга и средстава;

(ц) обезбедиле да особе са инвалидитетом имају приступ спортским, рекреативним и туристичким догађајима;

(д) обезбедиле да деца са инвалидитетом имају равноправан приступ са осталом децом у учешћу у игри, рекреацији и активностима у слободно време, као и спортским активностима, укључујући и оне активности у оквиру школе;

(е) обезбедиле да особе са инвалидитетом имају приступ услугама оних који су укључени у организацију рекреативних, туристичких активности као и активности у слободно време и спортских активности.¹⁹

ПРЕПОРУКА

Дом ће сходно интересовањима и капацитетима корисника изградити индивидуалне планове активности и сходно томе утврдити потребна средства, људска и материјална, ради укључивања што већег број корисника у организоване активности.

6. КОНТАКТИ КОРИСНИКА СА ПОРОДИЦОМ И СПОЉНИМ СВЕТОМ

Контакти корисника са породицама/старатељима према наводима особља су омогућени, али су ретки. Породице/старатељи имају могућност да свакодневно посећују кориснике, јер од Дома до села Кулина постоји редовна аутобуска линија, а од села постоје други линијски аутобуси ка Нишу или Алексинцу. Дом има и сопствени аутобус предвиђен за превоз корисника и посетиоца. Према наводима правника, од укупног броја корисника, обично буде једна посета на недељном нивоу. Законски стараоци кориснике обилазе једном годишње. Сарадња Дома са центрима за социјални

¹⁹ Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом, чл. 30. Конвенције

рад је различита у зависности који центар за социјални рад је у питању. Евиденције о посетама сродника/старатеља постоје.

У току 2015. године забележена је 61 посета, а у овој години до 19. 05. 2016. забележено је 15 посета. Посете је имало око 40 различитих корисника, а само поједини од њих су чешће посећивани. Током посете НПМ, једна корисница је била у седмодневној посети породици.

7. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

7.1. Организација и структура

Здравствена заштита се организује у оквиру Јединице здравства, неге и хигијене. Руководилац јединице је специјалиста опште медицине који у Дому има око 15 година радног искуства. Поред здравствених радника, у Јединици су радно ангажовани неговатељи и спремачи.

Сви здравствени радници који су запослени у Дому закључују уговор са Републичким фондом за здравствено осигурање, а уговори се обнављају сваке године. Такође, сви запослени здравствени радници имају закључене уговоре за рад у пуном радном времену.

На пословима здравствене заштите ангажовано је 45 извршилаца: 5 доктора медицине (3 лекара опште медицине од којих су 2 у завршним фазама специјализације из психијатрије, 1 специјалиста за интерну медицину и 1 специјалиста опште медицине), 37 медицинских сестара/техничара, 1 лабораторијски техничар, 1 физиотерапеут и 1 рендген техничар. С обзиром на релативно мали обим посла, по наводима службених лица, рендген техничар је задужен и за рад у апотеци.

У пружању здравствене заштите учествују и 2 лекара специјалиста који су ангажовани у Дому по уговору о делу и то: специјалиста физикалне медицине и рехабилитације (из Ниша, долази два пута месечно) и специјалиста психијатрије (долази једном недељно – средом). Лекари који су ангажовани по уговору о делу при свакој посети остају у Дому до 4 сата. Лекари других специјалности не долазе у Дом.

Медицинске сестре и техничари, којих има 37, немају одговарајућу континуирану обуку из области менталног здравља што може утицати на квалитет здравствене заштите и психосоцијалне рехабилитације корисника.

7.

УТВРЂЕНО

У Дому није омогућено континуирано стручно усавршавање из области менталног здравља за медицинске сестре/техничаре.

РАЗЛОЗИ

Државе стране уговорнице прихватају да обезбеде и унапреде пуно остваривање свих људских права и основних слобода за све особе са инвалидитетом без дискриминације било које врсте по основу инвалидитета. У том циљу државе стране уговорнице преузимају обавезу да:

(и) да подстичу обуку стручних кадрова и особља које ради са особама са инвалидитетом о правима предвиђеним овом конвенцијом како би се обезбедила боља помоћ и услуге гарантоване на основу тих права.²⁰

²⁰ Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом чл. 4. ст.1. тач.9. Конвенције.

Комитет Уједињених нација за права особа са инвалидитетом разматрајући Извештај Републике Србије о праћењу спровођења Конвенције о правима особа са инвалидитетом изразио је забринутост због недовољне обучености особља које ради са особама са инвалидитетом.²¹

ПРЕПОРУКА

Дом ће предузети мере како би се обезбедила континуирана едукација за медицинске техничаре/сестре у стицању знања и развоју вештина потребних за успешну рехабилитацију корисника.

7.2. Радно време и присуство здравствених радника у Дому

Руководилац Јединице здравства, неге и хигијене је у Дому присутан радним данима од 07,00-15,00 часова, а у дане викенда и државних празника не ради.

Остали лекари раде у смени од 07,00-19,00 часова свих дана у недељи укључујући и државне празнике, према месечном распореду. То практично значи да се свих дана у години у Дому, у времену од 07,00-19,00 часова налази најмање један, а често и два лекара. У времену до 19,00-07,00 сати у Дому нема лекара. Постоји приправни лекар са којим је могуће да медицински техничар обави телефонску консултацију. У пракси се не дешава да приправни лекар, по позиву, долази у Дом. Два лекара живе у Алексинцу, а три у Нишу што додатно отежава њихову одлуку да по позиву дођу у Дом, а њихов евентуални долазак знатно временски продужава.

У сваком павиљону за смештај корисника одређен је један одговорни медицински техничар/сестра, а у Дому постоји главна медицинска сестра. Радно време ових здравствених радника, као и лабораторијског и рендген техничара и физиотерапеута, је радним данима од 07,00-15,00 часова, а у дане викенда и државних празника они по правилу не раде. Могуће је да се повремено у времену од 07,00-15,00 часова, ангажују одговорни медицински техничар/сестра.

Остале медицинске сестре/техничари раде у две смене: дневној (од 07,00-19,00 часова) и ноћној (од 19,00-07,00 часова). У дневној смени у сваком павиљону је најмање по једна медицинска сестра/техничар и по 2 неговатеља. У ноћној смени у Дому се налазе по један неговатељ у павиљонима и само три медицинске сестре/техничари и то у Централном павиљону, „Д“ павиљону и трећа сестра/техничар која/који је задужен за кориснике који су смештени у осталим павиљонима.

Изван радног времена лекара у Дому, у случају потребе, а на основу претходне консултације са приправним лекаром, позива се Служба за хитну медицинску помоћ (СХМП) из Алексинца. Сарадња са овом службом је, како се наводи, добра али, постоје извесне потешкоће, пре свега кашњење у доласку екипа на терен – у Дом. Ова ситуација се објашњава чињеницом да је Дом релативно удаљен од Алексинца, а ситуацију додатно отежава недовољан број возила у СХМП, величина и одлике рељефа територије надлежности алексиначке СХМП, као и релативно лоше стање локалне путне мреже.

²¹ Закључна запажања Комитета Уједињених нација за права особа са инвалидитетом на Извештај Републике Србије о примени Конвенције Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом, усвојена на 15 седници Комитета, параграф. 1-4. тач. 3. стр. 2. Закључна запажања доступна на http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fCO%2fSRB%2fCO%2f1&Lang=en

7.3. Просторије за пружање здравствене заштите

У оквиру смештајног павиљона „Д“, издвојено у засебну архитектонску целину, смештене су просторије у којима се пружа здравствена заштита, нека врста медицинског центра. У овом простору налази се већа чекаоница, лекарске собе, лабораторија, апотека и „централна амбуланта“.

„Централна амбуланта“, по речима службених лица, претходно је била коришћена за прегледе и друге медицинске интервенције које су биле обезбеђене за покретне кориснике, без обзира на то у којем су павиљону смештени. Међутим, већ више година ова пракса је промењена па корисници уопште не долазе у „централну амбуланту“, нити у друге просторије које се овде налазе. „Централна амбуланта“ сада служи за први преглед корисника, у склопу процедуре за пријем и смештај у Дом.

Лабораторија је технички опремљена за основне лабораторијске анализе: крвну слику, леукоцитарну формулу, рутинске биохемијске анализе крви и анализе урина. Корисници не долазе у лабораторију, већ се узорци прикупљају у Дому, у амбулантама по павиљонима, па се достављају у лабораторију ради анализе.

Апотека, која је организована у посебној просторији, служи како за смештај лекова који се преко рецепата подижу из апотекарске мреже, тако и оних лекова које Дом набавља из својих средстава. У време посете, тим НПМ није имао могућност да обиђе апотеку, због одсуства рендген техничара који је задужен за ову просторију.

Физикална медицина и рехабилитација корисника се спроводи у посебно намењеном блоку који је смештен у Павиљону „Д“, у нивоу који се налази испод осталих медицинских просторија. Служба је опремљена једном хидромасажном кадом, парафинским купатилом, апаратом за терапијски ултразвук, уређајем за магнетну стимулацију, уређајем за (галванску) електростимулацију и биофотрон лампом.

Поред тога, у склопу службе налази се сала за кинезитерапију која је опремљена само за рад са децом, а постојећа опрема највећим делом није погодна за спровођење кинези терапијских процедура са одраслим лицима.

8.

УТВРЂЕНО

Сала за кинезитерапију у Дому није опремљена справама за одрасле.

РАЗЛОЗИ

Пружалац услуге, у складу са потребама корисника, обезбеђује услове за рекреацију, физикалну и радно-окупациону терапију и сусрете и контакте са члановима породице и другим лицима значајним за корисника.²²

Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, у „Листи опреме за обављање здравствене делатности у тачки 13. прописује шта сала за физикалну медицину и рехабилитацију од опреме треба да поседује, између осталог шта треба да садржи и сала за кинезитерапију.

в) Кинезитерапија:

- 1. Струњаче*
- 2. Шведске лестве*

²² Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите "Сл. гласник РС", бр. 42/2013, чл. 6. ст. 8.

3. Тегови, чуњеви, лопте, кесе са песком
4. Разбој
5. Лежај медицински са промењивим нагибом
6. Точак наутички
7. Апарат за пронацију и супинацију
8. Бицикл статички
9. Нулинг степеник
10. Ручни динамометар
11. Сто осцилаторни
12. Апарат за тракцију (не за децу)

Активности усмерене ка развијању и очувању потенцијала корисника, као и припреми за одржив независан живот, реализују се у складу са сврхом смештаја, карактеристикама корисничке групе, капацитетима корисника, индивидуалним планом и у складу са проценом потреба корисника обухватају појединачне и групне приступе ради: пружања рехабилитационих и терапијских услуга;²³

ПРЕПОРУКА

Дом ће обезбедити да се у сали за кинезитерапију обезбеди и опрема за одрасле.

Рендген кабинет, према наводима налази се у објекту смештајног павиљона „Д“ и наведено је да је рендген апарат стар, али исправан уређај произведен у Електронској индустрији у Нишу. Објашњено нам је да је рендген техничар одсутан са посла, па из тог разлога нема кључа од просторије у којој је смештен рендген апарат. У време посете нисмо имали могућност да видимо рендген кабинет и извршимо увиду у Протокол обављених рендгенских прегледа.

Поред претходно наведеног, у Дому се, у сваком павиљону налази амбуланта у којој се обављају све медицинске радње – лекарски прегледи, укључујући и преглед психијатра, давање терапије, те мање интервенције нпр. превијање и ушивање рана и сл.

Од медицинске опреме имају више ЕКГ апарата, отоскоп, ларингоскоп, амбу-балоне, боце са кисеоником, као и инструментаријум за „малу хирургију“ (обраду рана, превијање и ситне хируршке интервенције).

7.4. Лекарски преглед по пријему у Дом

Након разматрања упућеног захтева за смештај, у којем се, као члан, налази лекар Дома, доноси се одлука о томе да ли ће се неко примити у Дом или неће. У случају позитивне процене, надлежном центру за социјални рад се даје *листа медицинских процедура* које је потребно спровести пре пријема и смештаја у Дом. Такође, заказује се дан пријема, најчешће понедељком, уторком и средом.

На дан пријема у Дом, лекар врши преглед медицинске документације и обавља телесни преглед који се састоји од прикупљања анамнестичких или хетероанамнестичких података, телесног прегледа и мерења телесне тежине и висине. Ова процедура се обавља у „централној амбуланти“, а присуствују јој психолог и дефектолог. Приликом првог прегледа, отвара се здравствени картон корисника. Накнадно, службеним путем, Дом прибавља здравствени картон који је корисник имао пре но што је смештен у Дом; у овој процедури помоћ пружа надлежни центар за социјални рад.

²³ Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите, чл.31. ст. 1 тач. 10.

Увидом у списак медицинске документације потребне за смештај корисника у Дом уврђено је да су неопходне опште лабораторијске анализе, крвна слика и анализа урина, анализе на поједине вирусне инфекције (нпр. хепатитис, ХИВ и др), бактериолошке претраге (брис носа и грла, копрокултура), преглед столице на паразите, рендгенски снимак плућа. Поред тога неопходно је да се пре смештаја обави преглед лекара опште медицине и од лекара прибави мишљење о општем и тренутном здравственом стању, као и да се приложи извештај неуропсихијатра и интернисте са прегледом одређене терапије. За кориснике којима је због природе поремећаја/стања нужно да користе пелене, потребно је, при пријему ради смештаја у Дом, уз медицинску документацију презентовати оцену надлежне лекарске комисије о оствареном праву на памперс пелене.

Након пријема, с обзиром на то да психијатар долази у Дом једном недељно, нови корисник при првом наредном доласку неуропсихијатра бива упућен на овај преглед.

7.5. Периодични лекарски прегледи

Према наводима службених лица, периодични лекарски прегледи, у смислу систематских прегледа, не врше се у Дому. Међутим, с обзиром на то да је значајан број корисника Дома на медикаментној терапији због хроничних стања (нпр. епилепсија, ментални поремећаји, интернистичка обољења), прописима о здравственом осигурању предвиђено је да ове кориснице мора најмање једном у три месеца да прегледа одговарајући специјалиста како би се могло наставити преписивање претходно одређене медикаментозне терапије. Стога се ови корисници периодично упућују на лекарске прегледе.

7.6. Положај корисница женског пола у остваривању здравствене заштите

Информисани смо да се за кориснице Дома не организују систематски гинеколошки прегледи. У случају потребе, кориснице се упућују у Алексинац или у Ниш ради прегледа гинеколога или других здравствених услуга у домену здравствене заштите жена.

Одлуку да се корисница Дома упуту на гинеколошки преглед доноси лекар у Дому када има индицију да постоји неки гинеколошки проблем.

Према наводима службених лица, могућа је ситуација да је корисница годинама смештена у Дому те да, уколико надлежни здравствени радник Дома не процени да постоји гинеколошки проблем, ова корисница годинама не буде упућена на гинеколошки преглед.

У вези са трудноћама, службена лица наводе да дуги низ година (према наводу руководиоца Јединице за здравство, негу и хигијену у последњих 14 година, колико он ради у Дому) није било случајева да је код корисница утврђена трудноћа. Такође, наведено је да се корисницама не дају хормонски контрацептивни препарати, нити да постоји било какав систем за контролу трудноће.

9.

УТВРЂЕНО

Корисницама Дома није омогућено коришћење превентивне здравствене заштите у складу са прописаним стандардима.

ПРЕПОРУКА

Дом ће обезбедити да се свим корисницима омогући спровођење превентивне здравствене заштите у складу са стандардима предвиђеним Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2016. годину.²⁴

7.7. Обим пружених здравствених услуга

Извршен је увид у извештаје које Дом тромесечно доставља надлежном заводу за јавно здравље, а у вези са показатељима пружених здравствених услуга. Подаци су приказани у табелама.

Тромесечје	Посете лекару		Посете осталим медицинским радницима
	Укупно	Од тога прве	
Јануар-март 2015. г.	5.534	878	22.925
Април-јун 2015.г.	4.954	521	26.280
Јул-Септембар 2015.г.	5.110	376	21.678
Октобар-децембар 2015.г.	6.539	343	22.435
Укупно за 2015.г.	22.137	2.118	93.318
Јануар-март 2016. г.	5.602	398	26.523

Табела 1: Подаци о броју пријављених здравствених услуга – лекарских прегледа и посета осталим здравственим радницима

7.8. Стоматолошка здравствена заштита

Стоматолошка заштита се остварује на клиници Стоматолошког факултета, а корисници се по потреби воде у Ниш. По речима службених лица, корисницима није могуће пружати здравствену заштиту из области стоматологије на другом месту због њиховог стања и потребе да се интервенције врше у анестезији. Сарадња са Стоматолошким клиником у Нишу према наводима директора је добра.

Нема посебне (кумулятивне) евиденције из које би се могло утврдити којом учесталости се корисници из Дома воде на стоматолошки преглед, које врсте интервенција су им пружене, као и колико корисника смештених у Дому је обухваћено услугама стоматолошке заштите.

Приликом посете женском павиљону, увидом у Евиденцију примопредаје медицинских сестара/техничара, уочено је да је корисница Ј.В. више дана за редом евидентирана уз различите напомене (оток, бол и др.), из којих недвосмислено произилази да уочене тегобе потичу од зуба.

Такође, према наводима службених лица, превентивни стоматолошки прегледи се не организују за кориснике Дома.

10.

УТВРЂЕНО

Услуге из области стоматолошке здравствене заштите су неадекватне: превентивне се уопште не спроводе, а у случају потребе, због очигледних проблема у вези са зубима, корисници се током више дана не воде код стоматолога.

²⁴ „Сл. гласник РС“, бр. 12/2016

РАЗЛОЗИ

Осигураном лицу обезбеђују се прегледи и лечења болести уста и зуба у амбулантно-поликлиничким и стационарним условима, и то најмање:

1) Прегледи и лечење болести уста и зуба код деце до навршених 18 година живота, односно до краја прописаног средњошколског (укључујући покретни ортодонски апарат и стоматолошке надокнаде у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређују медицинско-техничка помагала), односно високошколског образовања, а најкасније до навршених 26 година живота, као и лица старијих од 18 година која су тешко телесно или душевно ометена у развоју, као и лица са тежим урођеним или стеченим деформитетом лица и вилица;

10) Прегледи и лечење болести уста и зуба код лица код којих је у току живота због обољења или повреде дошло до губитка појединих телесних или психичких функција због чега нису у могућности да самостално обављају активности свакодневног живота.²⁵

ПРЕПОРУКА

Дом ће обезбедити свим корисницима пружање услуга стоматолошке здравствене заштите без одлагања чим се за овим услугама укаже потреба.

7.9. Физикална медицина и рехабилитација

Од 01. априла 2016. године, до времена обављања посете НПМ тима евидентирано је укупно 11 специјалистичких прегледа физијатра и то: 3 прегледа обављена 01. априла 2016. године и 8 прегледа обављених 21. априла 2016. године.

Увидом у документацију – Протокол лекарских прегледа специјалисте за физикалну медицину и рехабилитацију утврђено је да у периоду од 10. новембра 2015. године до 01. априла 2016. године, дакле током 4 месеца и 20 дана у Дому корисницима није била омогућена услуга лекара специјалисте за физикалну медицину и рехабилитацију.

Физиотерапеут нема протокол у којем евидентира спровођење процедура већ се ове процедуре евидентирају у индивидуалним картонима који се отварају сваком кориснику којем је одређена физикална терапија. По речима физиотерапеута, он није у могућности да дневно, у току радног времена, прими више од 10 пацијената (корисника) и код њих спроведе прописане физикалне процедуре.

11.

УТВРЂЕНО

Услуге специјалисте за физикалну медицину и рехабилитацију које се пружају корисницима смештеним у Дому су недовољне, посебно имајући у виду структуру корисника и њихове потребе у области физиклане медицине и рехабилитације.

Физиотерапеут прима десет пацијената дневно.

РАЗЛОЗИ

У „Табели мера извршења код мера извршења у примарној здравственој делатности и специјалистичко-консултантској делатности“, под тачком 11. за терапијске и

²⁵ Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2016. годину, ("Сл. гласник РС", бр. 12/2016 и 45/2016), чл.12. ст.1. тач. 1. 10. и 11.

рехабилитационе услугу по физиотерапеуту дневно је предвиђено 30 посета, а годишње 6300 посета.²⁶

ПРЕПОРУКА

Дом ће обезбедити да се услуге лекара специјалисте за физикалну медицину и рехабилитацију пружају сходно потребама корисника, а најмање два пута месечно.

Дом ће обезбедити да физиотерапеут који је запослен са пуним радним временом пружа број услуга који на дневном, односно годишњем нивоу одговара прописаним мерама извршења.

7.10. Лабораторијска дијагностика

Према подацима из извештаја о раду лабораторије у тромесечноим периоду (јануар-март 2016. године) наведено је следеће:

Врста анализе	Број обављених анализа
Крвна слика	174
Седиментација еритроцита	153
Гликемија	143
Уреа	84
Креатинин	80
Протеини	74
Остало	426
Урин	113
УКУПНО	1.247

Табела 2: Број обављених анализа у лабораторији Дома

7.11. Евиденције у вези са здравственом заштитом

Документација која се води централно је следећа: Протоколи специјалистичких прегледа физијатра – води се централизовано у просторијама службе за физикалну терапију²⁷; Евиденција повреда - „Преломи и повреде са ушивањем“²⁸ и Протокол рендгенских прегледа – није омогућен увид.

У амбулантима које су смештене у павиљонима води се следећа документација:²⁹ Протоколи лекарских прегледа у општој медицини; Протоколи специјалистичких прегледа (неуро)психијатра; Евиденција епилептичних напада; Евиденција примопредаје смена медицинских техничара и Картони лекова – терапије.

Посебно се воде картони неуропсихијатријске терапије, а увидом у исте уочено је следеће: Појединим корисницима ампулирани лекови су преписани у режиму „по потреби“ што даје могућност медицинским техничарима/сестрама да самоиницијативно одлуче и примене овако преписани лек. Издвајамо неколико примера.

²⁶ Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, ("Сл. гласник РС", бр. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 - др. правилник, 119/2012 - др. правилник и 22/2013)

²⁷ Видети „Обим пружених здравствених услуга: Физикална медицина и рехабилитација“

²⁸ Видети поглавље повреде корисника

²⁹ У ову документацију извршен је увид у Централном павиљону, Женском 1 и Мушком 1 Павиљону.

Корисник Б. Н.: Tbl. Leponex a 25mg - 2+2+2; Tbl. Bensedin a 5 mg - 1+1+2; Tbl. Eftil a 500mg - ½+0+ ½; Tbl. Mentilex a 2mg - 2+1+0; Tbl. Nozinan a 100mg - ½ + 0 + ½; Tbl. Largactil a 25mg - 3x1; Tbl. Lata a 10mg - ½ + 0 + 0; Amp. Haldol p.p. и Amp. Bensedin p.p

Такође, код једног броја корисника, поред психофармакотерапије налази се напомена „**Фиксација п.п.**“ што такође медицинским техничарима/сестрама представља „бланко ауторизацију“ да ове кориснике физички спутавају према сопственој процени. Потребно је имати у виду посебно чињеницу да се ради о корисницима који су иначе на дуготрајној терапији углавном високих доза психофармака. Такође, уочени су и случајеви у којима се у режиму „по потреби“ ауторизује физичко спутавање и/или примена ампулиране психофармакотерапије. Наводимо илустративне случајеве:

Корисник Д. Н.: Tbl. Eftil a 500mg-3x1; Tbl. Clozapin a 100mg-½ + ½ + 1; Tbl. Mendilex a 2mg-1+1+0; Tabl. Sanual a 10mg-1 uveče; Tbl. Nozinan a 100mg-½ + ½ + ¾; Tbl. Largactil a 25mg-2+2+3; Tbl. Haldol a 2mg-1+1+0; Amp. Haldol-depo a 50 mg na 14 dana; Fiksacija pp.

Корисница Ђ. Ј.: Tbl. Levopromazin 100-¼ + 0 + ½; Tbl. Largactil a 25mg-1+1+2; Tbl Bensedin-1+1+2; Tbl. Eftil 500-1+1+1; Tbl. Lamictol 25 - 1+1+1; Tbl. Belbien 10 - 1 uveče; Tbl. Mendilex a 2mg - 2+1+0; Tbl. Clozapin a 100mg - ¼ + ¼ + ¼; Fiksacija pp; Amp. Bensedin pp.

7.12. Терапија и хемијско спутавање пацијената

У циљу анализе терапије лековима НПМ је ангажовао лекара специјалисту психијатра др Радомира Самарџића који је извео следеће закључке:

Анализирана је терапија лековима из групе психофармака за 109 корисника. Терапија наведеним лековима исписана је на листовима А4 формата и преписана је из здравствених картона корисника. Терапију прописује психијатар који долази из Ниша.

Анализа је извршена без осврта на дијагнозе корисника и углавном се базира на дозни режим, фармакодинамске и фармакокинетичке аспекте и могуће нежељене ефекте лекова. Статистичком анализом утврђено је следеће:

Просечан број лекова које примају корисници је 4.37. Мање од половине корисника добија од 1-3 лека (45%), а остали од 4 до 10 лекова (55%). Шесторо корисника добија 8, четворо 9, а петоро њих чак 10 лекова (Б.Н., Н.С., П.В., Р.М., Д.Ј.). Сви лекови су из групе психофармака.

Антиепилептике прима 70 (64.2%) корисника, највећи број добија по 1 (64.3%), или 2 (28.6%), троје добија 3, а двоје чак 4 антиепилептика. Обзиром да није обављен прецизан увид у дијагнозе, највероватније да се антиепилептици дају као афективни стабилизатори за психотичне поремећаје, а не само за епилепсију.

Антипсихотике добија 85 (78%) корисника, просечно по 2 антипсихотика. Њих 31 (36.5%) добија један (монотерапија), а остали- њих 54 (63.5%) добија 2 (24/28.2%); 3 (19/22.4%) или чак и 4 (11/12.9%) антипсихотика, из различитих група и различитих профила дејства.

Анксиолитике добија 78 (71.5%) корисника, углавном само по један.

Хипнотике добија 40 (36.7%) корисника.

Антихолинергик (Мендилекс) добија 49 (45%) корисника.

Антипсихотичну терапију продуженог дејства (депо препарат за интрамускуларну апликацију), поред оралне антипсихотичне терапије, добија 11 (10.1%) корисника.

Антидепресиве добија само троје корисника.

За 3 корисника прописана је интрамускуларна терапија антипсихотика у комбинацији са анксиолитиком (Халоперидол и Бенседин), у режиму “по потреби”. У истом режиму (“по потреби”) прописана је и фиксација за 13 (11.9%) корисника.

Уопштено гледано постоје само ограничени докази о ефикасности комбиновања антипсихотика код терапорезистентне схизофреније. Комбинација клозапина и рисперидона, као и комбинација клозапина и сулпирида можда представљају најбоље опције лечења. Треба нагласити, међутим, да лекари морају бити свесни потенцијалног појачавања нежељених дејстава при комбиновању два или више антипсихотика и да одаберу лекове са смањеним ризиком за интеракције.

12.

УТВРЂЕНО

Корисници примају просечно 4.37 лекова дневно. Преко половине добија од 4 до 10 лекова. Шесторо добија 8, четворо 9, а петоро чак 10 лекова. Преко половине добија по 2, 3 или чак 4 антипсихотика. Два корисника добијају по 4 антиепилептика. Велики број корисника (71.5%) добија и анксиолитике уз осталу терапију. Скоро половина (45%) испитаника уз антипсихотике добија и антихолинергик. У терапију је прописана употреба антипсихотика и анксиолитика у инјекционој форми у режиму: „По потреби“. По истом режиму за 13 корисника је одређена и фиксација.

РАЗЛОЗИ

Полипрагмазија је назначена као један од темељних проблема у савременој светској фармакотерапији а за решавање тог проблема потребно је едуковати и лекаре и болеснике.

Антипсихотична полифармација јесте честа појава у клиничкој пракси, посебно за резистентне форме схизофреније, у циљу бржег антипсихотичног одговора него код монотерапије. Подједнако је, међутим, присутан и ризик и бенефит оваквог приступа. Водичи добре клиничке праксе указују да се комбинација спроводи онда када се исцрпи одговор на један антипсихотик који се даје у довољно великој дози. Најчешће се комбинују 2 антипсихотика. Полифармација ових лекова може бити праћена значајно израженим нежељеним ефектима, стога је потребан пажљив мониторинг доза, терапијског одговора и нежељених ефеката. Примена антипсихотика код старијих људи, уколико није рационално размотрена, доводи до брже детериорације когнитивних функција са последичним падом капацитета за психосоцијалну рехабилитацију. Ови нежељени ефекти се региструју и код млађе популације, нарочито када се ради о полифармацији.

Примена антихолинергичне терапије (у овом случају Мендилекса) у сврху профилаксе нежељених дејстава антипсихотика није рационална одлука и није заснована на доброј клиничкој пракси. Значајан број нежељених ефеката овог лека може да личи на психотичне симптоме (анксиозност, конфузност, халуцинације) па се, често, повећава доза антипсихотика или се додаје нови, чиме се чини стручна грешка. Међу нежељене ефекте убрајају се и кардиоваскуларни, као и оштећење когнитивних функција.

Уочено спровођење терапије у режиму- „по потреби“ није дозвољено, и није у складу са Добром клиничком праксом. Поставља се питање дефиниције потребе, ко је одређује: пацијенти, медицински техничари или лекари. Да ли се региструје и описује потреба, ко даје или аплицира лек итд.

Нарочито је овај начин „терапије“ неадекватан за меру „фиксације по потреби“ јер се отвара читав низ могућности злоупотребе етичких стандарда и права менталних пацијената.

Физичко спутавање и изолација лица са менталним сметњама које је смештено у психијатријску установу, примениће се, изузетно, када је то једино средство да се то лице спречи да својим понашањем озбиљно угрози сопствени живот и безбедност или живот и безбедност других лица.

Пре него што примени физичко спутавање и изолацију из става 1. овог члана, психијатар ће упозорити то лице да ће се предузети мере његовог физичког спутавања и изолације.

Физичко спутавање и изолација из члана 46. овог закона примениће се искључиво у мери и на начин преко потребан ради отклањања опасности изазване поступцима лица са менталним сметњама. Ове мере могу да трају само онолико времена колико је потребно да се оствари сврха из овог става.³⁰

Одлуку о примени физичког спутавања и изолације лица са менталним сметњама, доноси психијатар и надзире њену примену. Подаци о разлозима, начину, мерама и трајању примене физичког спутавања и изолације лица са менталним сметњама, као и име психијатра који је донео одлуку о њеној примени, обавезно се уписују у медицинску документацију. Психијатријска установа дужна је да одмах обавести законског заступника лица са менталним сметњама о његовом физичком спутавању и изолацији.

Психијатар је дужан да прати физичко и ментално стање лица са менталним сметњама у случају примене физичког спутавања и изолације.³¹

ПРЕПОРУКА

Потребан је додатан опрез и приступ проблему полипрагмазије у фармакотерапији корисника, јер је познато да велики број лекова могу да потенцирају или умање терапијске или нежељене ефекте сваког појединачног лека. Посебно треба размотрити полифармацију антипсихотика.

За адекватно и рационално лечење потребно је користити водиче добре клиничке праксе.

7. 13. Евиденција у вези са психијатријским лечењем

Евиденција о лечењу заснива се само на записима у вези са психофармакотерапијом. Не постоје записи о индивидуалним плановима лечења који би требало да садрже податаке о осталим облицима лечења, индивидуалној или групној психотерапији, социотерапији, окупацијској (радној) терапији. Лечење се одвија углавном фармакотерапијом коју одређује лекар ван ове установе и који долази једном недељно као консултант. На овај начин пацијентима се не омогућава адекватна здравствена заштита и психосоцијална рехабилитација.

13.

УТВРЂЕНО

У Дому не постоје индивидуални планови лечења корисника.

РАЗЛОЗИ

Препознавање индивидуалних потенцијала и афинитета пацијената којима се излази у сусрет, упркос ограниченим капацитетима, представља први корак ка хуманијем третману и поштовању достојанства пацијента, у циљу подстицаја њиховог бржег опоравка и независности од подршке.

Лечење лица са менталним сметњама у здравственим установама из члана 12. овог закона, прилагођава се сваком лицу са менталним сметњама посебно, у зависности од медицинских индикација, и заснива се на индивидуалном плану лечења који утврђује и спроводи стручни тим здравствене установе, уз учешће тог лица, односно његовог законског заступника.

Индивидуални план лечења саставни је део медицинске документације и ажурира се једном недељно.

Чланови уже породице лица са менталним сметњама увек су укључени у поступак његовог лечења, осим ако то неповољно утиче на његово лечење.³²

³⁰ Закон о заштити лица са менталним сметњама, чл. 46. и 47.

³¹ Закон о заштити лица са менталним сметњама, чл. 49. и 50.

³² Закон о заштити лица са менталним сметњама Сл. гласник РС бр. 45/13, чл.15.

Комитет препоручује држави уговорници да предузме неопходне мере како би обезбедила право на слободан, претходан и информисан пристапак на све третмане који могу да угрозе интегритет особа са инвалидитетом, без обзира на то да ли су лишене пословне способности или не. Препорука је и да се обезбеди подршка режиму аутономног доношења одлука за особе са инвалидитетом када је она потребна.³³

ПРЕПОРУКА

Дом ће увести индивидуални план лечења за сваког корисника, који ће садржати програме психосоцијалне рехабилитације, између осталог и у погледу окупационе (радне) терапије, групне терапије, индивидуалне психотерапије, активностима у спорта и сличног.

Дом ће приликом израде индивидуалног плана лечења поштовати вољу, жељу и афинитете корисника, без обзира на његов правни статус.

7.14. Повреде корисника

Према наводима запослених, у Дому се води посебна евиденција „Преломи и повреде са ушивањем“. У питању је евиденција у којој се поред прелома скелета, евидентирају и сви они случајеви мекоткивних повреда који су морали бити хируршки обрађени – ушивени. Међутим, у овој евиденцији нема података о другим повредама (нпр. огуљотинама, крвним подливима и др.) које здравствени радници констатују на телу корисника. Овакве повреде се, према наводима службених лица, евидентирају нпр. у свескама примопредаја медицинских техничара, а у неким случајевима и у здравственом картону корисника. Према овој евиденцији, током 2015. године било је 11 случајева повређивања који су резултирали ранама које су морале бити хируршки обрађене („ушивене“). Такође, у истом периоду евидентирано је 8 корисника са преломима костију.

Такође, извршен је увид у извештаје о обољењима, стањима и повредама³⁴ које Дом тромесечно доставља надлежном заводу за јавно здравље, па је у вези са повредама установљено следеће:

Врста повреда	Шифра по МКБ	Триместри 2015. година				УКУПНО
		1	2	3	4	
Прелом костију лобање и лица	S02					
Преломи врата, грудног коша и карлице	S12, S22, S32, T08					
Прелом бутне кости	S72	1	1			2
Преломи других костију уда	S42, S52, S62, S82, S92, T10, T12	1	2			3
Преломи костију у више региона тела	T02					
Специфична и вишеструка уганућа, расцепи и утиснућа	S03, S13, S23, S33, S43, S53, S63, S73, S83, S93, T03					
Повреде ока	S05					
Повреде садржаја лобањске дупље	S06					

³³ Закључна разматрања Комитета Уједињених нација за права особа са инвалидитетом о Извештају Републике Србије, члан 17.

³⁴ Образац бр. СИ-06 (Програм статистичких истраживања; Сл. лист СРЈ бр. 46/1996)

Врста повреда	Шифра по МКБ	Триместри 2015. година				УКУПНО
		1	2	3	4	
Друге повреде унутрашњих органа	S26-S27, S36-S37					
Ударне повреде и специфичне, вишеструке повреде са ампутацијом	S07-S08, S17-S18, S28-S38, S47-S48, S57-S58, S67-S68, S77-S78, S87-S88, S97-S98, T04-T05					
Друге специфичне, неспецифичне и вишеструке повреде	S00-S01. S04, S09-S11, S14-S16, S19-S21, S24-S25. S29-S31. S34-S35. S39-S41, S44-S46, S49-S51, S54-S56, S59-S61, S64-S66, S69-S71, S74-S76, S79-S81, S84-S86, S89-S91, S94-S96, S99, T00-T01, T06-T07, T09, T11, T13-T14	68	72	38	54	232
Утицаји страног тела унетог преко природног отвора	T15-T19			1		1
Опекотине и нагризи	T20-T32				1	1
Тровање дрогама и биолошким субстанцама	T36-T50					
Токсична дејства субстанци немедицинског порекла	T51-T65					
Сидром лошег поступања	T74					
Други и неспецифични утицаји спољних узрока	T33-T35, T66-T73, T75-T78					
Неке ране компликације повреда и компликације хирушког и медицинског лечења неklasификоване на другом месту	T79-T88					
Последице повреда, тровања и друге последице спољних узрока	T90-T98					
	СВЕГА	70	75	39	55	239

14.

УТВРЂЕНО

Подаци о броју корисника који су задобили прелом кости (без обзира на то која кост је у питању) није подударан у евиденцији која се води у Дому („Преломи и повреде са ушивањем“) и у извештајима о обољењима, стањима и повредама које Дом тромесечно доставља надлежном заводу за јавно здравље, а све у односу на ове повреде у току 2015. године.

У евиденцији „Преломи и повреде са ушивањем“ нема података о околностима под којима је дошло до повређивања корисника, повреде се не описују детаљно, већ се само наводе дијагнозе, а не наводи се податак - закључак лекара о повезаности околности под повређивања и установљене повреде.

ПРЕПОРУКА

Подаци садржани у евиденцијама о повредама које се воде у Дому морају одговарати подацима које у извештајима Дом доставља надлежним службама, укључујући и регионални завод за јавно здравље.

Дом ће обезбедити да се у евиденцијама, када су у питању повреде корисника, забележе подаци о околностима под којима је дошло до повређивања (уз навођење извора података – анамнестички/хетероанамнестички), детаљан опис установљених повреда, као и закључак лекара о повезаности околности под повређивања и установљене повреде.

7.15. Смртни случајеви

У Јединици за здравство води се евиденција смртних случајева корисника без обзира на то да ли је смрт наступила у или изван Дома, када је корисник нпр. преминуо у болници и сл. ова евиденција се води у књизи која је предвиђена за вођење Матичне књиге умрлих. Евиденција се углавном води уредно, а књига у коју смо извршили увид води се од 1998. године.

Година	Број умрлих
2012.	5
2013.	13
2014.	9
2015.	8
2016.	4 ³⁵

Табела 3: Број смртних случајева у периоду 2012-2016

У случају смрти корисника у Дому, по наводу запослених, преглед умрлог и издавање обрасца Потврда о смрти врше лекари који су запослени у Дому. Лекари запослени у Дому немају решење локалне самоуправе којим се овлашћују за преглед умрлих ван здравствене организације ради стручног утврђивања узрока и времена смрти.

15.

УТВРЂЕНО

Евиденција смрти корисника Дома води се у неодговарајућем формату, у Матичној књизи умрлих.

Потврде о смрти за кориснике чија смрт наступи у Дому издају лекари Дома који нису одговарајућим решењем локалне самоуправе овлашћени за преглед умрлих ради стручног утврђивања узрока и времена смрти.

РАЗЛОЗИ

Надлежни орган општине, односно града одређује доктора медицине за стручно утврђивање времена и узрока смрти умрлих изван здравствене установе и издавање потврде о смрти.³⁶

ПРЕПОРУКА

Дом ће евиденцију умрлих корисника водити у обрасцу Протокола умрлих, односно водиће је на тај начин да се у евиденцији евидентирају најмање следећи подаци (редни број за текућу годину, име презиме и име родитеља умрлог, датум

³⁵ Евидентирано до 19. маја 2016.г.

³⁶ Закон о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015 и 106/2015) чл. 219. ст. 4

рођења умрлог, дан и час смрти, место смрти, узрок смрти на основу податка који је уписан у образац Потврда о смрти, податак о томе да ли је захтевано вршење обдукције, име и презиме лекара који је извршио преглед умрлог и издао потврду о смрти, податак о томе да ли је обдукција извршена, ако јесте у којој институцији, као и закључак о узроку смрти на основу обдукције и напомене).

Лекари Дома неће издавати потврде о смрти за кориснике чија смрт наступи у Дому, већ ће Дом позивати доктора медицине који је на територији ГО Алексинац одређен за стручно утврђивање времена и узрока смрти.

Извршен је увид у евиденцију смрти, па је установљено следеће:

Име и презиме	Год.	Датум смрти	Место смрти	Напомене
2015. година				
М. К.	1995	09.04.2015./21,55	Дом	Потхрањеност
М. В.	1952	04.05.2015./03,40	Дом	Застој срца; потхрањеност
С. П.	1990	11.08.2015./05,10	Дом	Потхрањеност, епилепсија
С. К.	1979	16.09.2015./22,45	Дом	Отежана пролазност једњака, потхрањеност; повишена телесна температура
Д. Д.	1992	21.9.2015./	Специјална болница „Озрен“	Обострано запаљење плућа. Прелом десне бутњаче
М. П.	1992	17.10.2015./16,30	Дом	Потхрањеност
Р. И.	1982	20.11.2015./17,50	Дом	Потхрањеност, стање после ТБЦ, декубитус
Г. Р.	1971	10.12.2015./14,00		
2016. година				
Б. Ђ.	1984	02.01.2016./02,25	Дом	Срчани застој
С. С.	1978	29.01.2016.	КЦ Ниш	Лечена је болнички од 20-28.01.2016.г. Наведена је дијагноза „флегмона десне половине трбушног зида“, као и податак: „Примљена... у тешком општем стању због флегмоне предњг трбушног зида у региону претходне илеостоме“. Тражена је клиничка обдукција.
Д. И.	1993	16.03.2016./07,15	Дом	Ентероколитис Ч епилепсија
А. О.	1990	10.05.2016.	Клиника за плућне болести Кнез Село	Запаљење десног плућног крила. Тражена је судско-медицинска обдукција.

Табела 4: Подаци о умрлима у периоду 01.01.2015.г. – 19.05.2016.г.

У расположивим евиденцијама нису нађени обдукциони записници за случајеве код којих из расположивих података произилази да је тражена обдукција. Обдукција се повремено тражи кад смрт корисника Дома наступи током болничког лечења ван Дома.

Само је у једном случају, у току 2012. године затражена судскомедицинска обдукција у случају наступања смрти у Дому. У овом случају обављена је обдукција у Заводу за судску медицину у Нишу (С број 651/12), а у потврди о смрти која је издата у овом Заводу, као узрок смрти наведена је аспирација (удисање) желудачног садржаја.

16.

УТВРЂЕНО

У случајевима смрти корисника у Дому не постоји јасан протокол о поступању у случајевима неочекиване (напрасне) смрти корисника у установама за социјално старање.

РАЗЛОЗИ

Став је Европског комитета за спречавање мучења да одговарајући органи власти треба да сачине јасан протокол о поступању у случајевима неочекиване (напрасне) смрти корисника у установама за социјално старање.³⁷

ПРЕПОРУКА

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања ће, у сарадњи са релевантним органима власти, сачинити протокол о поступању у случајевима неочекиване (напрасне) смрти корисника у установама за социјално старање.

7.16. Остваривање здравствене заштите ван Дома

Корисницима Дома омогућено је да у појединим ситуацијама остварују здравствену заштиту изван Дома. Ово се односи, како је претходно наведено, на целокупну стоматолошку здравствену заштиту, а поред тога и на потребне специјалистичке лекарске прегледе, дијагностичке процедуре и, по потреби, стационарно лечење. Сагласност старатеља се тражи само за хируршке интервенције и смештај у здравствене установе, док се мање медицинске интервенције врше без сагласности.

У појединим ситуацијама корисници - пацијенти се не шаљу ван Дома ради специјалистичког лекарског прегледа, већ се у здравствене организације у Алексинцу или Нишу упућује само медицинска документација. Ово се односи пре свега на пацијенте који су на лечењу под контролом специјалиста (кардиолога, пнеумофтизиолога), који се из Дома шаљу скорашњи резултати лабораторијских анализа и налази друге спроведене дијагностике како би ови лекари специјалисти прописали продужетак коришћења појединих лекова. Ово је нужно, како нам је објашњено, због стриктних правила РФЗО-а у вези са преписивањем појединих лекова за лечење хроничних болести са тзв. позитивне листе лекова, на терет РФЗО.

За превоз корисника Дома до здравствених организација ван Дома најчешће се користи специјално комби санитетско возило којим Дом располаже. Међутим, ово возило није могуће користити изван редовног радног времена, с обзиром на то да након радног времена, према наводима службених лица, у Дому нема возача.

Месец	Број прегледа
Јануар	29
Фебруар	36
Март	81
Април	65

³⁷ Европски комитет за спречавање мучења, Извештај о посети Босни и Херцеговини. СРТ/Inf (2009) 25, § 127; доступно на <http://www.cpt.coe.int/documents/bih/2009-25-inf-eng.htm>

Мај	48
УКУПНО	259

Табела 5: Број обављених прегледа ван Дома

7.17. Инспекцијски надзор Министарства здравља над пружањем здравствене заштите у Дому

Истакнуто је да Министарство здравља обавља инспекцијски надзор у Дому. Наведено је да је последњи пут инспекцијски надзор обављен 2015. године. Према наводима запослених, поводом обављених инспекцијских надзора Министарство до сада није доносило решења о забрани обављања здравствене делатности и/или пружања појединих здравствених услуга у Дому.

7.18. Биомедицинска истраживања

Према изјави службених лица, у Дому се не спроводе биомедицинска истраживања нити су корисници Дома укључени у оваква истраживања ван Дома.

9. ФИЗИЧКО СПУТАВАЊЕ КОРИСНИКА У ДОМУ

У Дому се примењују мере физичког ограничења према корисницима. Индикације за примену ових мера су аутоагресивност и хетероагресивност корисника. Примена мера уређена је „Правилником о рестриктивним поступцима и мерама ограничења у дому за смештај одраслих лица Кулина“ који је Дом донео 2010. године. Према Правилнику разликују се опште мере физичког ограничења и појединачне мере физичког ограничења.

Опште мере физичког ограничења су:

- Извођење других корисника из просторија у којима се налази корисник са очигледним ризико понашањем;
- Извођење самог корисника са ризико понашањем из простора у коме се налазе и други корисници;
- Постављање баријера-препрека као мера физичког ограничавања простора.

Појединачне мере физичког ограничења су:

- Премештање корисника у безбеднији простор;
- Директно физичко онемогућавање;
- Фиксација.

Према наводима запослених одлуку о употреби мере фиксације доноси лекар опште праксе, уз претходно дату бланко сагласност психијатра. У току ноћи, када лекар није присутан у Дому, медицински радник обавештава лекара о примени мере фиксације. Фиксација траје око 10 минута. Не постоје посебне спаваонице за примену мере фиксације, већ је фиксирани корисник у соби са другим корисником. Запослени нису прошли обуку о примени мере фиксације, а фиксација се не спроводи средствима за физичко спутавање, већ еластичним завојима.

17.

УТВРЂЕНО

У Дому Кулина постоје бројне неправилности приликом примене физичког спутавања – фиксације, као недостаци у евидентирању.

РАЗЛОЗИ

За ограничавање кретања, изолацију или контролу понашања корисника пружалац услуге прописује процедуре, одређује лице одговорно за одобравање рестриктивних поступака и мера и води евиденцију о њиховој примени, у складу са посебним прописом.³⁸

Сваки случај физичког ограничења слободе пацијента мора бити евидентирано у посебној књизи установљеној у ту сврху. Упис у књигу мора укључити време када је та мера започета и када је окончана, околности случаја, разлоге за прибегавање тој мери, име лекара који је наредио или одобрио меру и опис свих евентуалних повреда пацијента или особља.³⁹

ПРЕПОРУКА

Дом ће меру физичког спутавања механичким ограничењем, тзв. фиксацију, вршити у потпуности у складу са прописима и установљеним стандардима поступања према особама са менталним сметњама, а нарочито:

- 1. мера механичког ограничења корисника примениће се изузетно, када је то једино средство да се корисник спречи да својим понашањем озбиљно угрози сопствени живот и безбедност или живот и безбедност других лица;**
- 2. пре него што се примени мера механичког ограничења размотриће се и покушати примена мање рестриктивних мера;**
- 3. мера механичког ограничења корисника спроводиће се уз примену медицинских мера које ће омогућити да период примене мере буде што је могуће краћи;**
- 4. мера механичког ограничења пацијента спроводиће се на безбедном месту и на начин којим се у најмањој мери угрожава живот и здравље пацијента;**
- 5. мера механичког ограничења корисника спроводиће се наменским средствима (каишеви и сл.) подобним да се спутавање оствари на начин којим се у најмањој мери угрожава живот и здравље корисника;**
- 6. о примени мере механичког ограничења и дужини њеног трајања одлуку доноси психијатар, водећи рачуна да период примене мере буде што је могуће краћи, сходно важећим стандардима и правилима медицинске струке;**
- 7. уколико у одсуству психијатра други здравствени радник изврши механичко ограничавање пацијента за које процени да је у датом моменту неопходно и неодложно, обавезан је да о томе одмах обавести најближег психијатра, који је дужан да без одлагања приступити кориснику и процени оправданост примењеног механичког ограничавања, као и да ли је оно и даље потребно, те сходно томе донесе одговарајућу одлуку;**
- 8. психијатар који је донео одлуку о примени мере механичког ограничења, дужан је, док траје примена те мере, као и у примереном периоду након обуставе примене мере, да периодично обилази корисника према коме је мера примењена и да са дужном пажњом прати његово здравствено стање;**
- 9. када током извршења мере механичког ограничења психијатар утврди да корисник према коме је мера примењена више не представља опасност по себе или друго лице, корисник ће се без одлагања ослободити од примене мере;**
- 10. непосредно пре истека рока на који је одређена примена мере механичког ограничења, психијатар преиспитује неопходност примене мере у наредном периоду и о томе доноси одлуку, с тим да ће наложити да се**

³⁸ Закон о социјалној заштити, чл. 18.ст.2.

³⁹ Стандарди Европског комитета за спречавање мучења (2002) 1 – Рев. 2010, тачка 50.

механички ограничени корисник одмах ослободи ако даља примена мере није неопходна;

11. током примене мере механичког ограничења медицинско особље ће пружити појачану пажњу и у што већој мери бити непосредно присутно уз корисника који је механички ограничен, како та мера не би уједно представљала и његово осамљивање (изолацију);
12. мера механичког ограничења неће се примењивати у просторији у којој су смештени корисници према којима није примењена мера механичког ограничења, нити ће другим корисницима бити омогућен приступ тој просторији;
13. психијатар који је донео одлуку о примени мере механичког ограничења дужан је да без одлагања обавести директора Болнице или друго лице које је на то овластио директор, који о томе одмах обавештава законског заступника корисника према коме је мера примењена, односно члана уже породице корисника према коме је мера примењена;
14. о примени мере механичког ограничења водиће се посебна књига, у којој се обавезно уносе сви битни подаци о примени мере, и то:
 - разлози за примену мере механичког ограничења;
 - опис мера примењених пре механичког ограничења;
 - врста средстава коришћеног за механичко ограничење;
 - податак о месту (просторији) у којој је примењена мера механичког ограничења;
 - тачно време (дан/сат/минут) почетка мере механичког ограничења;
 - име психијатра који је донео одлуку о примени мере механичког ограничења;
 - име здравственог радника који је у одсуству психијатра, из разлога неопходности за хитним поступањем, извршио механичко ограничавање узнемиреног пацијента пре доношења одлуке од стране психијатра; када је о механичком ограничавању обавештен психијатар; мишљење психијатра о оправданости извршеног механичког ограничавања;
 - опис медицинских мера примењених током механичког ограничења;
 - опис свих евентуалних повреда корисника према коме је примењена мера механичког ограничења (насталих пре и током примене мере), као и евентуалних повреда других корисника или здравствених радника (насталих у догађају који је претходио механичком ограничавању);
 - подаци о периодичним обилазцима корисника према коме је примењена мера механичког ограничења и праћењу његовог здравственог стања од стране психијатра (број обилазака, тачно време и трајање обилазака, спроведене радње);
 - податак о времену обавештења директора дома или другог лица које на то овласти директор о примењеној мери механичког ограничења, као и податак да ли је и када обавештен законски заступник, односно члан уже породице пацијента према коме је мера примењена;
 - наводи и коментари корисника током и непосредно након што је према њему примењена мера механичког ограничења;
 - тачно време (дан/сат/минут) окончања мере механичког ограничења.

Дом ће обезбедити обуку здравствених радника о условима и поступку примене мере физичког спутавања узнемираних корисника, као и тренинге у примени

напредних техника ненасилног физичког спутавања, а сходно посебном плану обучавања здравствених радника о начину и поступку примене мере физичког спутавања.

У оквиру јединице Д2 током обиласка тим НПМ наишао је да једну закључану просторију у којој је једна корисница била смештена сама у њој. Према наводима запослених, корисница је премештена из Пинк павиљона у ком је такође боравила сама у спаваоници, јер је према њиховим наводима тако навикла. Просторија је јако малих димензија (није већа од 4м2) и у њој се налази само струњача.

По наводима запослених корисница је по доласку у Дом, пре 20 година била покретна међутим читав период боравка у Дому је провела сама у соби. Данас корисница нема способност самосталног кретања, односно полупокретна је.

18.

УТВРЂЕНО

У Дому Кулина једна корисница је изолована дуги низ година.

РАЗЛОЗИ

У савременој пракси постоји јасна тенденција да се избегне издвајање пацијената у самицу и Комитет са задовољством констатује да се ова пракса већ укида у многим земљама. Докле код се издвајање у самицу и даље користи, оно мора бити предмет детаљно дефинисане политике, којом се посебно наводе: врсте случајева у којима се издвајање може користити; циљеви који се желе постићи; трајање и потреба за редовном ревизијом поступка; постојање одговарајућег људског контакта; потреба да особље буде посебно пажљиво. Издвајање у самицу се не сме никада користити као казна.⁴⁰

Запосленима је забрњено физички и емоционално злостављање, а нарочито спречавање и онемогућавање кретања везивањем или на други начин, осим по посебно прописаном поступку на најкраћи временски период и под надзором овлашћеног лица, као и затварање, одн. изолација корисника у посебну просторију.⁴¹

Комитет сматра да примена средстава спутавања које траје данима и чак седмицама, као што је био случај у Дому Ветерник, не може имати никакво оправдање и може се сматрати нечовечним и понижавајућим поступањем.⁴²

Комитет сматра да је изолација која траје данима или чак седмицама, нарочито код пацијената који имају тежи ментални и физички инвалидитет, потпуно непримерена.⁴³

Осамљивање (изолација) особа са менталним сметњама, у било ком трајању, представља сурово, нечовечно или понижавајуће поступање. Такође, било који облик спутавања особа са менталним сметњама, чак и на кратак период, може представљати тортуру и злостављање.⁴⁴

Комитет Уједињених нација за права особа са инвалидитетом се, у својим Закључним запажањима поводом Извештаја Републике Србије о примени Конвенције о правима особа са инвалидитетом, позвао на препоруке НПМ и препоручио Републици Србији да надлежне институције прекину са свим облицима принудног третмана деце и одраслих са сметњама у

⁴⁰ Европски комитет за спречавање мучења, Извод из 8. Општег извештаја (98) 12, пар. 49. став 2. и 3.

⁴¹ Правилник о забрањеним поступањима запослених у установама социјалној заштити, („Сл. гласник РС“, бр. 8/2012), чл.6. и 7.

⁴² Извештај о посети Републици Србији Европског комитета за спречавање мучења и нечовечног или понижавајућег поступања или кажњавања из 2015. године, параграф 189.

⁴³ Извештај о посети Републици Србији Европског комитета за спречавање мучења и нечовечног или понижавајућег поступања или кажњавања из 2015. године, параграф 192.

⁴⁴ Хуан Мендес (Juan E. Méndez), Специјални извештач УН за тортуру 1. фебруар 2013. године Генерална скупштина УН, Извештај за 2012. годину (А/НРС/22/53)

*развоју, укључујући физичка и хемијска спутавања и изолацију која се сматрају окрутним, нехуманим или понижавајућем поступањем.*⁴⁵

ПРЕПОРУКА

Дом Кулина прекинуће праксу држања кориснице у изолацији.

9. СУКОБИ КОРИСНИКА

Према наводима запослених сви напади корисника на особље бележе се у књигу примопредаје, док евиденције о сукобу између корисника не постоје, а након сукоба корисници се воде код дефектолога на разговор.

19.

ПРЕПОРУКА:

Дом ће успоставити посебне књиге - евиденције у сваком павиљону у које ће се бележити сви напади корисника на особље, као и сукоби који се догоде између корисника.

10. ПРАВО НА ПРИТУЖБЕ И ЖАЛБЕ

Процедура за подношење притужби, молби и жалби не постоји, нити је препозната потреба запослених у установи да се уведе формални систем жалби, притужби и молби.

20.

ПРЕПОРУКЕ:

Потребно је успоставити одговарајуће формалне процедуре за подношење молби, притужби и жалби на рад установе и њених запослених, које могу подносити корисници или њихови родитељи, односно стараоци, као и одговарајуће процедуре за поступање по истима.

Потребно је успоставити евиденције о поднетим молбама, притужбама и жалбама.

⁴⁵ Закључна запажања Комитета Уједињених нација за права особа са инвалидитетом на Извештај Републике Србије о примени Конвенције Уједињених нација о правима особа са инвалидитетом, усвојена на 15 седници Комитета, параграф. 28. стр. 5. Закључна запажања доступна на http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSRB%2fC0%2f1&Lang=en