



Министарство здравља и социјалне
заштите Републике Српске

ПРИРУЧНИК

ЗА РАД КОМИСИЈА ЗА ЗАШТИТУ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

ПРИРУЧНИК ЗА РАД КОМИСИЈА ЗА ЗАШТИТУ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

Аутори (азбучним редом):

Адиса Мехић

Александра Пушоња

Весна Сертић-Жуљевић

Мирјана Ђерић

Мирха Ошијан

Никола Двизац

Омер Ђемаловић

Сњежана Боднарук

Лектор:

Белинда Кондић

ДТП:

MARKOS Design&Print Studio

Приручник је припремљен у оквиру Пројекта менталног здравља у Босни и Херцеговини, који је подржан од стране Швицарске агенције за развој и сарадњу (SDC)

Садржај:

- 5 1. УВОД
- 6 1.1. Принципи мониторинга људских права
- 9 2. Међународноправни оквир заштите особа са менталним поремећајима
- 13 3. Списак међународних докумената из области заштите особа са менталним поремећајима
- 15 4. Позитивни прописи из области заштите менталног здравља на подручју Републике Српске
- 19 5. Листа политика, стратегија и позитивних прописа који су на снази из области здравства у Републици Српској
- 21 6. Закон о заштити лица са менталним поремећајима
- 33 7. Правилник о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима
- 59 8. Стандардизовани Упитник за рад Комисија за заштиту особа са менталним поремећајима
- 59 8.1. Десет корака мониторинга људских права
- 71 8.2. Водич за примјену стандардизованог Упитника за рад Комисија за заштиту особа са менталним поремећајима – примарни ниво здравствене заштите
- 87 8.3. Водич за примјену стандардизованог Упитника за рад Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима – секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите и установе социјалне заштите

1. Увод

Питање менталног здравља се односи на здравље цјелокупног становништва, и као такво је од круцијалног значаја за здравствене системе. Ово питање заслужује значајну пажњу, посебно за подручје Босне и Херцеговине, а из разлога присутности посљедица ратних дешавања, транзицијског периода, пораста социјалне несигурности, те пораста поремећаја везаних за ментално здравље. С тим у вези, неопходно је питање менталног здравља рјешавати системски, имајући у виду међународне принципе и стандарде.

Слиједом напријед наведеног, надлежна министарства здравства (Министарство цивилних послова, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске и Федерално министарство здравства), у сарадњи са Пројектом менталног здравља у Босни и Херцеговини, приступила су наставку реформе у области менталног здравља. Резултати реформе треба да, на крају, допринесу унапређењу менталног здравља становништва Босне и Херцеговине, превенцији, лијечењу, њези и рехабилитацији особа које се суочавају са проблемима менталног здравља. Реформа, такође, укључује одређене измјене и допуне Закона о заштити особа са душевним сметњама/Закона о заштити лица са менталним поремећајима, као и израду нових правилника о раду Комисија за заштиту лица са душевним сметњама/лица са менталним поремећајима на ентитетском нивоу.

С тим у вези, посебно је важно истаћи заштиту основних људских права особа са менталним поремећајима, те се приступило темељитим промјенама које се односе на формирање и рад Комисија за заштиту лица са менталним

поремећајима. Правилник о образовању, раду и финансирању Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима за подручје Републике Српске је усвојен, док је у Федерацији БиХ у фази израде. Битно је истаћи да је рад ових комисија у оба ентитета у цјелости усаглашен, те да правилници обухватају идентичан стандардизовани упитник за рад истих.

Имајући у виду опредјељење надлежних ауторитета Босне и Херцеговине за неопходношћу увођења независног мониторинга заштите права особа са менталним поремећајима, и то путем формирања независних комисија, указала се и потреба креирања посебног механизма вршења тог мониторинга. Наведено подразумева јединствен приступ раду комисија у провођењу својих овлашћења, а који треба бити базиран на међународним инструментима заштите права особа са менталним поремећајима. Јединствен приступ овој области на подручју цијеле Босне и Херцеговине постиже се примјеном стандардизованог Упитника за рад Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима. Информације до којих дођу комисије омогућиће да надлежна министарства у сваком моменту имају релевантне информације о стању људских права особа са менталним поремећајима. Цијенећи напријед наведене разлоге, надлежна ентитетска министарства здравства у сарадњи са Пројектом менталног здравља у Босни и Херцеговини, одлучила су се за израду стандардизованог Упитника за рад Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима (у даљем тексту: Упитник), који представља јединствени и унифицирани инструмент за заштиту права лица са менталним поремећајима на подручју цијеле Босне и Херцеговине.

6

Због обимности Упитника, као и чињенице да се ради о сасвим новом инструменту, сматрамо неопходним представити детаљно његов циљ, те олакшати његову примјену члановима Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима. Тако је настао Водич за примјену Упитника, којим се тежи дати прецизне одговоре свим евентуалним дилемама у пракси, а који је саставни дио овог приручника.

Прије него пређемо на Водич за примјену Упитника за рад Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима (у даљем тексту: Водич), потребно је у кратким назнакама скренути пажњу на неколико питања:

- 1.) принципе мониторинга људских права
- 2.) међународноправни оквир заштите права особа са менталним поремећајима, као и
- 3.) постојећи позитивноправни оквир у Босни и Херцеговини, који се односи на ментално здравље, а ради разумијевања цјелокупног контекста у којем ће се проводити Правилник.

Немогуће је говорити о људским правима особа са менталним поремећајима, односно њиховом нарушавању, без одговорајућег законског оквира који та права подржава, односно без слике здравственог система у којем се поштовање или нарушавање истих дешава.

1.1. Принципи мониторинга људских права¹

Мониторинг људских права подразумијева скупљање тачних и поузданих информација. Процес стога мора бити прецизно дефинисан и адекватно проведен. Понекад је то тешко, јер одлазак у здравствене установе или установе социјалне заштите представља емотивно искуство. Штавише, вријеме је често ограничено, питања је пуно, а и притисак да се дође до комплетних информација је велики. Имајући у виду све ове потешкоће, важно је направити план да би се осигурало да налази буду вјеродостојни и да би се поставио циљ – највиши могући стандард прецизности у оквиру датих

околности. Принципи наведени у овом дијелу, или нормативна правила, представљају стандарде које треба слиједити сваки тим за мониторинг. Неки од ових принципа су изведени из 18 основних принципа мониторинга који су идентификовани у Приручнику за обуку о мониторингу људских права Уједињених нација², које аутори овог приручника препоручују као незаобилазно штиво за свакога ко размишља да се бави мониторингом људских права у установама за ментално здравље и социјалну заштиту. Предлажемо да ови принципи буду кодекс понашања и да их се има на уму током цијелог процеса мониторинга.

1.1.1. Не наносити штету

Они који обављају мониторинг морају учинити све да минимизирају ризике за оне с којима разговарају и за оне који су смјештени у тим установама. У установама за ментално здравље и социјалну заштиту, ти ризици могу укључивати ситуацију у којој је онај с којим се разговарало суочен са одмаздом или казном због разговора са особом која обавља мониторинг. Казне могу укључивати изолацију, повећану дозу лијекова, одузимање привилегија, или мање оброке. Стога, у разговорима и у извјештају, они који обављају мониторинг морају водити рачуна да не открију

информације којима могу идентификовати особе, и да не наводе име или иницијале особе; тако би, уствари, било најбоље да не помињу никакве детаље о особи, чак и ако та особа да дозволу за то. Из овог је разлога кључно разговарати са неколико особа да управни органи, односно особље менаџмента, не би препознали ко је шта рекао. Добра је идеја питати онога с ким се разговара да ли постоји икакав ризик по њега и оставити своје податке тако да ако улиједе неке казне након посјете везане за мониторинг, они који га обављају могу реаговати.

1.1.2. Проводити редован мониторинг

Мониторинг људских права подразумијева редован или текући мониторинг који се састоји од сталних посјета и редовног и систематичног праћења да би се

осигурало побољшање ситуације у погледу људских права. Заиста, 'редовне посјете независних [...] тијела мјестима у којима су људи лишени слободе да би

1) У поглављу 1.1 коришћени су дијелови поглавља: The ITHACA Project Group (2010). ITHACA Toolkit for monitoring Human Rights and General Health Care in mental health and social care institutions. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London

2) Дио V Приручника за обуку за мониторинг људских права Серија Професионална обука бр. 7, Канцеларија високог комесара за људска права, Уједињене нације, Њујорк, Женева, 2001 (Training Manual on Human Rights Monitoring, Professional Training Series no.7, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations, New York, Geneva, 2001)

се спријечило мучење, или други облик окрутног, нехуманог или деградирајућег третмана или казне’

јесте сврха ОПЦАТ-а³.

1.1.3. Покажите независност

Независност је изузетно важна за вјеродостојан мониторинг. Независност може значити много тога, зависно од контекста.

Независност од установа

Од виталне је важности да људи, или организације, који проводе мониторинг људских права буду независни од установа за које раде процјене. ОПЦАТ каже да би функционална независност државних, инспекцијских тијела требало да буде загарантована, као и независност особља.⁴ Тијела за мониторинг треба да осигурају да њихови чланови, који проводе мониторинг, нису дијелом, нити имају интереса за заштиту било које установе, или групе људи који су повезани са установом у којој се проводи мониторинг.

Независност од владе

Независност ће гарантовати да се влада не мијеша у процес и да не утиче на резултате мониторинга, чак

и ако финансира независно тијело за мониторинг. Државама се препоручује да потпишу и ратификују ОПЦАТ. По члану 33. ЦРПД (*Конвенција о правима особа са инвалидитетом*) дужност је држава да успоставе независност тијела за промовисање и заштиту права особа са инвалидитетом и да прате провођење Конвенције. По дефиницији, ово значи да ће независно тијело морати редовно посјећивати установе у којима су смјештене те особе. У земљама у којима постоје државне структуре које се баве људским правима (државне институције за људска права, канцеларија Омбудсмана или друге званичне и независне структуре за промовисање и заштиту људских права), таква су тијела обично одличан механизам за посјете установама у којима су смјештене особе са менталним поремећајима. Међународне и државне невладине организације које се баве људским правима су, такође, врло важни и драгоцјени актери.

1.1.4. Формирати вјеродостојан тим

Да би неко био дијелом тима за мониторинг, није неопходно имати квалификације (попут универзитетске дипломе), или искуство (попут искуства у процјенама или интервјуисању људи са интелектуалним тешкоћама). Међутим, за оне који обављају мониторинг препоручује се посебна обука о принципима и методологији мониторинга, као и стандардима према којима ће се мониторинг вршити у установама.

Ипак, када се бирају чланови тима за мониторинг, препоручује се формирање мултидисциплинарног тима. Зависно од сврхе одређеног процеса мониторинга, члан тима за мониторинг може бити:

- Лице које је корисник, или је било корисник услуга за ментално здравље. Присуство једног или више лица који су били корисници услуга имаће низ предности. Вјероватно је да ће такво лице бити свјесно питања којих љекари и правници, без искуства корисника услуга, једноставно не би били свјесни. Лице које је користило, или користи услуге, може стећи повјерење пацијената (корисника) и добити обимније информације. Препоруке које направи тим за мониторинг вјероватно ће бити више прилагођене потребама корисника уколико су

у тиму заступљени и корисници услуга. Члан 33.(3) ЦРПД каже да сваки домаћи мониторинг provedбе ЦРПД мора укључивати особе с потешкоћама и организације које их представљају.

-Лице које пружа здравствену заштиту, а које посебно познаје област менталног здравља, или интелектуалних тешкоћа. Имати таквог члана у тиму за мониторинг може олакшати приступ установи. Клиничар може директно комуницирати са особљем на терену, а може се наћи и у доброј позицији за приступ и тумачење медицинских и других информација о здравственој заштити које су релевантне за мониторинг људских права. Овакви професионалци могу преузети водећу улогу у процјени елемената опште здравствене заштите.

-Лице које има искуства у области људских права. Пошто се овдје ради о мониторингу људских права, увијек је корисно имати стручњака за прописе о људским правима, и прописе о заштити особа са менталним поремећајима.

Треба имати у виду да је могуће укључити и друге појединце и организације као стручњаке, нарочито ако ти други појединци, или организације, имају веће искуство са услугама везаним за менталне

3) Optional Protocol to the UN Convention against Torture, Article 1 (Опциони протокол УН Конвенције против мучења, члан 1.)

4) Optional Protocol to the UN Convention against Torture, Article 1 (Опциони протокол УН Конвенције против мучења, члан 18.)

потешкоће, или са општим мониторингом људских права. Невладине организације, или појединци, могу допринијети својим стручним знањем, а често и контактима које имају. Државни механизми мониторинга и организације за људска права имају

специфична искуства у мониторингу права особа које су смјештене у здравственим установама и установама социјалне заштите, те је нужно да сарађују и своја искуства размјењују.

Битно је триангулирати информације, што једноставно значи прикупљати их из различитих извора. Особа која проводи мониторинг не треба да зависи о мишљењу једне особе, као ни о једном извору информација. Потврђивање доказа је нарочито важно у овом подручју мониторинга, јер се, нажалост, често дешава да изјаве лица која имају менталне тешкоће други људи не схватају озбиљно и одбацују их, јер долазе од некога ко је некомпетентан и не зна о чему говори. Дакле, потребно је:

- Користити примарне (директне) изворе. Увјерљивије је чути о неком проблему од некога ко је њему

директно изложен, него о томе слушати од некога ко је то, опет, чуо од неког трећег.

- Бити непристрасан. Они који проводе мониторинг треба да својим поступцима демонстрирају особљу и пацијентима да је њихова анализа заснована на процјени, а не на њиховим личним становиштима.
- Користити свјеже информације. Што је информација старија, већа је вјероватноћа да ће бити непрецизна због промјена које су наступиле. Штавише, људска сјећања блиједе, те се стога такве изјаве могу сматрати мање вјеродостојним.

1.1.6. Усвојите истраживачки начин размишљања

Особе које обављају мониторинг треба да испитају и тестирају поузданост њихових информација, извора и контаката. Треба да трагају за детаљима постављањем додатних питања која улазе дубље у проблем. Треба да провјере неконзистентности постављањем истог питања, али другачије формулисано, дајући дио информације неком другом и тражећи одговоре. Битно је да сви чланови тима за мониторинг јесу особе које ће озбиљно приступити стицању разумијевања

о начину управљања системом у некој установи, те да су осјетљиви на широк опсег проблема везаних за људска права и да посједују изузетне комуникацијске вјештине. Чим тим за мониторинг уђе у неку установу, чланови тима морају заборавити своју професионалну позадину и концентрисати се на то да буду истраживачи који ће бити приправни и сву своју пажњу усмјерити на оно што се догађа око њих.

1.1.7. Похранити информације на сигурно мјесто

Они који обављају мониторинг треба да осигурају да сакупљене информације, евиденција и биљешке направљене током посјете буду на сигурном мјесту, јер могу бити од користи и у будућности. Треба да имају на уму одакле информација долази. То

може укључивати записивање имена и контакт информација особе (иако није вјероватно да ће они бити објављени у извјештају). Ове информације треба чувати на сигурном мјесту да би се осигурала њихова повјерљивост.

2. Међународноправни оквир заштите особа са менталним поремећајима

Широм свијета, особе са менталним поремећајима подлијежу нечовјечном и понижавајућем поступању, јер стигма у вези са менталним поремећајима још увијек је присутна. Особе са менталним поремећајима су, такође, предмет дискриминације у заједници. Они су ускраћени за основна људска права, која важе за сва људска бића. Што је још горе, законодавство у многим земљама оправдава или одобрава такве дискриминације. Особе са менталним поремећајима су, такође, предмет нечовјечног и понижавајућег поступања у установама које треба да осигурају лијечење и његу. Наведено нас подсјећа да је, упркос афирмацији Универзалне декларације о људским правима, кршење основних људских права и слобода и порицање грађанских, политичких, економских, социјалних и културних права оних који пате од менталних поремећаја и данас уобичајена појава у свијету, како унутар установа, тако и у заједници.

С тим у вези, треба се осврнути на преглед основних принципа који леже у основи прописа о менталном здрављу. Опис кључних међународних докумената о људским правима које треба узети у обзир при креирању националних политика, стратегија и законодавства у области заштите менталног здравља, од изузетног је значаја за разумијевање основа људских права особа са менталним поремећајима. Обавезе које проистичу из међународних инструмената треба да се огледају у домаћем праву.

Наиме, међународни документи о људским правима у ширем смислу могу се подијелити у двије категорије: међународне конвенције које су законски обавезујуће за државе које су потписнице истих, и међународне „стандарде“ људских права, а који нису правно обавезујући. До данас не постоје

такви правно-обавезујући инструменти који се баве конкретно само правима особа са менталним поремећајима. Сви обавезујући међународни инструменти наведена права обрађују у склопу принципа гаранције поштивања људских права за све људе (укључујући и особе са менталним поремећајима). Штавише, многа од права садржаних унутар тих међународних докумената баве се питањима која су веома релевантна за особе са менталним поремећајима.

Универзална декларација о људским правима (1948) заједно са Међународним пактом о грађанским и политичким правима (ICCPR) и Међународним пактом о економским, социјалним и културним правима (ICESCR) чини оно што је познато као „Међународна повеља права“. Универзална декларација о људским правима није правно обавезујући документ, међутим, већ годинама се сматра обавезујућим темељем међународног обичајног права.

ICCPR покрива грађанска и политичка права, на примјер, право гласа и слободу изражавања, као и заштиту од мучења и нехуманог и понижавајућег поступања; док ICESCR покрива економска права као што су право на становање, образовање, здравство и запошљавање, као и заштиту од дискриминације.

Европски систем људских права, такође, има неколико важних инструмената везаних за ментално здравље и људска права. **Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода (1950)** је најразвијенији регионални механизам заштите људских права. Битно је истаћи да је значајан број предмета у вези заштите менталног здравља и нарушавања људских права особа са менталним поремећајима, који се налазе пред Европским

судом, а у којима се директно примјењују одредбе наведене конвенције (углавном се ради о сљедећим правима: права која се односе на присилни смјештај особе са менталним поремећајима у одговарајућу установу, права везана за лијечење и његу у оквиру одговарајућих уснова које се баве заштитом менталног здравља, заштита цивилних права и слично).

Посебну пажњу заслужује **Конвенција о правима особа са инвалидитетом** (УН, 2006),⁵ коју је Босна и Херцеговина ратификовала 15.12.2009.године. Тако, треба имати у виду одредбе ове конвенције приликом мониторинга Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима. Штавише, при изради Водича, аутори су настојали права особа са менталним поремећајима стално посматрати кроз призму наведене конвенције. Ради се о инструменту од круцијалног значаја за заштиту права особа са инвалидитетом. Наиме, Конвенција детаљно разрађује питања општих обавеза држава, једнакости и недискриминације, жена са инвалидитетом, дјеце са тешкоћама у развоју, приступачности, права на живот, једнакости пред законом, приступа правосудју, личне слободе и сигурности, слободе од мучења или окрутног, нечовјечног или понижавајућег поступања или кажњавања, слободе од израбљивања, насиља и злостављања, заштите личног интегритета особе и бројна друга питања. С обзиром на то да се ради о инструменту, који је Босна и Херцеговина тек недавно ратификовала, потребно је анимирати све надлежне институције, установе и професионалце у смислу подизања свијести о важности њене примјене у пракси, посебно с аспекта заштите права особа са менталним поремећајима.

Други европски инструменти који садрже обавезујуће одредбе релевантне за особе са менталним поремећајима укључују: **Конвенцију за спречавање мучења и нечовјечног или понижавајућег поступања или кажњавања**, која, између осталог, поставља и стандарде за спречавање злостављања особа са менталним поремећајима; **Европску социјалну повељу**, која гарантује право на независност, социјалну интеграцију и учешће у животу заједнице; **Конвенцију за заштиту људских права и достојанства људског бића у односу на примјену биологије и медицине** (1997) која обухвата права везана за информисани пристанак за особе са менталним поремећајима.

Поред тога, одређени европски технички стандарди могу да пруже смјернице од непроцењиве вриједности за развој политика и законодавства о правима особа са менталним поремећајима. Тако треба истаћи **Препоруку 1235** о психијатрији и људским правима (1994) усвојену од стране

Парламентарне скупштине Вијећа Европе. Препорука прописује критеријуме за присилну хоспитализацију особа са менталним поремећајима, поступак за доношење такве одлуке, стандарде за његу и третман, као и забране, односно спречавање злоупотребе у психијатријској њези и пракси. Такође, Вијеће Европе усвојило је "Бијелу књигу", која се односи на заштиту људских права и достојанства особа које пате од менталних поремећаја (2000). „Бијела књига“ (са пратећим анексима) пружа корисне смјернице о питањима везаним за присилну хоспитализацију и лијечење особа са менталним поремећајима.

Као што је поменуто раније, постоји велики број необавезујућих међународних инструмената који се искључиво баве правима особа са менталним поремећајима. Овдје посебно треба истаћи **Принципе заштите особа са менталним обољењима и унапређења заштите менталног здравља** (УН, 1991). Ови принципи захтијевају да земље чланице јасно дефинишу законе и друге прописе који регулишу заштиту основних слобода, људских и грађанских права менталних болесника и, истовремено, траже успостављање ефикасних механизма за њихову примјену и контролу. Ово подразумева успостављање јасног, како стратешког, тако и нормативног оквира за заштиту особа са оваквим обољењима, који треба да се базирају на стандардима Уједињених народа за заштиту ментално обољелих, тј. за поштивање њихових основних слобода и права, као и за спречавање дискриминације, злостављања, излагања понижавајућим поступцима и експлоатацији у било којем облику. Због свога садржаја, ови принципи се могу користити као својеврсни водич земљама у редизајнирању политике менталног здравља. УН Принципи у директној су вези са Декларацијом УН-а о људским правима (1948), Декларацијом УН-а о правима особа са интелектуалним тешкоћама (1971) и Декларацијом УН-а о правима особа са инвалидитетом (1976).

„Стандардна правила“ су револуционарни нови међународни инструмент, јер успостављају право особа са инвалидитетом да учествују у остварењу својих грађанских права.

Јасно је, дакле, да област менталног здравља мора имати системски оквир, темељен на међународним принципима и стандардима. Неки примјери међународних техничких стандарда везаних за ментално здравље и људска права обухватају сљедеће:

Хавајска декларација Свјетског психијатријског друштва усвојена 1977. године на Хавајима и потврђена на Генералној скупштини Свјетског

5) Генерална скупштина УН-а усвојила је 13. децембра 2006.године Конвенцију о правима особа са инвалидитетом, коју је до сада потписало 125 земаља, док је 18 земаља и ратификовало овај документ.

психијатријског друштва у Бечу, 1983. године утврђује етичка правила која се тичу:

- 1) дужности психијатра према пацијенту,
- 2) односа између психијатра и пацијента,
- 3) процеса лијечења, укључујући и клиничка испитивања, едукацију и истраживања, и
- 4) принудног лијечења.

Ова декларација представља, уствари, сажет етички кодекс за рад на заштити и унапређењу менталног здравља. Дакле, садржи све фундаменталне, и многе друге с њима повезане, етичке принципе.

Декларација Каракас усвојена је као резолуција законодаваца, стручњака за ментално здравље, стручњака за људска права, лидера и активиста (особа са инвалидитетом) [Панамеричка здравствена организација (РАНО)]. Декларација Каракас има велике импликације на структуру услуга менталног здравља у Америци. Декларација има за циљ да промовише ментално здравље у заједници, те да реструктурише приступ менталном здрављу од постојећег, заснованог на психијатријској заштити, ка оном који заговара интеграцију у заједницу.

Генерална скупштина Свјетске психијатријске асоцијације (WPA) је усвојила **Декларацију у Мадриду** (1996) која доноси смјернице за лијечење и његу стручњацима за ментално здравље. Између осталих стандарда, Декларација инсистира на третману заснованом на партнерству са особама са менталним поремећајима и примјену присилног лијечења само под изузетним околностима.

Мадридска декларација (2005) ревидирала је етичке стандарде којих би требало да се придржавају сви који се практично баве питањем менталних поремећаја, посебно психијатријом. Декларација поново указује на етичка питања здравствених професионалаца у области менталног здравља, те скреће пажњу да психијатри морају бити свјесни етичких импликација свога позива, као и специфичних етичких захтјева везаних за психијатрију. Као чланови друштвене заједнице, психијатри се морају залагати за праведно и равноправно поступање према ментално обољелима, за социјалну правду и равноправност.

Свјетска здравствена организација (СЗО) развила је „**Закон менталног здравља: Десет основних принципа**“, као и „**СЗО смјернице за промоцију људских права особа са менталним поремећајима**“. Оба документа су корисна за тумачење Принципа заштите особа са менталним поремећајима и унапређења заштите менталног здравља (УН, 1991), као и процјену стања људских права у установама.

Атинска декларација о менталном здрављу, катастрофама изазваним људским фактором, стигматизацији и заштити у оквиру заједнице (јуни 2001) потписана од стране министара здравства земаља јужне и југоисточне Европе, а под покровитељством СЗО, позива владе да укључе све сегменте друштвене и научне заједнице у промовисање климе поштовања и прихватања различитости у друштву, солидарности, превенцији дискриминације и подизању свијести о посљедицама стигме. Ова је декларација усвојена и Резолуцијом ЕУР/ПЦ51/П5 Регионалног комитета СЗО за Европу. Битно је истаћи и Резолуцију ЕУР/ПЦ53/П4, такође, усвојену од стране Регионалног комитета СЗО за Европу, која у фокусу има усвајање Акционог програма о менталном здрављу.

Надаље, слиједи значајна Резолуција која подржава Акциони програм о менталном здрављу: Резолуција ЕБ109.П8 (усвојена од стране Извршног одбора СЗО у јануару 2002), а касније подржана од стране Скупштине СЗО Резолуцијом WXA55.10 у мају 2002. године којима се позивају државе чланице СЗО:

- 1) да успоставе политике менталног здравља, програме и законодавство засновано на савременим сазнањима и поштовању људских права, уз консултовање свих заинтересованих страна у области менталног здравља; те
- 2) да повећају финансијска улагања у ментално здравље као неодвојиви дио добробити становништва, како у својим државама, тако и у билатералној и мултилатералној сарадњи.

На Свјетској конференцији о образовању особа са посебним потребама усвојена је **Декларација из Саламанке и оквир за акцију у образовању особа са специјалним потребама** (1994). Ова декларација потврђује право на интегрисано образовање за дјецу са менталним поремећајима.

Несумњиво, од изузетно значаја је и **Декларација о менталном здрављу за Европу** (ЕУР/04/5047810/6 – јануар, 2005, Хелсинки, Финска) према којој ментално здравље и ментална добробит представљају темеље квалитета живота и продуктивности појединаца, породица, заједница и народа, који омогућавају да људи искусе живот као смислен и да буду креативни и активни грађани.

Препорука Р(90)22 Комитета министара Вијећа Европе у вези заштите људских права и достојанства особа са менталним поремећајима наглашава потребу да професионалци из области менталног здравља буду свјесни свих ризика по ментално здравље, да дјелују у оквиру регулаторног оквира и да редовно ревидирају своје праксе. Препорука има за циљ да побољша заштиту достојанства, људских

права и основних слобода особа са менталним поремећајима, посебно оних који се налазе на присилном смјештају, или на присилном лијечењу. Одговорност у вези са смјерницама датим у овом документу стоји на државама.

Такође, веома важна је и **Препорука Р(2004)10** Комитета министара Вијећа Европе у вези заштите људских права и достојанства особа са менталним поремећајима, а која наглашава потребу да особе са менталним поремећајима никада не буду емотивно, физички, финансијски и сексуално искоришћаване, те, с тим у вези, да прилагоде своје законе и праксу смјерницама датим у овој препоруци.

Оно што је специфично за међународне инструменте о заштити људских права који се односе на ментално здравље и инвалидитет уствари су необавезујуће резолуције, а не обавезујуће конвенције. Отуда је врло распрострањено погрешно схватање да сам законски оквир о заштити особа са менталним поремећајима, који регулише рад установа и служби менталног здравља, подлијеже само дискрецији националних, домаћих влада. Мора се нагласити да то није случај. Владе су, наиме, под обавезом према међународном праву о људским правима, дужне осигурати да владине политике и праксе буду у складу са споразумима о људским правима. Као што је раније поменуто, особама са менталним поремећајима гарантују се иста она људска права која гарантује закон другим особама - укључујући одредбе обавезујуће конвенције о људским правима.

Дакле, као прво међународне конвенције, без сумње, стварају широк спектар обавеза владама у односу на

особе са менталним поремећајима. Друго, прописи о људским правима пружају заштиту не само за права особа са менталним поремећајима унутар установа, него осигуравају шири оквир права на услуге које промовишу друштвене интеграције. Треће, необавезујуће резолуције УН-а могу се користити као детаљни водичи за имплементацију захтјева које пред државе стављају обавезујуће конвенције о људским правима. Такође, могу се користити од стране националних влада као оквир за развијање властитих политика и закона у области менталног здравља. Четврто, владе имају обавезу осигурати да су домаћи закони у складу са међународним прописима о људским правима.⁶

Политика, стратегије, законски оквир и пракса менталног здравља у цијелој европској регији пролазе кроз процес трансформације, стога и Босна и Херцеговина мора адекватно пратити те промјене. С тим у вези је и одређивање надлежних здравствених ауторитета за стратешким и системским дјеловањем у рјешавању питања менталног здравља. Сумарно, циљеви овога дјеловања усмјерени су на сљедеће: унапређење менталног здравља; борбу против стигматизације, дискриминације и искључивања из друштва; превенцију проблема менталног здравља; његу особа са проблемима менталног здравља; осигурање свеобухватних и ефикасних служби и интервенција; пружање могућности учествовања и избора, како корисницима служби, тако и онима који о њима брину; те опоравак и укључење у друштво особа које су доживјеле озбиљне проблеме менталног здравља, а све у складу са међународним инструментима и стандардима у области заштите менталног здравља.

6) Dr Matt Muijen: International and European human rights standards related to mental health (Fifth Technical Workshop on International Recommendations and Experience in Mental Health Legislation and Human Rights – Introducing International and EU Standards); Report on a Joint Council of Europe/WHO Meeting in the Framework of the Stability Pact Initiative for Social Cohesion, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina, 5-8 October 2003, p. 15

3. Списак међународних докумената из области заштите особа са менталним поремећајима

Универзална декларација о људским правима (1948)

<http://www.sostelefon.org.rs/zakoni/12.%20Univerzalna%20deklaracija%20o%20ljudskim%20pravima.pdf>

Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода (1950)

http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/EA13181C-D74A-47F9-A4E5-8A3AF5092938/0/BIH_CONV.pdf

Конвенција о правима особа са инвалидитетом (УН, 2006)

http://ic-lotos.org.ba/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=35&Itemid=37

Начела заштите особа са менталним обољењима и унапређења заштите менталног здравља (УН, 1991)

<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>

Стандардна правила Уједињених нација за изједначавање могућности за особе са инвалидитетом (1993)

<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r096.htm>

Конвенција за спречавање мучења и нечовјечног или понижавајућег поступања или кажњавања (1987)

<http://www.cpt.coe.int/croatian.htm>

Конвенција за заштиту људских права и достојанства људског бића у односу на примјену биологије и медицине (1997)

<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164.htm>

Хавајска декларација Свјетског психијатријског друштва (1977)

http://www.worldpsychiatricassociation.org/detail.php?section_id=5&content_id=27

Декларација Каракас [Панамеричка здравствена организација (ПАНО)] (1990)

http://www.xceleratemediacom.com/clients/TATC/clients/ПАНО_7_23_2010/assets/_pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_3.pdf

Мадридска декларација (1996)

http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48

Десет основних принципа Свјетске здравствене организације (1996)

http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf

СЗО смјернице за промоцију људских права особа са менталним поремећајима

http://www.who.int/mental_health/media/en/74.pdf

Декларација из Саламанке и оквир за акцију у образовању са специјалним потребама (1994)

<http://www.ecdgroup.com/download/gn1ssfai.pdf>

14

Декларација о менталном здрављу за Европу (2005)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf

Препорука 1235 о психијатрији и људским правима (1994)

<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>

“Бијела књига” о заштити људских права и достојанства особа које пате од менталних поремећаја (2000)

<http://www.mhe-sme.org/assets/files/Council%20of%20Europe%20white%20paper%20on%20the%20'Protection%20of%20human%20rights%20and%20dignity%20of%20people%20suffering%20from%20mental%20disorder.pdf>

Препорука Р(90)22 Комитета министара Вијећа Европе о заштити људских права и достојанства особа са менталним поремећајима (1990)

<https://wcd.coe.int/wcd/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=570832&SecMode=1&DocId=593426&Usage=2>

Препорука Р(2004)10 Комитета министара Вијећа Европе о заштити људских права и достојанства особа са менталним поремећајима (2004)

[http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(2004\)10_e.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(2004)10_e.pdf)

4. Позитивни прописи из области заштите менталног здравља на подручју Републике Српске

Немогуће је говорити о људским правима особа са менталним поремећајима, односно њиховом нарушавању, без одговарајућег националног законског оквира који та права прописује. У ниже наведеном тексту дат је преглед политика, стратегија, закона и подзаконских прописа, који уређују систем здравствене заштите, односно заштиту лица са менталним поремећајима, као и других прописа који су у вези са заштитом лица са менталним поремећајима.

А) ЗАКОНИ

1) Закон о здравственој заштити

Закон о здравственој заштити је основни закон који уређује област здравствене заштите на примарном, секундарном и терцијарном нивоу. Објављен је у „Службеном гласнику Републике Српске“ број 106/09. У односу на ранији закон, овим законом прописане су обавезе у обезбјеђењу здравствене заштите од стране Републике и Јединице локалне самоуправе.

Потребно је нагласити да закон садржи посебно поглавље III – НАЧЕЛА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ - а то су: здравствена заштита грађана проводи се на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације.

У поглављу IV, прописана су права и обавезе грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите. Као права прописана су: право на здравствену заштиту без дискриминације уз поштивање највишег могућег стандарда људских права и вриједности, право увида у листу чекања, право на слободан избор љекара породичне медицине и здравствене установе секундарног нивоа, право на информацију о свом

здрављу, право на избор медицинског третмана, право на повјерљивост личних информација које је саопштио љекару, заштита приватности, право на приговор ако није задовољан здравственом услугом, право на одбијање огледа и право на накнаду штете због стручне грешке.

Поглавље IVX овог закона уређује надзор који подразумева и утврђује активности да ли здравствена установа, здравствени радник, или здравствени сарадник, који обављају здравствену дјелатност, ради у складу са прописима и достигнућима савремене медицине и других наука, и да ли за такав рад постоје одговарајући услови. Надзор над радом здравствене установе обухвата: унутрашњи, стручни надзор над законитошћу рада и аката и инспекцијски надзор. Битно је нагласити да здравствена установа обавезно спроводи унутрашњи надзор и обавезна је у унутрашњој организацији имати организациону јединицу за континуирано унапређење квалитета и сигурности здравствених услуга у здравственој установи.

2) Закон о здравственом осигурању

Закон о здравственом осигурању донесен је 1999. године са више измјена и допуна, а објављен је у „Службеном гласнику Републике Српске“ (број 18/99, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08 и 106/09). Овим законом уређује се систем обавезног и проширеног здравственог осигурања и права из осигурања. Обавезним здравственим осигурањем обухваћени су сви грађани Републике Српске и друга лица у складу са законом. Основно право из здравственог осигурања је право на здравствену заштиту, а чланом 19. Закона прописано је да здравствена заштита обухвата: медицинске мјере на унапређењу здравља,

спречавање и рано откривање болести, љекарске прегледе, лијечење, лијекови, протезе, ортопедска и друга помагала.

Осигурана лица остварују здравствену заштиту у здравственим установама са којим Фонд здравственог осигурања закључи уговор. У поглављу II прописано је ко се сматра обавезно осигураним лицем, а у поглављу IV у члану 53. прописани су дужносници плаћања доприноса.

3) Закон о заштити лица са менталним поремећајима

Закон о заштити лица са менталним поремећајима је *lehspecialis* који уређује заштиту и унапређење здравља лица са менталним поремећајима. Закон је објављен у „Службеном гласнику Републике Српске“ број 46/04. У основним одредбама овог закона прописано је на који начин се остварује заштита и унапређење здравља лица са менталним поремећајима. У основним начелима прописано је право сваког лица са менталним поремећајима на квалитетну здравствену заштиту без било какве дискриминације по основу пола, расе, нације, вјере итд., те поштовање достојанства лица са менталним поремећајима. Законом су прописана права лица са менталним поремећајима и дужност лица која спроводе њихову заштиту и лијечење, добровољни смјештај у здравствену установу, присилно задржавање и смјештај у здравствену установу, те отпуст из здравствене установе. У поглављу IX, прописано је оснивање и надлежност Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима у циљу предузимања превентивних мјера за спречавање настанка менталних болести и поремећајима, унапређење поступака према овим лицима, поштивање људских права, те досљедна примјена закона.

4) Породични закон

Породични закон донесен је 2002. године и објављен у „Службеном гласнику Републике Српске“ број 54/02 и 41/08). Овим законом уређују се породично-правни односи између брачних супружника, родитеља и дјете, усвојоца и усвојеника, стараоца и штићеника итд. Поједине одредбе овог закона дотичу се и одредби Закона о заштити лица са менталним поремећајима (појам породице, однос родитеља и дјете, однос супружника, старатељство, усвојење, те надлежност центра за социјални рад). У примјени Закона о заштити лица са менталним поремећајима треба имати у виду наведене одредбе Породичног закона.

5) Закон о условима и поступку за прекид трудноће

Закон о условима и поступку за прекид трудноће донесен је 2008. године и објављен у „Службеном гласнику Републике Српске“ број 34/08. Овим законом прописани су услови и поступак за прекид

трудноће у здравственој установи. Одредбе овог закона треба имати у виду кад су у питању поступци за прекид трудноће лица са менталним поремећајима смјештених у здравствену установу.

6) Закон о социјалној заштити

Закон о социјалној заштити донесен је 1993. године са одређеним измјенама и допунама, а објављен у „Службеном гласнику Републике Српске“ број 5/93, 15/96, 110/03 и 33/08. Овим законом уређује се право из области социјалне заштите, као и друга питања од значаја за остваривање социјалне заштите. Корисник социјалне заштите у смислу овог закона је и лице ометено у физичком и психичком развоју. Права из наведеног закона о социјалној заштити подразумијевају и смјештај корисника у установу социјалне заштите. Одредбе овог закона примијењују се и на лица дефинисана Законом о заштити лица са менталним поремећајима, а односе се на: обавјештење органа старатељства о даљем задржавању лица, или његовом отпусту из здравствене установе, достављање рјешења органу старатељства о присилном смјештају, изјави жалбе старатеља на донесено рјешење и отпусту лица из здравствене установе.

7) Закон о дјечијој заштити

Закон о дјечијој заштити донесен је 2002. године са одређеним измјенама и допунама, а објављен у „Службеном гласнику Републике Српске“ број 4/02, 17/08 и 1/09. Овим законом уређује се систем дјечије заштите који се заснива на праву и дужности родитеља да се старају о подизању и васпитању своје дјете, те стварању услова за правилан психо-физички развој дјетета. Дјечија заштита подразумијева и права родитеља којим проводе активности на обезбјеђењу: превентивне здравствене заштите, обавезе према дјети на болничком лијечењу и слично. Одредбе овог закона потребно је имати у виду, јер су у вези са чланом 3. тачка 10, 11, 17 и 19 и чланом 9. став 3. Закона о заштити лица са менталним поремећајима којим се користе изрази: дијете, малољетно лице, законски заступник (родитељ) и слично.

8) Изборни закон Републике Српске

Изборни закон Републике Српске донесен је 2002. године са одређеним измјенама и допунама, а објављен је у „Службеном гласнику Републике Српске“ бр. 34/02, 35/03, 24/04 и 19/05. Према члану 4. овог закона сваки држављанин Републике Српске и БиХ са навршених 18 година живота, има право да гласа и да буде изабран у складу са одредбама Изборног закона БиХ и Изборног закона РС. Напомињемо да након анализе прописа о менталном здрављу у БиХ од стране радне групе Вијећа Европе, дата је препорука бр. 16 којом особе у психијатријским болницама, домовима социјалне

заштите и сличним установама, треба да имају право да гласају. Према принципу 3. (2) Препоруке 99 (4) Комитета министара земаља чланица у вези са правном заштитом пословно неспособних одраслих особа, наглашено је да изрицање мјере заштите не подразумијева да особа аутоматски губи право гласа. Након сагледавања стања у здравственим установама и затворима, Комисија Вијећа Европе дала је препоруке о измјенама и допунама Закона о заштити лица са менталним поремећајима.

Б) ПОДЗАКОНСКИ ПРОПИСИ

1) Правилник о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима

На основу одредби Закона о заштити лица са

менталним поремећајима, министар здравља и социјалне заштите донио је Правилник о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима („Сл. гласник РС“ , број 65/11). Овим правилником комисије се организују по подручјима која обухватају више општина. Правилником је прописан састав, надлежност и начин рада комисије, мандат комисије, обавезе органа и запослених у здравственој установи, на сарадњи са комисијом. Оно што је веома битно, комисија ће у свом раду користити стандардизовани упитник према нивоима здравствене заштите. Правилником су прописани рокови подношења извјештаја о раду комисије Министарства здравља и социјалне заштите Републике Српске.

5. Листа политика, стратегија и позитивних прописа који су на снази из области здравства у Републици Српској

Политике

1. Политика менталног здравља у Републици Српској („Сл. гласник РС“ број 112/05).
2. Политика унапређења квалитета и сигурности здравствене заштите у Републици Српској до 2010. године.

Стратегије

1. Стратегија развоја менталног здравља у Републици Српској (2009-2015. година).
2. Стратегија примарне здравствене заштите у РС.
3. Стратегија секундарне здравствене заштите у РС.
4. Стратегија надзора над опојним дрогама и сузбијања злоупотребе опојних дрога у Републици Српској за период од 2008-2012. године.

Закони

1. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“ , број 106/09).
2. Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник

РС“ , број: 18/99,51/01,70/01,51/03, 57/03, 17/08 и 106/09).

3. Закон о заштити лица са менталним поремећајима („Сл. гласник РС“ број 46/04).
4. Породични закон („Сл. гласник РС“ , број 54/02 и 41/08).
5. Закон о условима и поступку за прекид трудноће („Сл. гласник РС“ , број 34/08).
6. Закон о социјалној заштити („Сл. гласник РС“ , број 5/93, 15/96, 11/03 и 33/08).
7. Закон о дјечијој заштити („Сл. гласник РС“ , број 4/02, 17/08 и 1/09).
8. Изборни закон Републике Српске („Сл. гласник РС“ , број: 34/02, 35/03, 24/04, 19/05).

Правилник

1. Правилник о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима („Сл. гласник РС“ , број 65/11).

Остали акти

1. Водич кроз акредитацију за центар за ментално здравље

6. Закон о заштити лица са менталним поремећајима

ЗАКОН О ЗАШТИТИ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

(Службени гласник Републике Српске, број 46/04)

I ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим законом прописују се основна начела, начин организовања и спровођења заштите као и претпоставке за примјену мјера и поступања према лицима са менталним поремећајима.

Члан 2.

Заштита и унапређивање здравља лица са менталним поремећајима остварује се:

1. омогућавањем одговарајуће дијагностичке обраде, лијечењем и рехабилитацијом лица са менталним поремећајима;
2. научним истраживањима у области менталног здравља у циљу заштите и унапређења менталног здравља, као и заштите лица са менталним поремећајима од љекарских или научних испитивања без њиховог пристанка или сагласности њихових законских заступника;
3. укључивањем лица са менталним поремећајима у едукационе или друге програме са циљем промоције менталног здравља, који су посебно програмирани и спроводе се у законом одређеној установи;

4. опоравак лица са менталним поремећајима њиховим укључивањем у породичну, радну и друштвену средину;

5. едукацијом и чувањем здравља здравствених радника који се баве заштитом и унапређењем здравља лица са менталним поремећајима;

6. подршком стварању и раду удружења лица са менталним поремећајима са циљем потпунијег остваривања њихових интереса и права;

7. утврђивањем начина обавезног финансирања за ментално обољела лица - Фонд здравственог осигурања Буџета Републике Српске, локална заједница.

Члан 3.

У овом закону се користе сљедећи изрази:

1. Лице са менталним поремећајем - лице које прима ментално-здравствену заштиту због менталног поремећаја (болести), недовољног менталног развоја, лице зависно од психоактивних супстанци (алкохол, дрога), лице са другим менталним поремећајима.
2. Лице са тежим менталним поремећајима је лице са таквим менталним поремећајима који могу значајно реметити могућност схватања значења његовог поступања, или не може владати својом вољом, или су те могућности смањене у толикој мјери да је неопходна психијатријска помоћ.
3. Неурачунљиво лице - лице које због менталног

- поремећаја, сталног или привременог, у вријеме извршења кривичног дјела није могло да управља својим поступцима и својом вољом, нити да схвати значај и посљедице учињеног дјела.
4. Центар за ментално здравље је установа у примарној здравственој заштити чија је функција заштита менталног здравља у заједници.
 5. Заштитне куће - јединица социјално-здравствене установе у коју се смјештају корисници ментално-здравствене заштите, који се на други начин не могу збринути, а њихово стање и степен менталног поремећаја не захтјева смјештај у установе затвореног типа. Корисници услуга ментално-здравствене заштите су под сталним надзором надлежног центра за ментално здравље.
 6. Заштитне радионице.
 7. Установа за ментално здравље - било која здравствена установа, или било која јединица здравствене установе чија је примарна функција заштита менталног здравља.
 8. Социјална установа - установа за обављање дјелатности социјалне и дјечије заштите чије је дјеловање регулисано Законом о социјалној и дјечијој заштити.
 9. Психијатар, неуропсихијатар - доктор медицине специјалиста на подручју менталног здравља.
 10. Дијете је лице млађе од 14 година живота.
 11. Малољетно лице је лице старије од 14 година живота које није навршило 18 година живота.
 12. Медицинска заштита је одређен дијагностички поступак, облик лијечења, пријем и смјештај у здравствену установу, укључивање у образовне програме који се проводе у здравственој установи, извођење истраживања на подручју заштите и унапређивања здравља лица са менталним поремећајима.
 13. Пријем у здравствену установу је поступак од доласка, или довођења, лица у ту установу, ради прегледа или лијечења, до доношења одлуке о његовом добровољном смјештају, или присилном задржавању у здравственој установи.
 14. Пристанак је слободно дата сагласност лица са менталним поремећајима за спровођење одређеног љекарског поступка, која се заснива на одговарајућем познавању сврхе, природе, посљедица, користи и опасности од тог љекарског поступка и других могућности лијечења.
 15. Добровољни смјештај је смјештај лица са менталним поремећајима у здравственој установи уз његов пристанак.
 16. Присилно задржавање је смјештај лица са тежим менталним поремећајима у здравствену установу од тренутка доношења одлуке психијатра о задржавању тог лица без његовог пристанка до одлуке суда о присилном смјештају, без обзира на то да ли се ради о лицу које је тек дошло, или доведено у здравствену установу, или лицу које се већ налази на лијечењу у здравственој установи, па је опозвало пристанак за добровољни смјештај.
 17. Присилни смјештај је смјештај лица са тежим менталним поремећајима у здравственој установи без његовог пристанка, а дјетета, малољетног лица или лица лишеног пословне способности са тежим менталним поремећајима без пристанка његовог законског заступника уз услове и по поступку из поглавља V овог закона.
 18. Физичка сила, у смислу овог закона, је употреба средстава за физичко ограничавање кретања и дјеловања лица са менталним поремећајима.
 19. Законски заступник за малољетника је родитељ, ако није лишен родитељског права, за малољетника који је без родитеља, или о којем се родитељи не брину - старатељ, за малољетног усвојеника - усвојитељ, за пунољетно лице над којим је продужено родитељско право - родитељ, за пунољетно лице којем је одузета или ограничена пословна способност - старатељ.
 20. Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима - надзире спровођење заштите лица са менталним поремећајима.
 21. Тимски рад у склопу мултипрофесионалног приступа ментално обојелом лицу.

II ОСНОВНА НАЧЕЛА

Члан 4.

Свако лице са менталним поремећајима, без обзира на то да ли је починило кривично дјело или не, има право на квалитетну заштиту и унапређивање свога здравља, под једнаким условима као и сви други грађани.

Лице са менталним поремећајима без обзира на пол, расу, нацију, вјеру има право на једнаке услове лијечења као и свако друго лице којем се пружа здравствена заштита.

Заштита менталног здравља се организује углавном на нивоу примарне здравствене заштите.

Слободе и права лица са менталним поремећајима могу се ограничити само законом ако је то нужно ради заштите здравља или сигурности тог или других лица.

Члан 5.

Достојанство лица са менталним поремећајима мора се штитити и поштовати у свим околностима.

Лица са менталним поремећајима имају право на заштиту од било каквог облика злостављања и понижавајућег поступања.

Лица са менталним поремећајима не смију бити доведена у неравноправан положај због свог менталног поремећаја. Посебне мјере које се предузимају да би се заштитила права, или осигурало унапређивање здравља лица са менталним поремећајима, не сматрају се обликом неједнаког поступања.

Лица са менталним поремећајима морају се такође штитити и од насиља по основу пола, узнемиравања и сексуалног узнемиравања у смислу одредби Закона о равноправности полова у БиХ.

Члан 6.

Лијечење лица са менталним поремећајима организоваће се тако да се у најмањој могућој мјери ограничава њихова слобода и права те проузрокују физичке и психичке неугодности, вријеђа њихова личност и људско достојанство.

Члан 7.

Лијечење и брига о сваком пацијенту ће се заснивати на појединачно направљеном плану, који ће бити расправљен са пацијентом, редовно провјераван и ревидиран, ако је то потребно.

Члан 8.

Психијатри, и други здравствени радници и здравствени сарадници, дужни су дати предност добровољном прихватању сарадње у лијечењу и уважавању жеља и потреба лица са менталним поремећајима над присилним мјерама.

Члан 9.

Лице са менталним поремећајима које може разумјети природу, посљедице и опасност предложеног љекарског поступка и које на основу тога може донијети одлуку и изразити своју вољу може се прегледати или подвргнути љекарском поступку, само уз његов писмени пристанак и потписивање уговора о лијечењу.

Способност лица да да пристанак утврђује доктор медицине или психијатар у вријеме када то лице доноси одлуку и у ту сврху издаје писмену потврду. Ова се потврда прилаже у љекарску документацију. Лице из става 1.овог члана може захтијевати да у поступку давања пристанка буде присутно лице од његовог повјерења.

Дијете или малољетно лице са менталним поремећајима, које није способно дати пристанак, може се подвргнути прегледу или другом љекарском поступку, само уз пристанак његовог законског заступника. Мишљење малољетника се при томе треба узимати у обзир у складу са његовом доби и степену зрелости.

Пунољетно лице са менталним поремећајима, које није способно дати пристанак, може се подвргнути прегледу или другом љекарском поступку, само уз пристанак његовог законског заступника, а ако га нема, онда уз сагласност Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима, уколико се не ради о хитном случају.

Када пристанак дају лица из става 3. и 4. овог члана, психијатар им је дужан под истим условима дати информације које је дужан дати лицу са менталним поремећајима способном да да пристанак.

Пристанак из става 1, 3. и 4. овог члана може се повући у било којем тренутку. Лицу или законском заступнику које повлачи пристанак морају се објаснити посљедице престанка примјењивања одређеног љекарског поступка. Опозив пристанка из става 1, 3. и 4.овог члана се даје у писменој форми.

Одрицање лица са менталним поремећајима од права на давање пристанка не производи правна дејства.

Члан 10.

Тражење пристанка из члана 9. став 1, 3. и 4. није обавезно ако би због његовог прибављања био непосредно угрожен живот лица са менталним поремећајима, или би пријетила озбиљна и непосредна опасност од тежег нарушавања његовог здравља. Љекарски поступак може се примјењивати без пристанка, само док траје наведена опасност.

Шеф одјела у здравственој установи или надлежни психијатар здравствене установе одлучује о нужности и хитности одређеног љекарског поступка. О том поступку обавјештава лице законског заступника лица са менталним поремећајима, или Комисију за заштиту лица са менталним поремећајима.

Лице са менталним поремећајима које је присилно смјештено у здравствену установу може се и без његовог пристанка подвргнути прегледу, или другом љекарском поступку, који служи лијечењу менталних поремећаја због којих је присилно смјештено у здравствену установу, само ако би без провођења

24

тог поступка наступило тешко оштећење здравља тог лица.

Ако се љекарски поступак проводи без пристанка лица са менталним поремећајима у складу са ставом 3. и 4. члана 9. и став 2. и 3. овог члана треба, колико је могуће, објаснити том лицу могуће поступке његовог лијечења и укључити га у планирање његовог лијечења.

Члан 11.

О сваком присилном смјештају пунољетних лица са менталним поремећајима без њиховог пристанка, односно дјеце и малољетних лица са менталним поремећајима и лица лишених пословне способности без пристанка њихових законских заступника одлучује суд.

Поступци по одредбама овог закона су хитни.

Здравствена установа мора обавијестити Комисију за заштиту лица са менталним поремећајима о сваком случају одузимања слобода из става 1. овог члана.

III ПРАВА ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА И ДУЖНОСТ ЛИЦА КОЈА СПРОВОДЕ ЊИХОВУ ЗАШТИТУ И ЛИЈЕЧЕЊЕ

Члан 12.

Свако лице са менталним поремећајима, добровољно или присилно смјештено у здравствену установу, или укључено у поступак лијечења, има право:

1. да му се одреди индивидуално прилагођени облик лијечења у зависности од његовог ментално-здравственог стања, квалитете социјалне подршке и могућности установе;
2. кад год је могуће дати предност ванболничком облику лијечења - амбуланте и дневне болнице, центри за ментално здравље уз укључивање и развијање мреже социјалне подршке у породици и локалној заједници;
3. бити упознато у вријеме пријема и укључивања у лијечење, а касније на свој изричит захтјев с његовим правима и дужностима, те поучено о томе како може своја права остварити;
4. бити упознато с разлозима и циљевима његовог смјештаја те са сврхом, природом, посљедицама, корисности и опасностима провођења предложеног облика лијечења и корисности и опасностима провођења других могућности лијечења као и посљедицама нелијечења;
5. радно учествовати у планирању и провођењу

својег лијечења, опоравка и ресоцијализације;

6. образовати се према одговарајућем општем наставном плану и програму, или посебном наставном плану и програму за лица са посебним потребама;
7. на новчану накнаду за рад у радно-терапијским пословима од којих установа у којој се налазе на лијечењу остварује приход;
8. подносити притужбе директно директору здравствене установе, или шефу одјела, у погледу облика лијечења, дијагностиковања, отпуста из установе и повреде њених права и слобода;
9. постављати захтјеве и изјављивати без надзора и ограничења приговоре, жалбе и друге правне лијекове надлежним судовима, односно органима управе;
10. савјетовати се с љекаром по свом избору;
11. дружити се с другим лицима смјештеним у здравственој установи и примати посјете;
12. о свом трошку слати и примати, без надзора и ограничења, пошту, пакете и часописе и телефонирати;
13. посједовати предмете за личну употребу, и
14. учествовати по свом избору у вјерским активностима у оквиру могућности здравствене установе.

Подаци из тачке 1. и 2. става 1. овог члана уносе се у љекарску документацију лица са менталним поремећајима.

Податке из става 1. тачке 1, 2, 3, 5, 6. и 7. овог члана могу у име лица са менталним поремећајима затражити чланови породице, или друга лица која дјелују у његовом интересу.

Члан 13.

Неопходно лијечење лица са менталним поремећајима у здравственој установи, ће се омогућити и провести у одговарајућој установи која се налази у мјесту његовог пребивалишта, ако нема пребивалишта, онда у мјесту његовог боравишта, а ако ни њега нема, онда у мјесту гдје је лице затечено, а ако у том мјесту нема здравствене установе у здравственој установи која је најближа мјесту његовог пребивалишта, боравишта или мјеста гдје је лице затечено.

Сва лица са менталним поремећајима из члана 3.

став 1. тачка 2. треба да буду обухваћена обавезним видом здравствене заштите, а на терет локалне заједнице која треба да планира за то потребна средства у буџету.

Уз писмени пристанак лица са менталним поремећајима, односно законског заступника лица лишеног пословне способности, дјетета или малољетног лица са менталним поремећајима датим у складу са чланом 9. став 1, 3. и 4. овог закона, или на писмени захтјев лица овлашћених дати пристанак, лијечење се може провести у здравственој установи која не одговара условима из става 1. овог члана.

Психијатријско лијечење дјеце и малољетних лица проводи се на одјелу здравствених установа намијењених лијечењу дјеце и омладине који су одвојени од одјела за пунољетне болеснике.

Члан 14.

Недовољно ментално развијено лице које не располаже психичким могућностима за укључивање у лијечење у здравственој установи као и свако друго лице са менталним поремећајима, лијечиће се у установама или одјелима који су прилагођени посебним потребама тих лица.

Члан 15.

Психијатријско лијечење дјеце с поремећајима у понашању, ментално оштећене дјеце, дјеце са менталним поремећајима, те ментално оштећеног или болесног лица, организује и спроводи надлежна здравствена установа.

Присилни смјештај лица из става 1. овог члана спроводи се по одредбама овога закона.

Члан 16.

Електроконвулзивно лијечење може се примијенити само под сљедећим претпоставкама:

- а) на основу писменог пристанка лица са менталним поремећајима, или ако га оно није способно дати, на основу писменог пристанка лица из члана 9. став 3. и 4. овог закона;
- б) уз позитивно мишљење другог психијатра о потреби и очекиваним резултатима примјене таквог љекарског поступка;
- в) ако су претходно исцрпљене све остале методе лијечења;
- г) ако је примјена наведених метода нужна за лијечење особе са менталним поремећајима, и
- д) ако се не очекује да би примјена наведених метода

могла имати негативне попутне посљедице.

Према лицу са тежим менталним поремећајима које је присилно задржано, или присилно смјештено у здравственој установи, може се примијенити електроконвулзивно лијечење и без пристанка тог лица или лица наведених у члану 9. став 3. и 4. овог закона, само уз одобрење Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима и уз поштивање осталих претпоставки наведених у ставу 1. овог члана.

Примјена лијечења из става 1. и 2. овог члана мора се увијек уписати у љекарску документацију заједно са писменим пристанком наведених лица и мишљењем другог љекара.

Примјена психохирургије и кастрације није допуштена.

Члан 17.

Биомедицинска истраживања над лицима са менталним поремећајима могу се подузети само у сврху проучавања и лијечења менталног поремећаја, водећи се препорукама Хелсиншке декларације:

- а) ако нема друге одговарајуће могућности сем истраживања над људима;
- б) ако опасност од истраживања за лице са менталним поремећајима није несразмјерна користи од истраживања;
- в) ако је истраживачки пројекат одобрила Етичка комисија за ментално здравље при Министарству здравља и социјане заштите Републике Српске након независног преиспитивања научног значаја, важности циља и етичности самог истраживања;
- г) ако су лица која учествују у истраживању обавијештена о својим правима и правној заштити коју уживају, и
- д) ако су лица која учествују у истраживању дала свој писмени пристанак који могу повући у сваком тренутку.

Биомедицинска истраживања над лицем са менталним поремећајима које није у стању дати свој пристанак може се предузети, само уколико су уз претпоставке из става 1. тачка а) - г) овог члана испуњене још и ове додатне претпоставке:

- а) ако се очекује да ће резултати истраживања бити од стварне и директне користи за здравље тог лица;
- б) ако истраживање над лицима која су у стању дати пристанак не би дало једнако добре резултате;

в) ако су лица наведена у члану 9. став 3. и 4. овог закона дала свој писмени пристанак, и

г) ако се лице над којим се истраживање спроводи није изричито противило том или таквом истраживању.

Биомедицинска истраживања над дјецом и малољетним лицима могу се предузети под претпоставкама из става 2. овог члана, само уз одобрење Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима и Етичке комисије за ментално здравље.

Биомедицинска истраживања над лицима која су на издржавању мјере безбједности чувања и лијечења се искључују.

Члан 18.

Лица која обављају дјелатност заштите и лијечења лица са менталним поремећајима дужна су чувати као професионалну тајну све што сазнају или примјете током обављања тих дјелатности.

Лица наведена у ставу 1. овог члана могу открити оно што су сазнала, или примијетила у погледу ментално обољелих лица током обављања своје дјелатности, само уз пристанак тих лица, или њиховог законског заступника.

Лица из става 1. овог члана могу и без пристанка лица са менталним поремећајима открити оно што сазнају током лијечења и заштите тог лица:

а) другом психијатру или доктору медицине ако је то нужно за пружање љекарске помоћи том лицу;

б) службеним лицима у органима старатељства и другим органима управе када је то нужно да би она могла поступити у вези са лицем са менталним поремећајима на основу и у оквиру својих овлаштења, и то само онда када лица са менталним поремећајима нису способна дати свој пристанак;

в) ако је то нужно учинити у општем интересу, или интересу другог лица који је важнији од интереса чувања тајне.

Откриће се само они подаци који су нужни за остваривање сврха наведених у ставу 3. овог члана и ти подаци не смију се користити у друге сврхе.

Општим интересом, или интересом који је важнији од интереса чувања тајне у смислу става 3. овог члана, сматра се:

а) откривање сазнања да лице са менталним поремећајима припрема почињење кривичног

дјела за које је законом прописана казна затвора;

б) откривање, или суђење, за најтежа кривична дјела, ако би оно било знатно успорено, или онемогућено, без откривања иначе заштићених података;

в) спречавање излагања другог лица непосредној и озбиљној опасности за његов живот или здравље;

г) спречавање излагања лица са менталним поремећајем непосредној и озбиљној опасности за његов живот или здравље од стране другог лица.

Клинички и други материјали који се користе у предавањима, или научним часописима, морају прикрити идентитет лица са менталним поремећајима о којима говоре.

Члан 19.

Љекарска документација о лијечењу лица са менталним поремећајима доступна је искључиво суду за потребе поступка који је у току.

Љекарска документација садржава само оне податке који су неопходни за остварење сврхе због које се захтјева њено достављање.

Изјаве лица са менталним поремећајима садржане у љекарској документацији које се односе на почињење неког кривичног дјела не могу се користити као доказ у судском поступку.

Подаци из љекарске документације који су потребни за остварење здравствене, социјалне, породичноправне или пензијске заштите могу се дати за службене сврхе на захтјев органа надлежних за ту заштиту, само уз сагласност лица са менталним поремећајима, а ако она нису способна дати сагласност, онда само уколико се основано вјерује да се лица са менталним поремећајима не би противила давању наведених података.

Члан 20.

Психијатар може одобрити разговор лица са менталним поремећајима смјештеног у здравствену установу са овлашћеним лицима Министарства унутрашњих послова Републике Српске (у даљем тексту: надлежно министарство унутрашњих послова), истражним судијом и стручним радницима органа старатељства, само ако то допушта здравствено стање лица са менталним поремећајима.

Психијатар неће одобрити разговор који захтјева овлаштено лице из става 1. овог члана са лицем које није способно разумјети стање у којем се налази, нити посљедице таквог разговора.

Одлуку из ст. 1. и 2. овог члана психијатар је обавезан

унијети у лљекарску документацију.

Члан 24.

IV ДОБРОВОЉНИ СМЈЕШТАЈ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ

Члан 21.

Лице са менталним поремећајима које је способно разумјети сврху и посљедице смјештаја у здравствену установу, и које је на основу тога способно донијети одлуку, може се уз његов писмени пристанак, односно захтјев, а на основу упутнице о потреби смјештаја, смјестити у здравствену установу.

Шеф одјела, односно дежурни психијатар у здравственој установи у коју се смјешта лице из става 1. овог члана, самосталним или независним прегледом утврдиће да ли се ради о лицу са менталним поремећајима код којег се одговарајући терапеутски успјеси не могу постићи лијечењем изван такве установе.

V ПРИСИЛНО ЗАДРЖАВАЊЕ И ПРИСИЛНИ СМЈЕШТАЈ У ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ

Члан 22.

Лице са тежим менталним поремећајима које због своје менталне сметње озбиљно и директно угрожава властити живот, или здравље, или сигурност, односно живот, или здравље, или сигурност других лица, и има апсолутну потребу за хоспитализацијом, може се смјестити у здравствену установу без пристанка, по поступку за присилно задржавање и присилни смјештај прописаним овим законом.

Дијете, малољетно лице, или лице лишено пословне способности, може се из разлога наведених у ставу 1. овог члана смјестити у здравствену установу и без пристанка њеног законског заступника по поступку за присилно задржавање или присилни смјештај.

Члан 23.

Лице из члана 22. овог закона примиће се у здравствену установу надлежну према члану 13. став 1. овог закона на основу упутнице доктора медицине који није запослен у дотичној здравственој установи и који је то лице лично прегледао и написао прописану исправу о том прегледу.

Образац исправе са одговарајућим садржајем из става 1. овог члана прописује министар здравља и социјалне заштите Републике Српске. У исправу морају бити наведени и образложени разлози због којих се присилно задржавање сматра нужним.

Лице са менталним поремећајима за које се основано сумња да може непосредно угрозити властити живот или здравље, односно живот и здравље других, у посебно хитним случајевима, могу овлаштена службена лица надлежног министарства унутрашњих послова присилно довести у здравствену установу надлежну према пребивалишту или боравишту лица, односно према мјесту на којем је лице тренутно затечено.

Члан 25.

Психијатар у здравственој установи који прими лице на основу чл. 22. и чл. 24. овог закона дужан га је одмах прегледати како би утврдио постоје ли разлози за присилно задржавање .

Када психијатар оцјени да не постоје разлози из члана 23. овог закона за присилно задржавање, лице неће бити задржано и психијатар ће уписати своју одлуку о томе са образложењем у лљекарску документацију.

Члан 26.

Када психијатар утврди постојање разлога за присилно задржавање из члана 22. овог закона, дужан је донијети одлуку о присилном задржавању која се са образложењем уписује у лљекарску документацију.

Психијатар ће ту одлуку саопштити присилно задржаном лицу на примјеран начин и упознати га са разлозима и циљевима његовог присилног задржавања те са његовим правима и дужностима по овом закону.

Члан 27.

Здравствена установа која је присилно задржала лице са менталним поремећајима из члана 22. овог закона дужна је о томе одмах, а најкасније у року 24 часа од доношења одлуке о присилном задржавању, непосредно, или путем електронских средстава комуникације, доставити надлежном суду на подручју на коме се налази здравствена установа, обавијест о присилном задржавању заједно са лљекарском документацијом о прегледу лица са менталним поремећајима са образложењем разлога за присилно задржавање.

Здравствена установа дужна је обавијест о присилном задржавању доставити у року од 24 часа. Образац са одговарајућим садржајем обавјештења о присилном задржавању прописује министар здравља Републике Српске.

Члан 28.

Поступак прописан чл. 27. овог закона примјењује се и на лице са менталним поремећајима које се присилно задржава у случају када је већ смјештено на лијечење у здравствену установу уз његов пристанак ако пристанак опозове, или су у међувремену наступили услови који одговарају условима за присилни смјештај из члана 22. овог закона. Такође, и на лице код којег су испуњени услови из члана 22. овог закона које се на други начин нашло у здравственој установи.

Рок од 24 часа за доставу обавјештења о присилном задржавању у случају из става 1. овог члана, почиње тећи од опозива пристанка смјештеног лица.

Члан 29.

У поступку присилног смјештаја лица са менталним поремећајима у здравствену установу одлучује надлежни суд у ванпарничном поступку.

У поступку за присилни смјештај јавност је искључена, уколико суд не одлучи другачије.

Искључење јавности не односи се на законског заступника и адвоката лица са менталним поремећајима.

Допустиће се да расправи буду присутна поједина службена лица која се баве лијечењем и заштитом лица са менталним поремећајима, научни и јавни радници, а уколико се лице са менталним поремећајима томе не противи, односно, ако се оно није способно противити, ако се томе не противе његов законски заступник или адвокат, може допустити и њеном брачном другу и блиским сродницима.

Лица која су присутна расправи упозориће се да су дужна као тајну чувати све оно што су на расправи сазнала, те на посљедице откривања тајне.

Члан 30.

Када надлежни суд прими обавјештење о присилном задржавању, или на који други начин сазна за присилно задржавање, донијеће рјешење о покретању поступка по службеној дужности и поставити лицу опуномоћеника из редова адвоката ради заштите његових права, ако то оно већ није учинило, односно, ако заштита његових права у поступку није осигурана на други начин.

Суд је дужан да испита све околности које су од значаја за доношење рјешења и да саслуша сва лица која имају сазнање о битним чињеницама.

Уколико је то могуће, и ако то неће штетно утицати на здравље ментално болесног лица, суд ће саслушати и то лице.

Члан 31.

Прије доношења одлуке о присилном смјештају, или о отпуштулица са менталним поремећајима, суд је дужан прибавити писмено мишљење једног од психијатара са листе сталних судских вјештака који није запослен у здравственој установи у којој се налази присилно задржано лице, о томе да ли је присилни смјештај у здравственој установи неопходан. Када одлучује о присилном смјештају дјетета или малољетног лица суд је дужан ово мишљење прибавити од психијатра специјализованог за лијечење дјеце и малољетника, односно од психијатра који има дуже искуство у раду са дјецом.

Психијатар из става 1. овог члана даје суду писмено мишљење о потреби присилног смјештаја након што лично обави преглед лица са менталним поремећајима.

Члан 32.

По завршеном поступку суд је дужан одмах, а најкасније у року 3 дана да донесе рјешење којим ће одлучити да ли се лице задржано у здравственој установи може и даље задржавати или ће се пустити из здравствене установе.

О својој одлуци суд обавјештава орган старатељства.

Члан 33.

Ако суд одлучи да се примљено лице задржи у здравственој установи, одредиће и вријеме задржавања које не може бити дуже од 6 мјесеци.

Здравствена установа је дужна да суду, по потреби, доставља извјештаје о промјенама у здравственом стању задржаног лица.

Члан 34.

Ако здравствена установа утврди да присилно смјештено лице треба остати смјештено и након истека трајања присилног смјештаја одређеног у рјешењу суда, дужна је да 7 дана прије истека тога времена предложи суду доношење рјешења о продужењу присилног смјештаја који не може бити дужи од 6 мјесеци.

Члан 35.

Рјешење о продуженом присилном смјештају суд доноси по истом поступку по којем доноси и прво рјешење о присилном смјештају.

Суд је дужан рјешење о продуженом присилном смјештају донијети најкасније до истека претходно одређеног трајања присилног смјештаја.

Члан 36.

Рјешење се доставља присилно смјештеном лицу, његовом законском заступнику, блиском сроднику с којим живи у заједничком домаћинству, надлежном органу старатељства и здравственој установи у којој је лице са менталним поремећајима присилно смјештено.

Члан 37.

Противрјешења о присилном смјештају у здравственој установи и пуштања из здравствене установе жалбу могу изјавити: здравствена установа која је задржала лице са менталним поремећајима, задржано лице, његов старатељ, односно привремени заступник и орган старатељства, и то у року 8 дана од дана пријема рјешења.

Жалба не задржава извршење, ако суд из оправданих разлога друкчије не одреди.

Првостепени суд ће жалбу са списима без одлагања доставити другостепеном суду који је дужан да донесе одлуку у року 3 дана од дана пријема жалбе.

VI ОТПУСТ ИЗ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ**Члан 38.**

Поступак отпуста из здравствене установе добровољно смјештеног лица са менталним поремећајима исти је као поступак отпуста из друге здравствене установе, осим у случају ако су наступили услови који одговарају условима из члана 22. овог закона. Тада ће се лице присилно задржати у складу са чланом 28. овог закона.

У поступку отпуста из здравствене установе из става 1. овог члана лице са менталним поремећајем ће се упознати са могућношћу ванболничког третмана у центрима за ментално здравље.

Члан 39.

Присилно смјештена лица отпустиће се из здравствене установе одмах пошто истекне вријеме присилног смјештаја одређено у рјешењу суда о присилном смјештају.

Члан 40.

Суд може и прије истека времена одређеног за задржавање лица у здравственој установи, по службеној дужности, а на приједлог одговорног лекара, на захтјев задржаног лица, његовог старатеља, као и Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима да одлучи о пуштању лица из здравствене установе.

Присилно смјештено лице може бити отпуштено

из здравствене установе и прије истека судом прописаног рока, на захтјев задржаног лица, његовог старатеља, или Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима, ако се утврди да се његово здравствено стање побољшало у толикој мјери да су престали разлози за даљњи присилни смјештај. О овој одлуци се обавјештава суд.

Члан 41.

Када у случајевима прописаним овим законом лице са менталним поремећајима треба отпустити из здравствене установе, а оно због својег психофизичког стања и услова у којима живи није способно бринути само о себи нити има лица која су по закону дужна и не могу се бринути о њему, улогу у даљем третману преузеће органи старатељства и надлежни центри за заштиту менталног здравља.

Прије отпуста лица из става 1. овог члана здравствена установа обавијестиће суд који је донио одлуку о присилном смјештају или о отпусту, као и надлежни орган старатељства и надлежни центар за заштиту менталног здравља.

Члан 42.

Присилно смјештеним лицима здравствена установа може одобрити привремено одсуствовање, или излазак из здравствене установе, уколико се укаже потреба за медицинским третманом, или потреба социјалних процеса који су неопходни да би пацијента припремили за његов отпуст.

VII ПОСТУПЦИ ПРЕМА ЛИЦИМА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА ПРОТИВ КОЈИХ СЕ ВОДИ КРИВИЧНИ ПОСТУПАК ИЛИ ПРЕКРШАЈНИ ПОСТУПАК**Члан 43.**

Учиниоцу који је кривично дјело учинио у стању битно смањене урачунљивости суд ће изрећи обавезно психијатријско лијечење, ако на основу тежине извршеног кривичног дјела и степена учиниоачеве душевне поремећености утврди да постоји опасност да би могао извршити исто, или теже кривично дјело, и да је ради отклањања ове опасности потребно његово лијечење.

Мјера безбједности обавезног лијечења од зависности може се изрећи учиниоцу који је кривично дјело учинио под одлучујућим дјеловањем зависности од алкохола, или опојних дрога, ако постоји опасност да ће због те зависности и убудуће чинити кривична дјела.

Члан 44.

Учиниоцу прекршаја који се одао уживању алкохола, или опојних дрога, и због тога је учинио прекршај, а постоји опасност да ће поново вршити прекршаје, надлежни суд ће у прекршајном поступку изрећи заштитну мјеру обавезног лијечења алкохоличара и наркомана у складу са Законом о прекршајима.

Члан 45.

Извршење мјере безбједности из члана 43. и заштитне мјере из члана 44. овог закона спроводи се у складу са Законом о извршењу кривичних и прекршајних санкција Републике Српске.

Члан 46.

Здравствена установа која примјени мјеру обавезног лијечења и чувања, има обавезу да сваких шест мјесеци процјењује стање психичког здравља лица и о томе извјештава суд који је изрекао мјеру.

VIII ПРИМЈЕНА ФИЗИЧКЕ СИЛЕ У ЗАШТИТИ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

Члан 47.

Физичка сила у заштити лица са менталним поремећајима примјениће се у здравственој установи, само када је то једино средство да то лице спријечи да својим нападом не угрози живот или здравље другог лица, или свој живот или здравље, или насилно уништи, или оштети, туђу имовину.

Физичка сила, из става 1. овог члана, примјениће се само у мјери и на начин који је неопходан ради отклањања опасности изазване нападом лица са менталним поремећајима.

Примјена физичке силе, или издвајање, смије трајати само док је нужно да се оствари сврха из става 1. овог члана.

Члан 48.

Одлуку о примјени физичке силе или издвајања из члана 47. овог закона доноси психијатар, те надзире њену примјену.

Трајање примјене физичке силе не може бити дуже од 4 часа.

У изузетним случајевима психијатар може донијети одлуку о продужетку примјене физичке силе, а не дужем од 4 часа.

Када због изузетне хитности није могуће чекати да одлуку донесе психијатар, одлуку о примјени физичке силе или издвајања може донијети доктор

медицине, медицинска сестра – техничар, који су дужни о томе одмах обавијестити психијатра који ће одлучити о њеној даљој примјени.

Члан 49.

Код употребе физичког обуздавања, или при употреби стезуље, код лица са менталним поремећајима, обавезно је осигурати стално праћење физичког и менталног стања тог лица од стране стручног медицинског особља.

Члан 50.

Прије него што се на њега примјени физичка сила, лице ће, ако је то с обзиром на околности случаја могуће, бити на то упозорено.

Разлози, начин и мјера примјене физичке силе, те име лица које је донијело одлуку о њеној примјени, обавезно се уписују у љекарску документацију.

Родитељи малољетног лица са менталним поремећајима, или законски заступник, или старатељ лица са менталним поремећајима, обавијестиће се о примјени физичке силе или издвајања.

Члан 51.

Овлаштена службена лица надлежног министарства унутрашњих послова дужна су на позив доктора медицине пружити помоћ здравственим радницима при савладавању физичког отпора лица из члана 22. овог закона, али само док то лице пружа физички отпор, те док се не обезбиједи збрињавање и отклањање непосредне опасности тог лица.

Када постоји непосредна опасност да ће лице са менталним поремећајима својим понашањем у здравственој установи напасти на живот или тијело неког лица, или отуђити, уништити, или теже оштетити имовину те установе, службена лица Министарства унутрашњих послова дужна су на позив здравственог радника здравствене установе хитно пружити одговарајућу помоћ.

Лице које је упутило позив из ст. 1. и 2. овога члана дужно га је накнадно у писменом облику образложити, те то образложење уложити у љекарску документацију.

IX КОМИСИЈЕ ЗА ЗАШТИТУ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

Члан 52.

Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима оснивају се на регионалном нивоу за здравствене установе специјализоване за лијечење лица са менталним поремећајима.

Комисија из става 1. овог члана се састоји од 5 чланова, и то: психијатар, психолог, социјални радник, представник локалне заједнице и представник удружења грађана.

Организацију, рад и финансирање комисија прописује министар здравља и социјалне заштите Републике Српске.

Трошкови за рад комисије падају на терет здравствене установе у којој се врши контрола.

Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима прате спровођење заштите лица са менталним поремећајима независно од тога да ли су добровољно смјештена, присилно задржана, или присилно смјештена у здравствену установу.

На све чланове комисије се примјењује обавеза чувања професионалне, односно службене тајне у складу са чланом 18. овога закона.

Члан 53.

Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима имају задатак:

- а) предузимати мјере за спречавање настанка менталних болести и других менталних поремећаја;
- б) унапређивати поступање према лицима са менталним поремећајима;
- в) пратити спровођење поступака прописаних овим законом и предлагати здравственој установи и надлежном органу управе мјере за отклањање уочених незаконитости;
- г) пратити поштивање људских права и слобода и достојанства лица са менталним поремећајима;
- д) по властитој процјени, или на приједлог трећег лица, испитивати појединачне случајеве присилног задржавања, или присилног смјештаја, у здравствену установу, односно смјештаја дјеце, малољетних лица, лица лишених пословних способности, те пунољетних лица која нису способна дати пристанак;
- ђ) примити приговоре и притужбе лица са менталним поремећајима, њихових законских заступника, чланова породице, опуномоћеника, трећих лица, или органа старатељства, те предузимати потребне мјере;
- е) предлагати надлежном суду доношење одлуке о отпусту из здравствене установе;
- ж) сагледавати услове рада у здравственим установама и предлагати мјере за побољшање

истих.

Комисије за заштиту лица са менталним поремећајима најмање једанпут годишње подносе Министарству здравља и социјалне заштите Републике Српске извјештај о свом раду и предлажу мјере за унапређење дјелатности заштите и лијечења лица са менталним поремећајима.

Члан 54.

Заштиту и лијечење лица с менталним поремећајем обављају психијатријске установе.

Смјештај и лијечење неурачунљивих лица обавља се, само у јавним психијатријским установама које одреди Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске.

Х НАДЗОР

Члан 55.

Здравствено-инспекцијски надзор над спровођењем овог закона обавља здравствена инспекција на основу овлаштења утврђених Законом о здравственој заштити («Службени гласник Републике Српске», број 18/99).

Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске одобрава и надзире истраживачке пројекте који се спроводе у здравственим установама.

ХИ КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 56.

Правно лице ће се казнити за прекршај новчаном казном у износу од 2.000 КМ до 10.000 КМ ако:

1. прегледа или подвргне лице са менталним поремећајима љекарском постуку без претходног ваљаног пристанка (чл. 9. и 10.);
2. лицу са менталним поремећајима омета или ускраћује права из члана 12. овог закона;
3. у лијечењу лица са менталним поремећајима поступи супротно члану 16. овог закона;
4. предузме биомедицинска истраживања над лицима са менталним поремећајима супротно члану 17. овог закона;
5. повриједи обавезу чувања професионалне, односно службене тајне (члан 18.);
6. води и поступа с медицинском документацијом супротно чл. 19. и 20. овог закона;

7. присилно смјести лице са менталним поремећајима супротно члану 22. овог закона;
8. о присилном задржавању лица не обавијести надлежни суд у року од 24 часа од доношења одлуке о присилном задржавању (члан 27. став 1. и члан 28. став 1.);
9. у року од 7 дана прије истека трајања присилног смјештаја не затражи од суда доношење рјешења о продуженом присилном смјештају неурачунљивог лица (члан 34.);
10. не отпусти лице са менталним поремећајима истеклом трајања присилног смјештаја одређеног у рјешењу суда (члан 40.);
11. не отпусти лице по рјешењу суда којим се одређује пријевремени отпуст (члан 41.);
12. злоупотреби овлаштења из члана 49. овог закона,
13. не води статистичке податке прописане законом,
14. не омогући јавни увид у статистичке податке које води.

За прекршај из става 1. овог члана казниће се новчаном казном у износу од 500 КМ до 1.500 КМ одговорно лице у правном лицу.

XII ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 57.

Здравствена установа ће у року 15 дана од дана ступања на снагу овог закона обавијестити надлежни суд о свим лицима која су се на дан ступања на снагу овог закона затекла у здравственој установи без пристанка.

Члан 58.

Надлежни суд ће најкасније у року 7 дана од дана пријема обавијести из члана 57. овог закона донијети рјешење о присилном смјештају за сва лица која су присилно задржана у здравственој установи прије ступања на снагу овог закона.

Члан 59.

Министар здравља и социјалне заштите Републике Српске дужан је донијети подзаконске прописе на које је овлаштен по одредбама овог закона у року од 90 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Члан 60.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у «Службеном гласнику Републике Српске».

Број: 01-389 /04

Датум: 29. априла 2004. год.

ПРЕДСЈЕДНИК
НАРОДНЕ СКУПШТИНЕ
Др Драган Калинић

7. Правилник о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима

На основу члана 52. став 3. Закона о заштити лица са менталним поремећајима („Службени гласник Републике Српске“ број 46/04), и члана 82. став 2. Закона о републичкој управи („Службени гласник Републике Српске“ број: 118/08, 11/09, 74/10 и 86/10), министар здравља и социјалне заштите доноси

П Р А В И Л Н И К

о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима

Члан 1.

Овим правилником прописује се организација састав, рад и финансирање Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима (у даљем тексту: Комисија).

Члан 2.

(1) Комисије именује министар здравља и социјалне заштите Републике Српске (у даљем тексту: министар).

(2) Комисије се организују за подручје општина за здравствене установе специјализоване за лијечење лица са менталним поремећајима и то:

а) Комисија у Бањој Луци за подручје: Бање Луке, Лакташа, Градишке, Српца, Козарске Дубице, Костајнице, Приједора, Новог Града, Оштре Луке, Рибника, Шипова, Језера, Мркоњић Града, Кнежева, Челинца, Котор Вароша, Теслића, Прњавора, Крупе на Уни, Купреса, Петровца и Источног Дрвара;

б) Комисија у Добоју за подручје: Добоја, Дервенте, Брода, Петрова, Пелагићева, Модриче, Вукосавља, Шамца, Доњег Жабара, Бијељине,

Лопара, Угљевика, Зворника, Осмака, Шековића, Власенице, Милића, Братунца и Сребренице;

в) Комисија у Источном Новом Сарајеву за подручје: Пала, Сокоца, Хан Пијеска, Рогатице, Вишеграда, Рудог, Чајничка, Фоче, Источног Мостара, Новог Горажда, Трнова, Калиновика, Невесиња, Гацка, Берковића, Билеће, Источне Илиће, Источног Старог Града, Љубиња и Требиња.

Члан 3.

(1) Комисија се састоји од пет чланова и то:

- а) психијатар – неуропсихијатар;
- б) психолог;
- в) социјални радник;
- г) представник јединице локалне самоуправе;
- д) представник удружења корисника-грађана.

(2) Чланови комисије могу имати замјенике, а у саставу комисије не могу бити лица запослена у здравственој установи у којој се врши контрола.

(3) Комисија се именује на период од четири године и ради у пуном саставу.

(4) Радом комисије руководи предсједник комисије, а у његовом одсуству његов замјеник.

(5) За предсједника комисије именује се психијатар-неуропсихијатар.

(6) Министар рјешењем именује чланове комисије и њихове замјенике.

Члан 4.

Чланови Комисије дужни сучувати као професионалну

тајну све што сазнају, или примијете, током обављања послова прописаних овим правилником.

Члан 5.

Комисија прати спровођење заштите лица са менталним поремећајима независно од тога да ли су добровољно или присилно прегледана, задржана и смјештена у здравствену установу примарног, секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите.

Члан 6.

Органи и запослени у здравственој установи сарађују са Комисијом и ставиће им на увид потребну документацију и дати тражене информације.

Члан 7.

- (1) Комисија је дужна послове из своје надлежности обављати непристрасно и објективно.
- (2) Рад Комисије је транспарентан.

Члан 8.

Министарство ће вршити едукацију чланова Комисије у складу са Планом рада министарства (у даљем тексту Министарство).

Члан 9.

- (1) Комисија ће донијети пословник о свом раду којим ће прописати: начин рада, план одласка на терен, позивање чланова комисије, достављање материјала, начин извјештавања и начин одлучивања.
- (2) На план рада Комисије сагласност даје Министарство.

Члан 10.

- (1) За рад Комисије прописане се стандардизовани упитник за примарни ниво здравствене заштите, и стандардизовани упитник за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите и установе социјалне заштите.
- (2) Стандардизовани упитници из став 1. овог члана налазе се у Прилогу број 1. и 2. овог правилника и чине његов саставни дио.

Члан 11.

- (1) Комисија има задатак да:
 - а) предузима мјере за спречавање настанка менталних болести и других менталних поремећаја;
 - б) унапређује поступање према лицима са менталним

- поремећајима,
- в) прати спровођење поступака, прописаних Законом о заштити лица са менталним поремећајима и предлаже здравственој установи и надлежном органу управе мјере за отклањање уочених незаконитости.
 - г) прати поштивање људских права и слобода и достојанства лица са менталним поремећајем;
 - д) по властитој процјени, или на приједлог трећег лица, испита појединачне случајеве присилног задржавања, или присилног смјештаја у здравствену установу, односно смјештаја дјецe, малољетних лица, лица лишених пословне способности, те пунољетних лица која нису способна да дају пристанак;
 - е) прима приговоре и притужбе лица са менталним поремећајима, њихових законских заступника, чланова породице, опуномоћника, трећих лица, или органа старатељства, те предузима потребне мјере;
 - ж) предлаже надлежном суду доношење одлуке о отпусту из здравствене установе;
 - з) сагледава услове рада у здравственим установама и предлаже мјере за побољшање истих и
 - и) предлаже мреже социјално здравствених установа које помажу опоравак лица са менталним поремећајем и њихову адекватну социјализацију.

Члан 12.

Комисија подноси Министарству извјештај након сваког обиласка здравствене установе, те годишњи извјештај о свом раду и предлаже мјере за унапређење дјелатности заштите лица са менталним поремећајима.

Члан 13.

Министар ће у складу са законом утврдити финансирање и трошкове за рад Комисија.

Члан 14.

Ступањем на снагу овог правилника престаје да важи Правилник о образовању, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима („Службени гласник Републике Српске“ број 15/06).

Члан 15.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у Службеном гласнику Републике Српске.

Број: _____/11

МИНИСТАР

Датум, _____/11

Проф. др Ранко Шкрбић

Образложење

I ПРАВНИ ОСНОВ

Правни основ за доношење Правилника о организацији, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима налази се у члану 52. став 3. Закона о заштити лица са менталним поремећајима (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 46/04) и члану 2. и 5. Закона о територијалној организацији Републике Српске (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 69/09).

II РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ПРАВИЛНИКА

Правилник о образовању, раду и финансирању Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима донесен је 2006. године и објављен у “Службеном гласнику Републике Српске”, бр. 15/06. У току примјене Правилника уочене су одређене празнине, а које су битне за потпунији и ефикаснији рад Комисије, те бољег сагледавања остваривања права корисника услуга у здравственим установама. Урађен је нови текст Правилника, јер потребе за измјенама и допунама би захтијевале више од 50%

измјена важећег Правилника, те се поступило у складу са правилима нормативно-правне технике.

У овом правилнику је:

- У члану 2. извршено усклађивање назива јединица локалне самоуправе са Законом о територијалној организацији,
- Прецизиран састав и начин рада Комисија,
- Прописана сарадња органа установе и запослених у установи са Комисијом,
- Прописана обавеза Министарства о едукацији чланова Комисије,
- Прописан стандардизовани Упитник за рад Комисије према нивоима здравствене заштите,
- Прописана прецизнија обавеза Комисије о извјештавању Министарства о свом раду.

III ПОТРЕБНА ФИНАНСИЈСКА СРЕДСТВА

За реализацију овог правилника нису потребна додатна финансијска средства из Буџета.

МИНИСТАР

Проф. др Ранко Шкрбић

ПРИЛОГ 1.

СТАНДАРДИЗОВАНИ УПИТНИК ЗА РАД КОМИСИЈА ЗА ЗАШТИТУ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

**Праћење људских права и здравствене заштите
у установама за ментално здравље на нивоу примарне здравствене заштите**

1. ОПШТИ ПОДАЦИ
1.1. Назив, адреса, телефон Дома здравља и Центра за ментално здравље⁷ (у даљњем тексту: ЦМЗ)
1.2. Име и презиме, звање, титула директора Дома здравља и начелника/шефа ЦМЗ
1.3. Телефон, факс и e-mail директора Дома здравља и начелника/шефа ЦМЗ
1.4. Датум(и) посјете
1.5. Врста посјете
1.5.1. редовна
1.5.2. ванредна (навести разлог посјете и приложити релевантну документацију)
1.6. Чланови Комисије:
1. Предсједник (психијатар/неуропсихијатар)
2. Члан (психолог)
3. Члан (социјални радник)
4. Члан (представник јединице локалне самоуправе)
5. Члан (представник удружења корисника)
1.7. Разговор обављен са:
1.8. Прилози:
2. ИНФОРМАЦИЈЕ О ЦМЗ
2.1. Локација (Извор: посматрање, документација)
2.1.1. Опишите локацију Дома здравља и локацију припадајућег ЦМЗ.
2.1.2. Кад је ЦМЗ почео са радом?
2.1.3. Које подручје покрива (колики број становника)?
2.1.4. Каква је доступност јавним превозом?
2.1.5. Које форме пружања менталноздравствених услуга у заједници постоје у склопу или под надзором ЦМЗ?
2.1.6. Да ли је ЦМЗ акредитован или у процесу акредитације?
2.2. Установа (Извор: менаџмент и документација)
2.2.1. Статус ЦМЗ
2.2.2. Како се ЦМЗ финансира?
2.2.2.1. Да ли има стабилан извор финансирања?
2.2.2.2. Колики је укупан износ финансијских средстава Дома здравља?
2.2.2.3. Колики је укупан износ средстава намијењених ЦМЗ?
2.2.2.4. Ко партиципира у финансирању ЦМЗ? (Фонд здравственог осигурања, локална заједница, невладине организације, донације, корисници услуга, итд.)
2.2.2.5. Да ли су средства намијењена ЦМЗ намјенски трошена укључујући све изворе финансирања?
2.2.2.6. Да ли су извори финансирања и трошкови транспарентни?
2.3. Корисници услуга ЦМЗ (Извор: корисници услуга, особље, посматрање)
2.3.1. Полна структура
2.3.1.1. број мушкараца (изразити и процентуално)?
2.3.1.2. број жена (изразити и процентуално)?
2.3.2. Старосна структура
2.3.2.1. Малољетни (испод 18),
2.3.2.2. Средња животна доб (18-65),
2.3.2.3. Трећа животна доб (преко 65)?

7) Уколико Дом здравља нема регистрован ЦМЗ, а запошљава професионалце који пружају услуге у менталном здрављу, питања која се односе на ЦМЗ прилагодити датој ситуацији

2.4. Особље ЦМЗ (Извори: менаџмент и документација)
2.4.1. Да ли постоји план људских ресурса за заштиту менталног здравља?
2.4.2. Укупан број запослених у ЦМЗ? (број запослених еквивалентан пуном радном времену)
2.4.3. Квалификациона структура (медицински, немедицински, стручни сарадници)
2.4.4. Полна структура
2.4.5. Добна структура
2.4.6. Структура по радном стажу
2.4.7. Број и састав тимова
2.4.8. (Не)потпуност тимова
2.5. Обука професионалаца у заштити менталног здравља (Извори: особље, документација, нормативна акта установе, политике)
2.5.1. Да ли је особље обавезно да учествује у сталном стручном усавршавању? (наведите детаље: стицање научних звања, супервизије, континуирана едукација, размјена искустава, интерне едукације)
2.5.2. Да ли постоји план стручног усавршавања у служби?
2.5.3. Да ли је особље оспособљено за рад у тиму?
2.6. Процјена ризика по ментално здравље за особље ЦМЗ (Извори: особље, документација)
2.6.1. Да ли постоји интерни акт о процјени ризика?
2.6.2. Да ли се врши процјена задовољства на раду?
2.6.3. Да ли је било повреда на раду? (навести узроке)
2.6.4. У којој мјери сте задовољни послом? (организацијом, условима рада, дужином радног времена, платом)
2.6.5. Да ли свој посао доживљавате стресним?
2.6.5.1. Уколико да, наведите изворе стреса.
2.6.6. Да ли имате проблема у раду?
2.6.6.1. Уколико да, наведите најзначајније.
2.6.7. Каква је комуникација између стручњака у тиму?
2.7. Механизми за жалбе (Извори: менаџмент Дома здравља и ЦМЗ, корисници услуга у заштити менталног здравља, посматрање, документација, регистратор жалби, годишњи извјештај)
2.7.1. Да ли у Дому здравља и ЦМЗ постоје тијела задужена за заштиту права корисника у складу са важећим прописима?
2.7.2. На који начин се корисници услуга могу жалити?
2.7.3. Да ли су корисници упознати са својим правима и процесом оставаривања права? (билтени и брошуре, водичи итд.?)
2.7.4. Да ли су корисницима пружена неопходна средства за жалбе (нпр. оловке, папир, сигурне кутије)
2.7.5. Да ли се води регистар жалби?
2.7.6. Да ли постоји објављен годишњи извјештај и ревизија жалби?
2.7.7. Колико има неријешених жалби?
2.7.8. Који су кораци предузети у вези неријешених жалби и да ли постоји систем помоћи (нпр. заштитник права корисника)?
2.7.9. Да ли је било препорука Омбудсмена, инспекцијских служби и шта је по том питању учињено?
3. АДЕКВАТНОСТ ПРОСТОРА ЗА РАД ЦМЗ
3.1. Материјални и физички услови (Извори: посматрање)
3.1.1. Да ли ЦМЗ испуњава услове простора предвиђене законском регулативом?
3.1.2. Да ли је гријање адекватно?

3.1.3. Да ли је освјетљење адекватно?
3.1.4. Да ли се све просторије на адекватан начин провјетравају?
3.1.5. Да ли су задовољени хигијенски стандарди?
3.1.6. Да ли су просторије приступачне за особе са инвалидитетом (физичким, чулним)?
4. СЛОБОДА ИЗРАЖАВАЊА И МИШЉЕЊА И ПРИСТУП ИНФОРМАЦИЈАМА КОРИСНИКА ЦМЗ (Извор: посматрање, особље и корисници услуга)
4.1. Да ли корисници услуга могу слободно изразити своје мишљење без негативних посљедица од стране особља?
4.2. На који начин се корисницима услуга пружају информације о важним питањима као што су правила установе, њихова права, или савјетовање/групе за помоћ?
4.3. Да ли постоје јасно истакнута обавјештења/огласне плоче о радном времену, контакт телефону, члановима тима и слично?
4.4. Да ли су пружене информације релевантне и разумљиве на језицима корисника услуга?
5. УСЛУГЕ ЦМЗ (Извор: правилници, процедуре, евиденција заказаних прегледа, особље, корисници, анкетни упитници)
5.1. Да ли ЦМЗ пружа све услуге предвиђене номенклатуром услуга Фонда здравственог осигурања?
5.2. Да ли ЦМЗ користи клиничке водиче, водиле у раду и навести које?
5.3. Да ли постоји план унапређења квалитета пружених услуга?
5.4. На који начин се врши заказивање прегледа/консултација?
5.5. Да ли постоје листе чекања?
5.6. Који су максимални временски рокови за заказивање прегледа/консултација?
5.7. Колико у просјеку трају прегледи/консултације, а колико максимално? (да ли постоје норме?)
5.8. Колики је просјечан број корисника примљених на индивидуалне прегледе/консултације у једном дану)?
5.9. Да ли се раде неки облици групног рада?
5.10. Колики је просјечан број корисника у једној седмици добио групни третман било које врсте?
5.11. На који начин се збрињавају хитни случајеви (да ли постоје процедуре у писаној форми, на примјер за суицидне особе, делирантна стања, случајеве насиља у породици, и сл.)?
5.12. Да ли постоје процедуре о примању здравствених савјета телефонским путем?
5.13. Да ли установа има адекватан телекомуникацијски капацитет (директна телефонска линија, СОС линија, брза и стабилна интернет веза, итд.)?
5.14. Да ли тим обавља патронажне посјете и у којим случајевима?
5.15. Да ли служба посједује сопствено возило и мобилну опрему за патронажне посјете?
6. ИНТЕРСЕКТОРСКА САРАДЊА (Извори: документација, менаџмент, особље)
6.1. Да ли постоје обавезујући протоколи о сарадњи са осталим службама у оквиру дома здравља (породична, физикална, итд.)?
6.2. Да ли постоје обавезујући протоколи о сарадњи са психијатријским болницама и центрима за социјални рад?
6.2.1. Колико је корисника упућено на хоспитални третман?
6.2.1.1. Добровољно
6.2.1.2. Присилно
6.2.2. Да ли породична медицина извјештава ЦМЗ о случајевима директног упућивања корисника на хоспитални третман?
6.2.3. Колико је корисника ЦМЗ упућено у установе социјалне заштите?
6.2.4. Колико корисника са хроничним поремећајима је смјештено у заштићене куће/станове?
6.3. Каква је сарадња са судовима и центрима јавне безбједности?

6.4. Каква је сарадња са школама, невладиним организацијама, удружењима корисника?
7. ЗАБРАНА МУЧЕЊА, ЛОШЕГ ПОСТУПАЊА, ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА КОРИСНИКА УСЛУГА ЦМЗ (Извори: особље, корисници услуга, менаџмент Дома здравља, ЦМЗ, породичне медицине и хитне службе, документација)
7.1. Да ли се врши мониторинг људских права (навести појединости)?
7.2. На који начин је регулисана безбједност установе?
7.3. Да ли постоје утврђене процедуре усмјерене ка спречавању насиља?
7.4. На који начин је регулисана заштита дјеце и адолесцената?
7.5. Да ли се недавно десио неки проблем/инцидент?
7.6. Колико често се дешавају такви проблеми?
7.7. Да ли се такви инциденти евидентирају?
7.8. Реакција на инцидент – подузете мјере (управа, одговорно лице, особље, локална заједница)?
8. ХАБИЛИТАЦИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА КОРИСНИКА ЦМЗ (Извори: особље, корисници услуга, документација и менаџмент ЦМЗ)
8.1. Да ли се корисницима омогућава бављење осмишљеним активностима? (нпр. свакодневни послови, хобији, учење)
8.2. Које терапијске и рехабилитацијске активности су доступне? нпр. то може укључити активности као што су умјетност или терапија музиком, или може укључити окупациону терапију и могућност учења нових вјештина)
8.3. Колико је корисника укључено у неку од наведених активности?
8.4. Каква је могућност да корисници услуга изаберу активност коју желе?
8.5. Да ли активности имају смисла и да ли су угодне или је то само понављање досадних задатака?
8.6. Да ли је доступна нека врста међусобне подршке међу корисницима?
9. ПРИСТАНАК НА ЛИЈЕЧЕЊЕ (Извори: особље, корисници услуга, документација и менаџмент ЦМЗ)
9.1. Које процедуре се користе за добијање информисаног пристанка на лијечење?
9.2. Опиши шта ЦМЗ подразумева под информисаним пристанком?
9.3. Шта се дешава ако корисник услуга одбија третман (да ли се поштује одлука; да ли таква одлука може бити занемарена и под каквим условима)?
9.4. Да ли третман икада може бити наметнут? (навести детаље)
9.5. Како се корисници услуга могу жалити против одлуке да буду лијечени без пристанка?
9.6. Да ли се врши систематска ревизија налога за присилно лијечење од стране независног тијела?
10. ПРИСТУП СОМАТСКОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕТАЈЕМ (Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ и породичне медицине)
10.1. Да ли постоје било какве потешкоће у остваривању соматске здравствене заштите за оне којима је неопходна?
10.2. Који су физички здравствени проблеми били најзаступљенији у посљедњих годину дана?
10.3. Да ли корисници услуга имају приступ редовној провјери физичког здравља?
10.4. Да ли постоје баријере за приступ физичкој здравственој заштити?
11. ПРОМОЦИЈА СОМАТСКОГ ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА ТЈЕЛЕСНИХ БОЛЕСТИ (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)
11.1. Да ли корисници услуга имају приступ квалитетним услугама превенције болести и промоцији здравља, с обзиром на висок ниво соматских болести међу особама са менталним проблемима (нпр. вакцинације, провјера дијабетеса, мамографија)?
11.2. Да ли се врши редовна провјера физичког здравља у циљу откривања хроничних и малигнух обољења?
11.3. Колико је заступљен рад на превенцији соматских обољења?

12. ПРИСТУП УСЛУГАМА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА (Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ)
12.1. Да ли је омогућен редован приступ психијатру, или другим професионалцима за ментално здравље по захтјеву корисника?
12.2. Да ли корисници услуга имају могућност избора психијатра, или професионалца за ментално здравље?
12.3. Колико обично траје сусрет са психијатром, или професионалцем за ментално здравље?
12.4. Да ли су сусрети у дискрецији?
12.5. Које врсте процјене и третмана су доступни у кризним ситуацијама?
12.6. Колико су ставови психијатара, или професионалаца за ментално здравље, у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на клијента? (приступ/сензибилитет)
13. ПРИСТУП МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМА (Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ)
13.1. Да ли је корисницима услуга омогућен приступ медицинској сестри по захтјеву?
13.2. Да ли медицинске сестре имају специјалне обуке у заштити менталног здравља?
13.3. Какав је генерално квалитет његе коју пружају медицинске сестре?
13.4. Колико су ставови медицинских сестара у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на клијента? Приступ/сензибилитет
14. ПРИСТУП ПСИХОТЕРАПИЈИ, РАДНО-ОКУПАЦИОНОЈ И СОЦИОТЕРАПИЈИ (Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ)
14.1. Да ли корисници услуга могу користити услуге психотерапеута?
14.2. Да ли корисници услуга имају могућност избора психотерапеута?
14.3. Да ли корисници услуга могу користити услуге социјалног радника/социјалног терапеута и да ли постоји могућност избора социјалног радника/социјалног терапеута?
14.4. Да ли корисници услуга могу користити услуге радно-окупационог терапеута и да ли постоји могућност избора радно-окупационог терапеута?
15. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА ЦМЗ (Извори: корисници услуга, менаџмент, документација)
15.1. На који начин се врши протоколисање пружених услуга?
15.2. Да ли ЦМЗ има одвојене регистре за поједине групе корисника (с обзиром на врсту обољења, доб, стање корисника и сл.)?
15.3. Колико често се врши ревизија медицинских досијеа (хронични случајеви)?
15.4. Да ли се врши евиденција дневно обављених прегледа за поједине групе обољења?
15.5. Да ли се врши евиденција дневно прописаних лијекова?
15.6. Да ли документација садржи посебан повјерљив дио?
15.7. Да ли је заштита тајности одговарајућа?
15.8. Да ли је документација доступна онима који треба да јој приступе, укључујући и кориснике услуга?
15.9. Да ли постоје правила у вези са чувањем медицинске документације и начина архивирања?
15.10. Да ли се у случају потребе премјештаја релевантни дио документације корисника прослеђује љекарима у другој установи?
16. ПРИСТУП ОСОБЉУ ТИМОВА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ И ХИТНЕ СЛУЖБЕ (Извор: корисници услуга и особље ЦМЗ, породичне медицине и хитне службе)
16.1. Да ли корисници услуга могу видјети доктора породичне медицине по избору када им треба?
16.2. На који начин особље породичне медицине брине о менталном здрављу лица са менталним поремећајима?
16.3. Коју врсту тренинга има особље тимова породичне медицине у рјешавању здравствених тегоба лица са менталним поремећајима?

16.4. Који врсту тренинга има особље тимова породичне медицине у рјешавању здравствених потреба лица са интелектуалним тешкоћама?
16.5. Коју врсту тренинга има особље хитне службе у рјешавању здравствених тегоба лица са менталним поремећајима?
16.6. Коју врсту тренинга има особље хитне службе у рјешавању здравствених потреба лица са интелектуалним тешкоћама?
16.7. Како се одвија сарадња у збрињавању хитних случајева између ЦМЗ, породичне медицине и хитне службе?
16.8. Уколико Дом здравља нема ЦМЗ и не запошљава професионалце у менталном здрављу, у коју установу породични љекари упућују лица са менталним поремећајима да добију специјалистичке услуге у менталном здрављу?
16.9. Како породични љекари процјењују сарадњу са установама и професионалцима за ментално здравље из претходног питања?
17. ПРОМОЦИЈА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА (Извори: посматрање, корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)
17.1. На који начин се врши промоција менталног здравља и превенција менталних поремећаја?
17.2. Да ли постоје брошуре, информатори који промовишу важност, унапређење и превенцију менталног здравља?
17.3. Да ли су корисници упознати са факторима ризика и мјерама превенције за поједине менталне поремећаје?
17.4. Да ли постоје дефинисани програми за унапређење и заштиту менталног здравља поједних група корисника (дјеце, адолесцената, старих)?
17.5. Да ли постоје дефинисани програми за рад на редукцији стигме?
17.6. Да ли се спроводе програми превенције за ризичне групе корисника?
17.7. Да ли се прате статистички показатељи броја суицида, хомицида и преваленце појединих обољења на подручју које покрива установа?
17.8. Да ли у оквиру ЦМЗ постоје савјетовалишта за поједине групе корисника?
18. ЛИЈЕКОВИ (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ и породичне медицине)
18.1. Да ли су лијекови са есенцијалних листи редовно доступни и приступачни за кориснике ЦМЗ?
18.2. Да ли се у установи примјењују савремени, ефикасни, мање штетни психофармаци?
18.3. Да ли се с лијековима рукује у складу са договореним смјерницама клиничке праксе?
18.4. Да ли се лијекови чувају на одговарајући начин?
18.5. Да ли особље озбиљно схвата притужбе корисника услуга везано за нуспојаве и како реагују на то?
18.6. Да ли се преференције корисника по питању лијекова уважавају од стране психијатра?
19. АЛКОХОЛ, ЦИГАРЕТЕ И ДРОГЕ (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)
19.1. Да ли је и која врста помоћи/подршке доступна корисницима услуга са:
19.1.1. Проблемима с алкохолом?
19.1.2. Зависницима о цигаретама?
19.1.3. Зависницима о дрогама?
20. УКЉУЧЕНОСТ У ПЛАН ЊЕГЕ (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)
20.1. Да ли сваки корисник са хроничним и/или комплексним потребама има свој индивидуални план третмана?
20.2. Да ли сте и како учествовали у стварању свог индивидуалног плана третмана и рехабилитације?

20.3. Да ли корисник услуга може постављати питања и оспоравати садржај свог индивидуалног плана третмана (одабир лијекова, врсте и облици рехабилитације)?
20.4. Колико често се планови евалуирају?
20.5. Да ли су планови урађени на језику који је разумљив корисницима услуга?
21. ПРИСТАНАК ЗА УЧЕШЋЕ У ИСТРАЖИВАЊУ (Извори: корисници услуга, особље, менаџмент и документација ЦМЗ)
21.1. Да ли постоји процес давања пристанка у писаној форми за учешће у истраживању?
21.2. Да ли постоји независни процес етичког одобравања за истраживачке пројекте?
21.3. Да ли потенцијални учесници имају довољно информација како би могли донијети одлуку?
21.4. Да ли је истраживање проведено на особама који немају способност да одлуче о давању сагласности?
21.5. Да ли је накнада за учешће у истраживању уплаћена?
21.6. Да ли постоје било каква ограничења у приступу уобичајеној њези за кориснике услуга који нису дали сагласност да учествују у истраживању?

ПРИЛОГ 2.

СТАНДАРДИЗОВАНИ УПИТНИК ЗА РАД КОМИСИЈА ЗА ЗАШТИТУ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

**Праћење људских права и здравствене заштите
у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа
као и установама социјалне заштите**

1. ОПШТИ ПОДАЦИ
1.1. Назив, адреса, телефон установе
1.2. Име и презиме, звање и титула директора
1.3. Телефон, факс и e-mail директора
1.4. Ниво здравствене заштите – врста социјалне установе (секундарна и терцијарна здравствена заштита и установе социјалне заштите)
1.5. Датум(и) и вријеме посјете
1.6. Врста посјете
1.6.1. Редовна
1.6.2. ванредна (навести разлог посјете и приложити релевантну документацију)
1.7. Комисија
1.7.1. Предсједник (психијатар-неуропсихијатар)
1.7.2. Члан (психолог)
1.7.3. Члан (социјални радник)
1.7.4. Члан (представник јединице локалне самоуправе)
1.7.5. Члан (представник удружења корисника)
1.8. Разговор обављен са:
1.9. Прилози:
2. ИНФОРМАЦИЈЕ О УСТАНОВИ
2.1. Локација (Извор: Посматрање)
2.1.1. Описати локацију установе.
2.1.2. Да ли је смјештена у руралном или урбаном окружењу?
2.1.3. Каква је доступност јавним превозом?
2.1.4. Колико је удаљена од најближег града?
2.1.5. Да ли постоји могућност да корисници установе улазе у/излазе из установе без најаве (односи се на оне који су према закону смјештени у установу својом вољом)?
2.1.6. Да ли постоји портир/систем за провјеру посјетилаца на улазу и излазу?
2.2. Установа (Извор: менаџмент и документација)
2.2.1. Статус установе (оснивач, рјешење о упису у судски регистар)
2.2.2. Нормативна акта (статут и правилници)
2.2.3. Остала акта (упутства, протоколи, кућни ред, итд.)
2.2.4. Како се установа финансира?
2.2.4.1. Да ли има стабилан извор финансирања?
2.2.4.2. Колики је укупан износ финансијских средстава?
2.2.4.3. Ко партиципира у финансирању?
2.2.5. Да ли су извори финансирања и трошкови транспарентни?
2.2.6. Да ли је закључен уговор са Фондом здравственог осигурања?
2.3. Корисници⁸ (Извор: корисници установе, особље, посматрање)
2.3.1. Колико има кревета/мјеста у установи?
2.3.2. Колико особа спава ноћас на овом одјелу/установи?
2.3.3. Број мушкараца и жена? (изразити и процентуално)
2.3.4. Старосна структура
2.3.4.1. малољетни (испод 18)
2.3.4.2. средња животна доб (18-65)
2.3.4.3. трећа животна доб (преко 65)

8) Под термином **корисници** се подразумијевају особе/лица којима услуге пружају центри за ментално здравље, психијатријске установе и различите врсте установа социјалне заштите.

2.3.5. Већина особа на овом одјелу/установи су у којој од сљедећих категорија:
2.3.5.1. особе са дијагнозом менталног поремећаја
2.3.5.2. особе са интелектуалним тешкоћама
2.3.5.3. особе са дијагнозом зависности о опојним средствима или алкохолу
2.3.5.4. особе са неуродегенеративним дијагнозама (нпр. Алцхајмерова болест или деменција)
2.3.6. Којем проценту корисника установе је одузета или ограничена пословна способност (под старатељством)?
2.3.7. Ко су старатељи (чланови породице, стручно особље центара за социјални рад или друга блиска особа)?
2.3.8. Колико је корисника отпуштено у задњих 12 мјесеци:
2.3.8.1. у заједницу
2.3.8.2. у другу институцију
2.3.8.3. самовољно прекинуло третман у установи
2.3.9. Колико корисника је умрло у задњих 12 мјесеци?
2.3.9.1. природна смрт
2.3.9.2. инцидентна смрт
2.3.9.3. самоубиство
2.3.9.4. непознати узрок
2.3.10. Старосна доб умрлих?
2.3.11. Који је поступак за испитивање околности смртног случаја?
2.4. Особље (Извор: менаџмент и документација)
2.4.1. Да ли постоји план људских ресурса?
2.4.1.1. Укупан број запослених у установи/одјелу?
2.4.1.2. Квалификациона структура?
2.4.1.3. Однос медицинског и немедицинског особља?
2.4.1.4. Полна структура
2.4.1.5. Добна структура
2.4.1.6. Структура по радном стажу
2.5. Обука људских ресурса (Извори: особље, документација, нормативна акта установе, политике)
2.5.1. Да ли је особље обавезно да учествује у сталном стручном усавршавању?
2.5.2. Да ли постоји план стручног усавршавања у установи и ко га надзире, на који начин и колико често?
2.6. Процјена ризика по ментално здравље за особље установе (Извори: особље, документација)
2.6.1. Да ли постоји интерни акт о процјени ризика?
2.6.2. Да ли се у установи проводи процјена задовољства на раду?
2.6.3. Да ли је било повреда на раду? (навести узроке)
2.6.4. У којој мјери сте задовољни послом?
2.6.5. Да ли свој посао доживљавате стресним?
2.6.5.1. Уколико да, наведите изворе стреса.
2.6.6. Каква је комуникација међу различитим профилима стручњака?
2.6.7. Највећи проблеми у раду?
2.7. Механизми за жалбе (Извори: менаџмент, корисници установе, посматрање, документација, регистратор жалби, годишњи извјештај)
2.7.1. Да ли у установи постоје тијела задужена за заштиту права корисника у складу са важећим прописима?
2.7.2. На који начин се корисници установе могу жалити о било којем аспекту установе?
2.7.3. Да ли су корисници упознати са својим правима и процесом остваривања права? (нпр. билтени, брошуре, водичи итд.)
2.7.4. Да ли су корисницима установе пружена неопходна средства за жалбе (нпр. оловке, папир, сигурне кутије)?

2.7.5.	Да ли постоји заштитник права корисника?
2.7.6.	Да ли се води регистар жалби?
2.7.7.	Да ли постоји објављен годишњи извјештај и ревизија жалби?
2.7.8.	Колико има неријешених жалби?
2.7.9.	Који су кораци предузети у вези неријешених жалби и да ли постоји ситем помоћи?
2.7.10.	Да ли је било препорука Омбудсмена, инспекцијских служби и шта је по њима учињено?
3. СТАНДАРДИ И УСЛОВИ ЖИВЉЕЊА	
3.1. Материјални и физички услови (Извори: менаџмент, особље, корисници установе, посматрање у различитим просторијама - спаваће собе, трпезарије, просторије за терапију, WC, купатила)	
3.1.1.	Да ли је снабдијевање електричном енергијом адекватно?
3.1.2.	Да ли је гријање адекватно?
3.1.3.	Да ли постоје оштећења као што су сломљени прозори, оштећени зидови?
3.1.4.	Да ли су дијелови установе у које корисници имају приступ адекватно очишћени?
3.1.5.	Да ли је извршено сигурносно прилагођавање уређаја (отворени извори пламена, воде, машине са високим бројем обртаја и слично)?
3.2. Објекти (Извори: особље, корисници установе, посматрање)	
3.2.1.	Да ли су смјештајни капацитети/објекти генерално претрпани? (наведите детаље)
3.2.2.	Да ли постоји адекватан приступ вањским површинама?
3.2.3.	Да ли су објекти приступачни и прилагођени за особе с тјелесним инвалидитетом и оштећењима чула (нпр. вида и слуха)?
3.2.4.	Да ли постоје адекватно одвојена одјељења за мушкарце и жене?
3.3. Ручавање и храна (Извори: корисници установе, особље, посматрање кухиње, просторија за ручавање)	
3.3.1.	Опишите трпезарију: да ли постоји адекватан простор за јело?
3.3.2.	Да ли постоји седмични јеловник стандардизован по квалитету?
3.3.3.	Да ли је јеловник истакнут на видном мјесту?
3.3.4.	Ко може и у којим ситуацијама да мијења јеловник?
3.3.5.	На који начин се врши контрола припремања и чувања хране?
3.3.6.	Да ли постоји јеловник за посебне категорије пацијената (посебне дијете)?
3.3.7.	Да ли је корисницима пружена могућност избора obroка-ужине?
3.3.8.	Да ли је начин исхране прилагођен културолошким и вјерским обичајима?
3.3.9.	Како се набавља храна (тендери)?
3.3.10.	Како се складишти храна?
3.3.11.	За које вријеме постоје резерве?
3.3.12.	Који је начин дистрибуције и сервирања хране?
3.3.13.	Да ли храна генерално изгледа примамљиво?
3.3.14.	Да ли постоје било какви докази неухрањености међу корисницима установе? (наведите детаље)
3.3.15.	У којој мјери корисници установе имају приступ додатној ужини или obroку?
3.3.16.	Да ли се врше редовни санитарни прегледи особља?
3.3.17.	Како се врши одлагање отпада хране?
3.4. Вода (Извори: особље, посматрање, корисници установе)	
3.4.1.	Да ли је вода за пиће слободно доступна цијели дан свим корисницима установе?
3.4.2.	Да ли је вода из градског водовода?
3.5. Одјећа и обућа (Извори: особље, посматрање, корисници установе)	
3.5.1.	Да ли корисници установе могу носити одјећу по сопственом избору? (Да ли је одјећа њихова? Да ли носе униформе/пиџаме?)
3.5.2.	Да ли корисници имају одјећу и обућу прилагођену условима боравка?
3.5.3.	Како се одјећа чисти и колико често?
3.5.4.	Да ли постоји вешерај?

3.5.5.	Да ли постоје машине за прање и сушење?
3.5.6.	На који начин се одјећа и постељина складиште и односе са одјељења?
3.5.7.	На који начин је регулисано враћање одјеће корисника и постељине?
3.6. Спаваће собе (Извори: корисници установе, документација, посматрање)	
3.6.1.	Колико је кревета у свакој спаваћој соби?
3.6.2.	Колика је припадајућа квадратура по кориснику?
3.6.3.	Да ли постоје неки кревети прилагођени различитим потребама (хватаљка, антидекубитални душек и др.)?
3.6.4.	На који начин је регулисана дужина боравка корисника у спаваћим собама?
3.6.5.	На који начин се одржава хигијена и провјетравање?
3.6.6.	Да ли сваки корисник има свој кревет?
3.6.7.	Да ли се корисницима установе настоји изаћи у сусрет у случајевима кад изразе жељу за избором собе/особа са којима дијеле собу?
3.6.8.	Какво је стање и удобност кревета?
3.6.9.	Да ли има довољно плахти, јастука и дека и да ли су задовољавајућег квалитета и чистоће?
3.6.10.	Да ли корисници установе имају личне предмете и фотографије око свог кревета?
3.6.11.	Да ли постоји сигуран простор за сваког корисника установе у коме држи личне ствари?
3.7. Расвјета (Извори: посматрање и корисници установе)	
3.7.1.	Да ли су мјеста којима корисници установе имају приступ адекватно освјетљена?
3.7.2.	Да ли постоје позициона/оријентирна свјетла?
3.7.3.	Да ли постоје резервни акумулирајући извори расвјете?
3.8. Свјеж ваздух (Извори: посматрање и корисници установе)	
3.8.1.	Да ли се све просторије на адекватан начин провјетравају? (навести детаље - клима, вентилатори и сл.)
3.8.2.	Да ли се корисницима пружа могућност боравка на отвореном простору сваког дана и колико дуго?
3.9. Хигијена (Извори: особље, корисници установе, посматрање)	
3.9.1.	Да ли су просторије за одржавање личне хигијене слободно доступне?
3.9.2.	Да ли је доступна топла вода?
3.9.3.	Да ли особље користи исте тоалете које користе корисници установе?
3.9.4.	Приватност – да ли постоје адекватно одвојени објекти за мушкарце и жене? Да ли су тоалети, туш кабине, итд. одвојени?
3.9.5.	Да ли имају врата или су колективни?
3.9.6.	Да ли су чисти?
3.9.7.	Да ли је тоалет папир доступан у довољним количинама?
3.9.8.	У којој мјери су корисници установе надгледани од стране особља док користе купатила или тоалет?
3.9.9.	Да ли су задовољени минимални стандарди по питању омјера корисник/мокри чвор?
3.9.10.	На који се начин води надзор и пружа помоћ у одржавању личне хигијене корисника?
3.9.11.	Да ли су доступне потребне хигијенске потрештине?
4. ПРОЦЈЕНА ФИЗИЧКОГ ЗДРАВЉА ПРИЛИКОМ ПРИЈЕМА Извори: корисници установе, особље, документација	
4.1.	Да ли је Ваше физичко здравствено стање преконтролисано када сте дошли овдје?
4.2.	Да ли је провјера физичког здравља корисника установе рутински извршена након пријема и на бази информисаног пристанка ?
4.3.	Ко врши ову врсту прегледа?
4.4.	Да ли су Вам објашњени резултати обављеног прегледа?
4.5.	Да ли је ова медицинска процјена проведена поштујући припадност полу, култури и вјерској припадности?

4.6. Шта се дешава уколико корисник установе одбије преглед?
5. ИНТЕГРАЦИЈА У ЗАЈЕДНИЦУ НАКОН ОТПУШТАЊА ИЗ УСТАНОВЕ (Извори: особље, корисници установе, документација – индивидуални планови отпуштања)
5.1. Како се подршка и опоравак настављају након периода третмана у установи?
5.2. Ко учествује у пружању подршке за опоравак?
5.3. Кога бисте Ви жељели да укључите као подршку?
5.4. Које алтернативе за ову установу постоје у локалној заједници?
5.5. На који начин установа партиципира у процесу реинтеграције корисника у заједницу?
5.6. Ко је одговоран за осигурање постојања наведених облика подршке и укључености у заједницу?
6. УЧЕСТВОВАЊЕ У КУЛТУРНОМ ЖИВОТУ, РЕКРЕАЦИЈА, СЛОБОДНО ВРИЈЕМЕ И СПОРТ Извори: особље, корисници установе, посматрањем, документација – нпр. седмични распоред, постери, итд.
6.1. Каква је доступност новинама, магацинима, књигама, радију, телевизији, рачунарима?
6.2. Које врсте хобија, културних, рекреационих и спортских активности су доступне корисницима установе унутар овог одјела/установе?
6.3. Да ли има корисника установе којима није дозвољено учешће у некој од ових активности? Зашто не?
6.4. На који начин су ове активности доступне корисницима установе?
7. УЧЕШЋЕ У ПОЛИТИЧКОМ И ЈАВНОМ ЖИВОТУ Извори: особље, документација и корисници установе
7.1. Да ли се сваком кориснику омогућава коришћење права гласања у установи?
7.2. Да ли су дефинисане околности и стања у којима је корисницима онемогућено коришћење права на гласање?
7.3. Ко и на који начин утврђује стања и околности којима се онемогућава кориснику право на гласање?
7.4. Да ли корисници имају помоћ у остваривању њиховог права на гласање? (наведи детаље)
7.5. Да ли је неко искључен из гласања? (наведи детаље)
7.6. Да ли постоје докази о уплитању у процес гласања?
8. ОБРАЗОВАЊЕ, ТРЕНИНГ, РАД И ЗАПОШЉАВАЊЕ Извори: особље и корисници установе
8.1. Које врсте програма образовања су доступне у установи и/или у заједници? (нпр. универзитет, еквиваленти средњим школама, програми обуке, струковна образовања и сл.)
8.2. Колики проценат корисника установе учествује у програмима?
8.3. Да ли се корисници установе користе као особље које није плаћено?
8.4. Да ли је корисницима установе дозвољено да раде изван установе?
8.5. Да ли су корисници установе адекватно награђени за рад који обављају?
8.6. Како корисници установе налазе посао? Објасни процес.
8.7. Да ли би организовање кооперативе било корисно?
9. СЛОБОДА ВЈЕРОИСПОВИЈЕСТИ Извори: особље и корисници установе и посматрање
9.1. Које су могућности доступне корисницима за вјерске обреде по њиховој жељи? (унутар и ван установе)
9.2. Да ли постоји религијска пракса коју установа намеће? (наведи детаље)
9.3. Да ли је омогућено равноправно обиљежавање вјерских празника?
9.4. Да ли је омогућена посјета вјерских службеника?
9.5. Да ли је корисницима омогућено да живе у складу са вјерским обичајима?
10. КОРЕСПОНДЕНЦИЈА И ПОСЈЕТИОЦИ Извори: особље и корисници установе
10.1 Да ли постоји могућност за кориснике установе да имају дискрецију у кореспонденцији са било ким, путем писама, телефоном или електронском поштом, без ограничења?

10.2	Да ли корисници установе имају слободан приступ телефону у дискрецији?
10.3	Да ли им је дозвољено кориштење мобилних телефона?
10.4	Да ли корисници установе имају приступ интернету?
10.5	Да ли се интернет користи под надзором?
10.6	Да ли особље икада чита улазећу и излазећу пошту? Зашто?
10.7	Да ли особље потиче кориснике установе да одржавају контакте са људима који живе изван установе? Како?
10.8	Како особље пружа корисницима установе помоћ, уколико им је потребна, приликом коришћења телефона, или интернета, или код писања писама, као на примјер слабовидим особама?
10.9	Да ли су посјетиоцима без разлога ограничени сати у току којих могу доћи у посјету?
10.10	Могу ли дјеца доћи у посјету и на који начин је то регулисано?
10.11	Да ли постоје просторије за сусрете са посјетиоцима у дискрецији?
10.12	Да ли је било ко ограничен да има посјетиоце? На којим основама?
11.	ПОРОДИЦА И ПРАВО НА ПРИВАТНОСТ Извори: особље и корисници установе
<u>Уводна питања:</u>	
a.	Да ли имате могућност за дискрецију и приватност? (услови за живот, сексуалност, лична хигијена)
b.	Да ли је корисницима осигуран простор који могу закључати како би ту чували своје личне ствари?
c.	Да ли се корисницима допушта одлазак у собе када искажу потребу за тим током дана умјесто да су приморани остати на окупу са осталим корисницима у заједничким просторијама?
11.1. Брак	
11.1.1.	Да ли је било случајева склапања брака у установи?
11.1.2.	Да ли је било случајева развода брака у установи?
11.1.3.	Има ли брачних парова корисника у установи?
11.2. Контрацепција	
11.2.1.	Да ли је доступна контрацепција?
11.2.2.	Да ли је избор врсте контрацепције слободан?
11.2.3.	Да ли су некој од корисница установе дата средства за контрацепцију (нпр. таблете, инјекција) без сагласности?
11.2.4.	Да ли се расправљало о нуспојавама контрацепције приликом тражења сагласности за такав третман?
11.3. Трудноћа и родитељство	
11.3.1.	На који начин се проводе мјере превенције нежељене трудноће?
11.3.2.	Какав је став установе према корисници која изрази жељу за потомством?
11.3.3.	Колико је корисница установе затрудњело у посљедњих 12 мјесеци?
11.3.4.	Како установа реагује у случајевима трудноће?
11.3.5.	Да ли постоји могућност да родитељ(и) и дијете остану заједно?
11.4. Абортус	
11.4.1.	Када је посљедњи пут корисница ове установе имала абортус?
11.4.2.	Ко је донио одлуку о абортусу у конкретном случају и на који начин се доноси одлука о абортусу у установи?
11.4.3.	Да ли се може уложити жалба на ову одлуку?
11.4.4.	Ко је информисан о одлуци о абортусу? (очекивати је да је одговор да су информисани супруг/родбина/законски старатељ - ово је врло озбиљан поступак)
11.4.5.	Које су процедуре у вези информисаног пристанка?
11.4.6.	Које информације о абортусу су дате корисницама установе?

11.4.7. Да ли су абортуси икада обављени без сагласности кориснице установе? (наведите детаље)
11.4.8. Каква подршка је пружена корисници установе прије и после абортуса?
11.4.9. Уколико постоји корисница установе која је имала абортус, члан комисије може разговарати с њом о цијелом процесу (доношење одлуке, пристанак, исход/ компликације), ако она пристане.
11.4.10. Да ли постоје едукативни програми за здравствено просвјешћавање и превенцију нежељене трудноће у установи?
11.5. Стерилизација
11.5.1. Које су процедуре за слободан и информисани пристанак?
11.5.2. Које информације о стерилизацији су дате корисницима установе?
11.5.3. Ко одлучује о стерилизацији?
11.5.4. Ко је информисан о покретању стерилизације? (очекивати је да је одговор да су информисани супруг/родбина/законски старатељ - ово је врло озбиљан поступак)
11.5.5. Да ли је стерилизација обављена без информисаног пристанка корисника установе?
11.5.6. Која подршка је дата кориснику установе прије и после процедуре?
12. СЛОБОДА ИЗРАЖАВАЊА МИШЉЕЊА И ПРИСТУП ИНФОРМАЦИЈАМА Извор: особље и корисници установе
12.1. Да ли корисници установе могу слободно да изразе своје мишљење, поставе питања и жале се без негативних посљедица од стране особља?
12.2. Како корисници установе примају информације о важним питањима као што су правила установе, њихова права, или савјетовање/групе за помоћ?
12.3. Да ли су пружене информације релевантне и разумљиве на језицима корисника?
13. ЗАБРАНА МУЧЕЊА, ЛОШЕГ ПОСТУПАЊА, ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА Извори: особље, корисници установе, документација
13.1. Да ли установа врши интерни мониторинг поштивања људских права (навести појединости)?
13.2. Да ли је и када вршен екстерни мониторинг и од стране кога?
13.3. На који начин је регулисана безбједност установе?
13.4. Да ли постоје утврђене процедуре усмјерене ка спречавању насиља међу корисницима?
13.5. На који начин је регулисана заштита дјецe и адолесцената?
13.6. Да ли се недавно десио неки проблем/инцидент? (питање за кориснике)
13.7. Колико често се дешавају такви проблеми? (питање за кориснике)
13.8. Да ли се такви инциденти евидентирају?
13.9. Реакција на инцидент – подузете мјере (управа, одговорно лице, особље)?
13.10. Да ли постоји било какав доказ мучења, лошег поступања, злостављања или занемаривања?
13.11. Да ли постоје знаке намјерног злостављања корисника (физичко, психолошко, сексуално)?
13.12. Да ли корисници установе тврде да су били неадекватно третирани, злостављани или занемаривани? (наведите детаље)
13.13. Да ли је помоћно особље запослено у установи пажљиво изабрано и да ли је добило одговарајућу обуку прије преузимања дужности, односно током службе?
13.14. Да ли има знака да помоћно особље злоставља кориснике?
13.15. У случају бијега корисника, да ли постоје прописане процедуре за дјеловање у таквој ситуацији? (Да ли се особље кажњава и како?)
13.16. У поступку кажњавања, да ли се примјењује новчана казна?
13.17. Да ли се занемарују корисници који се сматрају неугодним, или без могућности рехабилитације?
14. ПОСТУПАК ПРИСИЛНЕ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ И МОГУЋНОСТИ РЕВИЗИЈЕ ПРОЦЕДУРЕ Извори: корисници установе, закон, особље, документација – судска или болничка документација
14.1. Да ли се одговарајуће правне процедуре за присилно задржавање у потпуности проводе сагласно важећим прописима из ове области?

14.2.	Да ли су корисници установе који су присилно задржани рутински и у потпуности информисани о њиховим правима, укључујући право жалбе против задржавања?
14.3.	Да ли су осигуране „информативне брошуре“ за кориснике и чланове њихових породица које садрже информације о функционисању установе, као и правима корисника?
14.4.	Да ли се примјењује законска регулатива о заштити лица са менталним поремећајима?
14.5.	Да ли су у установи доступни помоћ и правно заступање везано за присилно задржавање?
14.6.	Да ли се у редовним интервалима врши ревизија потребе за продуженим смјештајем у установу?
14.7.	Да ли је осигурано право корисника да у разумним временским размацима затражи од судских власти да преиспитају нужност смјештаја у установу?
14.8.	Да ли у установи има особа које су задржане због недостатка одговарајућих вањских установа?
14.9.	Да ли је установа осигурала неопходно и одговарајуће прилагођавање у складу са специфичним потребама присилно задржаног корисника?
15. СРЕДСТВА ЗА ОГРАНИЧЕЊЕ СЛОБОДЕ КРЕТАЊА, ФИЗИЧКО СПУТАВАЊЕ И ИЗОЛАЦИЈУ	
Извори: особље, корисници установе, документација и посматрање	
15.1.	Да ли се одузимање слободе кретања корисницима (ограничење/изолација) проводи у складу са позитивним законским рјешењима?
15.2.	Које се врсте физичког спутавања користе? (нпр. магнетне везалице, лисице, кожане траке, кревети са оградом или лијекови)
15.3.	Да ли се користи изолација? Ако ДА, погледајте собу за изолацију и опишите- величину, локацију, доступност тоалета, приступ прозору, могућност да се обрате особљу у случају нужде, и слично.
15.4.	Под којим околностима се користе ограничење/изолација?
15.5.	Које су индикације за коришћење ограничења/изолације и колико дуго максимално траје?
15.6.	Које је најдуже вријеме примјене ограничења или изолације у посљедњих годину дана?
15.7.	Ко је овлаштен да одлучује о ограничењу/изолацији и под којим условима?
15.8.	Како се врши преиспитивање коришћења ограничења/изолације и прекид?
15.9.	Да ли је корисницима установе допуштено да су изван ограничења/изолације када је потребно отићи у тоалет?
15.10.	Да ли је корисницима, који су у изолацији, омогућен контакт са другим људима?
15.11.	Да ли је ограничење/изолација икада коришћено као кажњавање?
15.12.	Да ли се коришћење ограничења/изолације евидентира у посебној књизи установљеној за ту сврху (као и у пацијентовом досијеу)?
15.13.	Да ли упис у посебну књигу евиденције о примјени мјера ограничења/изолације садржи: вријеме кад је мјера започета и окончана; околности случаја; разлоге за прибјегавање тој мјери; име љекара који је одобрио мјеру и опис свих озледа корисника и особља?
15.14.	Ко врши мониторинг стања физички спутане/изолизоване особе?
15.15.	Да ли се ограничење или изолација користе због недовољног броја особља?
15.16.	Да ли постоји редовна вањска контрола политика и праксе физичког ограничавања/изолације?
16. ХАБИЛИТАЦИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА	
Извори: особље, корисници установе, документација	
16.1.	Да ли се корисницима омогућава преузимање одговорности за себе и бављење осмишљеним активностима? (нпр. свакодневни послови, хобији, учење)
16.2.	Које су терапијске и рехабилитацијске активности доступне? (нпр. то може укључити активности као што су умјетност или терапија с музиком, или може укључити окупациону терапију и могућност учења нових вјештина)
16.3.	Колико је корисника укључено у неку од наведених активности?
16.4.	Каква је могућност да корисници установе изаберу активност коју желе?

16.5.	Да ли активности имају смисла и да ли су угодне или је то само понављање досадних задатака?
16.6.	Да ли је доступна нека врста међусобне подршке међу корисницима?
16.7.	Да ли се у установи праве индивидуални планови третмана који укључују и рахабилитацијске програме?
16.8.	Уколико постоје за горе наведена питања одређена ограничења, на који су начин она дефинисана?
17. ПРИСТАНАК НА ЛИЈЕЧЕЊЕ	
Извори: особље, корисници установе, документација	
17.1.	Која процедура се користи у установи за добијање информисаног пристанак на лијечење?
17.2.	Опиши шта установа подразумева под информисаним пристанком?
17.3.	Шта се дешава ако корисник установе одбија третман? (да ли установа поштује одлуку, да ли таква одлука може бити занемарена и под каквим условима?)
17.4.	Када и под каквим околностима третман може бити наметнут? (навести детаље)
17.5.	По којој процедури се корисници установе могу жалити против одлуке о лијечењу без њиховог пристанка?
17.6.	Да ли се врши систематска ревизија налога за присилно лијечење од стране независног тијела?
18. ПРИСТУП СОМАТСКОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ	
Извори: корисници установе и особље	
18.1.	Да ли корисници установе имају приступ редовној провјери физичког здравља?
18.2.	Да ли постоје било какве потешкоће у остваривању соматске здравствене заштите за оне којима је неопходна?
18.3.	Који су физички здравствени проблеми били најзаступљенији у посљедњих годину дана?
18.4.	На који начин корисник остварује право на неки други специјалистички третман?
18.5.	На који начин установа рјешава ургентна / витално угрожавајућа соматска стања?
18.6.	Ко сноси трошкове за заштиту физичког здравља?
18.7.	Које трошкове морају покрити корисници установе и да ли је то њима финансијски доступно?
18.8.	Шта се дешава са корисником установе који не може покрити те трошкове?
18.9.	Да ли постоје друге баријере за приступ соматској здравственој заштити?
19. ПРОМОЦИЈА СОМАТСКОГ ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА ТЈЕЛЕСНИХ БОЛЕСТИ	
Извори: корисници установе, особље, документација	
19.1.	Да ли корисници установе имају приступ квалитетним услугама промоције здравља и превенције болести, с обзиром на висок ниво соматских болести међу особама са менталним проблемима? (нпр. вакцинације, провјера дијабетеса, мамографија)
19.2.	Да ли се корисницима установе мјери тјелесна тежина приликом пријема и редовно након тога?
19.3.	Да ли постоје приступачни објекти за физичко вјежбање?
19.4.	Да ли постоје баријере за коришћење таквих објеката?
19.5.	Да ли се врши редовна провјера физичког здравља у циљу откривања хроничних и малигних обољења?
19.6.	Колико је заступљен рад на превенцији соматских обољења?
20. ПРИСТУП УСЛУГАМА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	
Извори: корисници установе и особље	
20.1.	Да ли је корисницима омогућен редован приступ психијатру, или другим професионалцима за ментално здравље?
20.2.	Колико често се корисници установе сусрећу са психијатром, или професионалцима за ментално здравље?
20.3.	Колико сати седмично су психијатар, или професионалци за ментално здравље, присутни на одјелу?

20.4. Да ли корисници установе имају могућност избора психијатра, или професионалаца за ментално здравље?
20.5. Колико обично траје сусрет са психијатром, или професионалцем за ментално здравље?
20.6. Да ли су сусрети у дискрецији?
20.7. Које врсте процјене и третмана су доступни у кризним ситуацијама менталног здравља?
20.8. Колико су ставови психијатара или професионалаца за ментално здравље у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на корисника? (приступ, сензибилитет).
21. ПРИСТУП ЛЕКАРИМА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ Извор: корисници установе и особље
21.1. Да ли и на који начин установа и корисници остварују комуникацију са љекарима породичне медицине?
21.2. Да ли установа примјењује законске одредбе које се односе на упућивање корисника на друге нивое здравствене заштите?
22. ПРИСТУП МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМА И ОСОБЉУ ЗА ЊЕГУ Извори: корисници установе и особље
22.1. Да ли је корисницима установе омогућен приступ медицинској сестри, или особљу за његу, када они желе?
22.2. Да ли медицинске сестре и особље за његу имају специјалну обуку из менталног здравља?
22.3. Какав је генерално квалитет његе коју пружају медицинске сестре и особље за његу?
22.4. Колико су ставови медицинских сестара и особља за његу у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на корисника? (приступ, сензибилитет)
22.5. Колико сати седмично је присутна квалификована медицинска сестра у организационој јединици?
23. ПРИСТУП ТЕРАПИЈИ Извори: корисници установе и особље
23.1. Да ли корисници установе могу користити услуге психотерапеута, и да ли постоји могућност избора психотерапеута?
23.2. Да ли корисници установе могу користити услуге социјалног радника/социјалног терапеута и да ли постоји могућност избора социјалног радника/социјалног терапеута?
23.3. Да ли корисници установе могу користити услуге окупационог терапеута и да ли постоји могућност избора окупационог терапеута?
24. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА Извори: корисници установе и документација
24.1. Да ли се историја болести уредно води?
24.2. Да ли постоји на нивоу установе установљен интерни протокол о обавезном сету лабораторијских и других дијагностичких претрага?
24.3. Да ли историја болести садржи периодичне извјештаје психијатра о стању менталног здравља корисника?
24.4. Да ли документација садржи посебан повјерљиви дио?
24.5. Да ли је заштита тајности одговарајућа?
24.6. Да ли је документација доступна онима који треба да јој приступе, укључујући и кориснике установе?
24.7. Да ли је документација доступна дежурном љекару?
24.8. Да ли постоје правила у вези са чувањем медицинске документације и начина архивирања?
24.9. Да ли се у случају премјештаја релевантни дио документације корисника прослеђује пријемној установи?
24.10. Да ли се у случају отпуштања релевантни дио документације прослеђује надлежном љекару породичне медицине, или психијатру у центру за ментално здравље, и да ли се за то тражи пристанак корисника?

25. ЛИЈЕКОВИ (Извори: корисници установе, особље, документација)
25.1. Да ли су лијекови са есенцијалних листи редовно доступни и приступачни за кориснике установе?
25.2. Да ли се у установи примјењују савремени, ефикасни, мање штетни психофармаци?
25.3. Да ли се с лијековима рукује у складу са договореним смјерницама клиничке праксе?
25.4. Да ли се лијекови чувају на одговарајући начин?
25.5. Да ли особље озбиљно схвата притужбе корисника везано за нуспојаве и да ли реагују на то?
25.6. Да ли се преференције корисника уважавају од стране особља? (нпр. административни пут)
25.7. Да ли постоје било какви докази о неконтролисаној давању лијекова како би се олакшала контрола и надзор над корисницима умјесто за њихову личну корист?
25.8. Да ли постоје докази да је особљу на дужности дато превише слободе у одлучивању о кориштењу лијекова? (нпр. о кориштењу "по потреби" лијекова)
25.9. Шта се дешава када корисници установе не желе да узму прописане лијекове?
25.10. Да ли постоје писани докази о третману и дозама?
25.11. Да ли се дозирање врши према прихваћеним алгоритмима за лијечење појединих клиничких стања?
26. ДИЈАГНОЗА (ТЈЕЛЕСНА И МЕНТАЛНА) (Извори: корисници установе, особље, документација)
26.1. Да ли љекар на основу стручних стандарда успоставља дијагнозу стања тјелесног здравља?
26.2. Да ли љекар на основу стручних стандарда успоставља дијагнозу стања менталног здравља?
27. ЕЛЕКТРО-КОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА (ЕКТ) (Извори: корисници установе, особље, документација)
27.1. Да ли се ЕКТ примјењује у установи и за које индикацијско подручје?
27.2. Да ли се ЕКТ икада примјењује без успављивања/анестезије/опуштања мишића?
27.3. Да ли се корисницима дају све релевантне информације о нужности и начину примјене ЕКТ-а?
27.4. Да ли су детаљи сваког ЕКТ третмана документовани?
27.5. Које су нуспојаве забиљежене?
27.6. Да ли је ЕКТ коришћена на начин да је схваћен од стране корисника установе као облик казне?
27.7. Шта се дешава ако корисник установе одбије ЕКТ?
27.8. Да ли се ЕКТ терапија примјењује изван видног домета осталих?
27.9. Да ли се ЕКТ терапија биљежи у посебној књизи, како би се избјегла непожељна пракса, односно да би се таква пракса могла јасно идентификовати од стране менаџмента установе?
28. АЛКОХОЛ, ЦИГАРЕТЕ И ДРОГЕ (Извори: корисници установе, особље, документација)
28.1. Да ли је алкохол доступан корисницима установе на истој основи као у локалној заједници?
28.2. Да ли су цигарете доступне корисницима установе на истој основи као у локалној заједници?
28.3. Да ли особље обраћа пажњу у вези коришћења психоактивних супстанци од стране установе?
28.4. Која врста помоћи/подршке је доступна корисницима установе са:
28.4.1. проблемима с алкохолом?
28.4.2. зависницима о цигаретама?
28.4.3. зависницима о дрогама?
29. УКЉУЧЕНОСТ У ПЛАН ТРЕТМАНА И ЊЕГЕ Извори : корисници установе, особље, документација
29.1. Да ли се у установи проводи индивидуални план третмана и његе?
29.2. Да ли сте учествовали у креирању плана Вашег третмана и његе?
29.3. Како су корисници установе укључени у прављење њихових планова третмана и његе?

29.4. Да ли корисници установе могу постављати питања и оспоравати садржај њихових планова третмана и њега? (одабир лијекова, врсте и облици рехабилитације)
29.5. Колико често се планови третмана и њега евалуирају?
29.6. Да ли су планови третмана и њега урађени на језицима који су разумљиви корисницима установе ?
30. ПРИСТАНАК НА УЧЕШЋЕ У ИСТРАЖИВАЊУ Извори: корисници установе, особље, документација
30.1. Да ли постоји процес давања пристанка у писаној форми за учешће у истраживању?
30.2. Да ли постоји независни процес етичког одобравања за истраживачке пројекте?
30.3. Да ли потенцијални учесници имају довољно информација како би могли донијети одлуку?
30.4. Да ли је истраживање проведено и на људима који су присилно задржани?
30.5. Да ли је истраживање проведено на особама које немају способност да одлуче о давању сагласности?
30.6. Уколико се медицинско истраживање проводи у установи на особама који су присилно задржане, или које су због природе менталног поремећаја неспособне да дају сагласност, кога је потребно о томе информисати?
30.7. Да ли је накнада за учешће у истраживању уплаћена?
30.8. Да ли постоје било каква ограничења у приступу уобичајеној њези за кориснике који нису дали сагласност да учествују у истраживању?
30.9. Навести остале околности везане за учешће корисника у истраживању а која су регулисана Законом о заштити особа са менталним поремећајима.

8. Водич за примјену стандардизованог Упитника за рад Комисија за заштиту особа са менталним поремећајима

8.1. Десет корака мониторинга људских права

Након разматрања принципа мониторинга, међународног правног оквира, као и позитивног законодавства Босне и Херцеговине, потребно је направити преглед основних корака мониторинга као и неких метода обухватања примљених информација. Овај дио садржи водич корак-по-корак кроз цијели процес мониторинга људских права у установама за ментално здравље и социјалну заштиту. Укључује питања која они који обављају мониторинг треба да поставе самима себи. Намјера је да се онима који обављају мониторинг помогне да размисле о сваком кораку и планирају га унапријед. Циљ овог дијела је да се члановима Комисија пружи практична помоћ у циклусу мониторинга.

Основни кораци мониторинга људских права су сљедећи:

1. Одредите циљеве мониторинга
2. Формирајте тим за мониторинг
3. Обучите особе које ће обављати мониторинг
4. Прикупите основне информације
5. Планирајте посјете
6. Обавите посјете
7. Напишите извјештај
8. Подијелите извјештај

9. Урадите процјену процеса

10. Планирајте будуће посјете

Корак 1 - Одредите циљеве мониторинга

Формулисање концепта мониторинга корисно је пошто се они који га обављају могу побринути да се финансијски и временски ресурси користе ефикасно, те да актери разумију пројекат. Концептуализирање је, такође, од кључног значаја да би се пројектне идеје представиле потенцијалним финансијерима и владама, гдје су они директни партнери у мониторингу.

Први корак у провођењу мониторинга људских права јесте одређивање специфичних циљева мониторинга.

Препоручујемо да циљеви буду СМАРТ (паметни) (енг. Specific – специфични; Measurable – мјерљиви; Agreed – усаглашени; Realistic – реални и Time-bound – временски ограничени).

Овдје особе које обављају мониторинг треба да узму у обзир разна практична питања, попут ових који слиједе:

- Који су социјални, технолошки, економски, еколошки и политички контексти у којима ће се

пројекат проводити?

- Може ли тим за мониторинг имати користи од ангажовања других људи, спољних сарадника, попут стручњака, писаца, лектора, преводилаца, стручњака за планирање, особа за психолошку подршку, стручњака за издаваштво, итд.?
- Која ће бити циљна публика било којег резултирајућег извјештаја?
- Који је временски оквир мониторинга? Шта се реално може урадити током тог временског периода, имајући на уму вријеме потребно за планирање посјета, обављање посјета у једној установи (обично у трајању од једног до два дана), писање извјештаја након посјете, а потом консолидовање налаза и сажимање извјештаја за циљну публику?
- Колики је буџет и који су ресурси још потребни? Одакле ће се тражити додатно финансирање?
- Које накнадне активности они који обављају мониторинг треба да планирају да би се провеле

препоруке из извјештаја?

Да би се одговорило на ова питања, Комисије за мониторинг требаће обавити прелиминарна истраживања. То може укључивати разговоре с људима који су били, или су укључени у ово подручје и набавку свих материјала који су већ урађени.

При одлучивању о циљевима мониторинга, треба узети у обзир који су најозбиљнији проблеми, која количина мониторинга је изводљива и шта је то што може промијенити ситуацију. Корисно је имати на уму да мониторинг има потенцијала да буде ефикасан, јер омогућава да аргументи буду подупрти доказима. Да би се осигурало прикупљање довољне количине доказа, може се показати корисним сужавање обима мониторинга, на примјер, на једно подручје људских права или једну географску област. Златно је правило да мониторинг и накнадне активности увијек трају дуже него што је планирано!

Они који обављају мониторинг могу уписати циљеве мониторинга у доље дату табелу:

Специфичан циљ	Како се мјери?	С ким је усаглашен?	Колико је реалан?	До када?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Корак 2 - Формирајте тим за мониторинг

Мониторинг увијек треба обављати у тиму (Комисији) који представља групу људи који раде на постизању заједничког циља. Тимски рад значи постојање више људи који ће прикупљати информације, више људи који ће чути и видјети шта се дешава, више људи који проводе мониторинг који могу подијелити

и истраживати различите дијелове установе, и постојање мултидисциплинарне перспективе. Постојање тима омогућава узајамну подршку која је нарочито важна, ако се узме у обзир да је мониторинг увијек стресан, а понекад и изузетно узнемирујући.

Принцип мониторинга људских права је свакако и “формирање вјеродостојног тима”, те да тим, односно Комисија за мониторинг, треба бити мултидисциплинаран и састојати се од, минимално, једне особе која је била или јесте корисник услуге, особе медицинске струке и особе из области људских права. Они који обављају мониторинг треба да се побрину да сви чланови тима за мониторинг буду детаљно обучени у области методологије мониторинга (види Корак 3. Обучите оне који обављају мониторинг).

Босна и Херцеговина се определијелила за систем формирања независних комисија у саставу од по пет чланова, и то: доктор медицине специјалиста неуропсихијатар/психијатар, психолог, дипломирани правник, социјални радник, представник локалне заједнице или представник удружења корисника. Што се тиче броја и успоставе комисија, одредбе Правилника вођене су Уставном подјелом надлежности у области здравства. Тако за Републику Српску имамо 3 Комисије, које покривају одређена

подручја, дефинисана Правилником, док у Федерацији БиХ имамо Комисије на нивоу кантона и једну Комисију на нивоу Федерације БиХ.

Корак 3 - Обучите особе које обављају мониторинг

За обављање посјета у сврху провођења мониторинга људских права потребан је подједнак ниво разумијевања и припремљености свих особа које обављају мониторинг. Да би се то осигурало, обука свих чланова Комисије представља добар почетак.

Имајући на уму количину информација које се налазе у Водичу, те да би се дало довољно времена онима који ће обављати мониторинг да савладају информације и размисле о њима, за обуку треба одвојити барем три дана. У додатној дводневној сесији, Комисија може даље разрађивати специфичне циљеве својих посјета у оквиру мониторинга и слиједити наредне кораке везане за мониторинг људских права који су наведени у овом водичу.

Број сесије	Садржај	Биљешке о томе ко може водити сесију, колико је времена потребно и која је опрема неопходна
1	Увод у мониторинг људских права <ul style="list-style-type: none"> • Шта су људска права? • Зашто их треба надгледати? • Тешкоће мониторинга људских права у установама? 	
2	Очекивања, искуства и стручност особа које обављају мониторинг <ul style="list-style-type: none"> • Дискусија о страховима и изазовима • Дискусија о заједничком раду: корисници и бивши корисници психијатријских услуга 	
3	Људска права и инвалидност <ul style="list-style-type: none"> • Дискусија о тренутним проблемима и специфичним локалним проблемима • УН Конвенција о правима особа са инвалидитетом • Упознавање са брзим груписањем питања 	
4	Мониторинг људских права <ul style="list-style-type: none"> • Сврхе • Принципи • Технике 	
5	Практиковање вјештине испитивања <ul style="list-style-type: none"> • У трочланим групама (особа 1 има улогу испитивача, особа 2 улогу испитиваног- особље или резидент, а особа 3 је посматрач) практикујте вјештину испитивања. Улога посматрача је да испитивачу да повратну информацију помињањем и позитивне и негативне праксе. Свако би требало, барем једном, одиграти сваку од улога. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Да би се припремиле за прикупљање информација посматрањем, особе које обављају мониторинг треба да прођу кроз теме и брза питања презентована у Водичу и разговарати о специфичним информацијама које ће се прикупити посматрањем. Када се заврши са једноставним посматрањима, особе које обављају мониторинг треба, такође, да разговарају о начину обављања посматрања у вези са тако тешким питањима као што је моћ, комуникација, ставови (за практиковање се може, такође, користити документарни филм о установама) • Разговор о етичким и осјетљивим питањима 	
6	<p>Практиковање вјештина посматрања</p> <ul style="list-style-type: none"> • Замолиите учеснике да наведу све ставке/проблеме које ће можда посматрати у установи • Замолиите учеснике да опишу просторију у којој се тренутно налазе 	
7	<p>Теме о којима треба детаљније разговарати, а у вези са инвалидитетом и људским правима. Оне могу укључивати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перспективе корисника о људским правима • Услуге у заједници • Ограничења и изолацију • Право на здравље • Позитивни прописи о људским правима 	
8	<p>Суочавање са тешким ситуацијама</p> <ul style="list-style-type: none"> • Упади особља • Обмане • Ризик штете • Откривање самоповређивања и повређивања других 	

Корак 4 - Прикупите основне информације

Особе које обављају мониторинг треба да прибаве и побрину се да разумију правне информације, попут закона, уредби и других законских извора, као и политике менталног здравља и социјалне заштите. Познавање релевантних закона и политика је кључно да би Комисија била вјеродостојна у својој анализи. Детаљно разумијевање релевантних закона и политика повећаће ниво прецизности, а тиме и вјеродостојности и могућег утицаја било којег резултирајућег извјештаја.

Прописи који могу бити релевантни укључују: Устав, закони о здравственој заштити, закони о парничном и ванпарничном поступку, кривични закони, закони о кривичном поступку, породични закони, закони о старатељству/одлучивању, закони о социјалној заштити, закони против дискриминације, или други прописи у вези са људским правима, као што су они о гласању, браку, правима на смјештај, запослење и образовање.

Поред тога, могу постојати и правно обавезујуће уредбе или други прописи који имају законску

снагу. Закони се могу наћи на интернету или преко владиних канцеларија, и сл.

Они који обављају мониторинг треба, такође, да буду упознати са међународним (нпр. УН Конвенција о правима особа са инвалидитетом) и регионалним споразумима о људским правима које је ратификовала држава у којој се проводи мониторинг. Они треба да континуирано анализирају домаће одредбе према овим међународним правним инструментима да би видјели до којег степена су постојећи прописи у складу са уставом земље, као и међународним правом људских права.

Правна анализа може бити обесхрабрујући задатак за оне који нису правници, стога је веома корисно за члана Комисије имати правника који разумије људска права.

Поред детаљног разумијевања релевантног законског оквира, они који обављају мониторинг, треба да сакупљају и разумију информације о систему менталног здравља и социјалне заштите у одређеној земљи. Постоје различити извори тих информација,

као на примјер:

- извјештаји међувладиних организација, попут УН-а и Вијећа Европе (нарочито је важно погледати извјештаје Европске комисије за спречавање мучења, те закључне опсервације механизма мониторинга, као што је Европска комисија за социјална права и УН Конвенција о правима особа са инвалидитетом);
- извјештаји домаћих и међународних невладиних организација, државних установа за људска права или канцеларије Омбудсмана. Нарочито би занимљиви могли бити извјештаји из сјене предати релевантним тијелима за мониторинг споразума;
- медијски извјештаји и чланци;
- академске књиге, чланци у журналним, укључујући необјављене материјале попут магистарских и докторских теза;
- владине информације; на примјер, статистички подаци о броју људи под старатељством, броју људи који су смјештени у установе на основу менталних тешкоћа, или броју људи који су резиденти у установама социјалне заштите.

Особе које обављају мониторинг ће се, без сумње, требати састајати и разговарати с људима који посједују знање и искуство у вези с питањима за која ће се обављати мониторинг. Нарочито су незамјењиви разговори с људима на које је систем имао директан утицај, наиме људи који имају менталне проблеме и интелектуалне потешкоће, те организацијама које их представљају. Контролна листа има намјену да буде водич за особе које обављају мониторинг у вези са прикупљањем информација пуно прије планирања или обављања било каквих посјета.

1. Установе и организација заштите

- a) Колико је доле наведених установа у вашој земљи?
 - i) Психијатријске болнице
 - ii) Психијатријски одјели у општим болницама
 - iii) Домови за бригу о одраслима са менталним тешкоћама
- b) Колики је укупан број установа?
- c) Који је укупан број кревета у тим установама?
- d) Која су главна управна тијела у овим установама? Каква је званична структура одговорности тамо? (на примјер, постоји ли управна комисија или систем контроле од стране министарства или не постоје спољне контроле управе?)
- e) Како се обезбјеђују средства за ове установе?
 - i) Који је њихов извор и који је износ?

ii) Јесу ли буџети јавни документи?

2. Независни мониторинг

- a) Да ли икакав независни орган/тијело надгледа људска права у свакој од ових установа?
- b) Који су називи и контакт информације ових тијела?
- c) Како често они посјеђују установе?
- d) Ко обавља мониторинг? (психијатри, правници, корисници услуга, итд). Да ли тијело/тијела издаје/издају јавне извјештаје о посјетама? Ако је одговор потврдан, набавите копије свих извјештаја о посјетама у посљедњих пет година.
- e) Је ли ваша земља ратификовала Опциони протокол УН-ове Конвенције против мучења? Ако је одговор потврдан, да ли је земља основала или одредила “државни превентивни механизам”?

3. Алтернативе установама

- a) Какве алтернативе постоје за људе са менталним проблемима изван установа за заштиту?
- b) Какве алтернативе постоје за људе са интелектуалним тешкоћама изван установа за заштиту?
- c) Каква је позадина ових алтернатива, другим ријечима, када су ове услуге развијене?
- d) Колико људи користи различите врсте ових услуга?
- e) Ко плаћа ове услуге?

4. Правна способност

- a) Које правне одредбе ваша земља има да би регулисала начин доношења финансијских, здравствених и социјалних одлука од стране/ за људе са тешкоћама који не посједују функционалну способност? То би, на примјер, могли бити прописи о старатељству, прописи о менталној неспособности, или упутства о будућој здравственој њези у одређеним околностима.
- b) Када је овај систем уведен у вашој земљи?
- c) Да ли је систем реформисан? Ако је одговор потврдан, каква је била природа реформе? Наведите права која су узета од одрасле особе када дође под старатељство или други облик правне заштите?

5. Процедуре присилног пријема и лијечења

- a) Под којим околностима психијатри у вашој земљи могу смјестити неку особу у установу због менталних проблема? Мораћете погледати прописе о менталном здрављу и прописе о здравственој заштити. Написмено наведите критеријуме дате у закону.

b) Шта ви мислите о овим критеријумима? На примјер, јесу ли исувише општи, исувише уски, специфични, или нису довољно специфични? Како бисте ви преформулисали критеријуме?

c) Јесу ли коришћена упутства о будућој здравственој њези у одређеним околностима везане за менталну здравствену заштиту и заједнички кризни планови? Како то функционише?

6. УН Конвенција о правима особа са инвалидитетом

a) Да ли је ваша земља потписала/ратификовала ЦРПД и Опциони протокол? (провјерите на страници: www.un.org./disabilities/)

b) Ако је одговор негативан, постоје ли планови да то учини?

c) Која су, по вашем мишљењу, три члана Конвенције који ће бити најпроблематичнији за вашу земљу што се тиче поштивања истих? Зашто?

7. Медији

a) Путем интернет претрага, прикупите 10 прича о било којем аспекту људских права особа са менталним и интелектуалним потешкоћама из ваших локалних или државних медија.

b) Односи ли се иједна од тих прича на неку установу?

8. Ограничења и изолација

a) Који облици физичких и хемијских ограничења или изолације се користе у вашој земљи?

b) Како је њихова употреба регулисана законски?

9. Прописи против дискриминације

a) Постоји ли посебан пропис против дискриминације на нивоу ентитета/државе?

b) Да ли прописи о здравственој заштити забрањују дискриминацију? Ако да, по којем основу?

10. Организације људи са менталним проблемима и/или интелектуалним тешкоћама

a) Које организације људи са менталним проблемима и/или интелектуалним тешкоћама постоје у земљи?

b) Који су контакт детаљи ових организација?

c) Шта раде те организације? (нпр. да ли пружају услуге, раде на људским правима, проводе пропагирање у установама, надгледају људска права у установама, лобирају на нивоу парламента/ владе, коментаришу политике везане за ментално здравље или покушавају реформисати услуге?)

d) Какве врсте информација могу пружити ове групе?

Корак 5 - Планирајте посјете

Особе које обављају мониторинг треба да планирају специфичне детаље у вези са мјестом и начином обављања мониторинга. То укључује разматрање и одлучивање о сљедећем:

- Одаберите одговорну особу

Одредите једну особу као шефа делегације. Понекад се морају донијети неке тешке одлуке, па је у тим случајевима корисно већ унапријед имати договор о томе ко је шеф.

- Одаберите установе које ћете посјетити

Дио 1. Водича наводи неке врсте мјеста која се могу означити као “установа за ментално здравље” или “установа социјалне заштите”. Комисија ће морати прибавити информације о различитим установама на одређеној локацији, те процијенити када, односно којом динамиком ће вршити посјете тим установама.

Комисија се може наћи у искушењу да посјети установе које су познате као ‘лоше’. Боља је стратегија посматрања репрезентативног узорка, јер тада ‘лоше’ установе логички не могу тврдити да не могу направити побољшања ако извјештај садржи напомене о посјетама ‘бољим’ установама.

- Најављене и ненајављене посјете

Комисија, на неком нивоу, ће требати дозволу за обављање посјета. Она може имати законска овлашћења за посјету оваквим установама или приступ може бити договорен (види дио који слиједи). Најављене посјете значе да је установа обавијештена да ће тим за мониторинг доћи у одређено вријеме. Ненајављене посјете су посјете које се обављају без упозорења. Постоји, такође, и блажи облик ненајављених посјета када тим за мониторинг обавијести установу да ће обавити посјету током одређеног периода (то би могла бити календарска година, на примјер), без навођења тачног датума. Опште је прихваћено да особе које обављају мониторинг добију тачнији преглед стварне ситуације током ненајављених посјета.

Најављене посјете, с друге стране, имају предност, јер је установи омогућено да од посљедње посјете стварно напредује, тако да оне могу бити неки облик контроле квалитете уколико управа озбиљно схвата процес. Особе које обављају мониторинг могу користити табелу да би означиле коју установу ће посјетити на основу најаве, а коју без најаве.

Пословник о раду Комисија треба да регулише питања најављених и ненајављених посјета.

- Логистика

Планирање логистике зависиће од тога да ли су посјете због мониторинга најављене или ненајављене. Када се планира вријеме посјета, корисно је оставити

нешто слободног простора и бити флексибилан, јер често налази из једне посјете резултирају новим идејама које треба реализовати.

Зависно од величине установе, посјета може трајати један или два-три дана. Европска комисија за спречавање мучења обично узима један и по дан по установи. Један пуни дан (осам до дванаест часова) је апсолутни минимум. Нема сврхе обављати кратку посјету: извјештаји ће одражавати површност. Посјете обично трају дуже него што се очекује, па планирајте доста времена и флексибилности да бисте обавили посјету према томе шта открију они који обављају мониторинг. Особе које обављају мониторинг треба да се побрину да постоји надлежна особа за логистику. Ово укључује организацију пута, смјештај, дневне трошкове и сл.

- Обезбјеђење приступа

Некада ће се догодити да треба прибавити дозволу чак и за ненајављене посјете. То се може урадити на неколико начина. Државни превентивни механизми које је основала држава према својим ОПЦАТ обавезама, имаће приступ свим мјестима смјештаја по свом мандату који је, као такав, обухваћен домаћим законодавством. Слично томе, Европска комисија за спречавање мучења има међународно законско право да уђе у мјеста смјештаја и обави приватне разговоре са смјештеним особама, као и Поткомитет за спречавање мучења УН. За сва друга тијела, вјероватно ће се обављати одређени преговори о дозволи за посјете, нарочито ненајављене посјете. Особе које обављају мониторинг које желе прибавити такву дозволу подстичу се да подсјете власти на сврху мониторинга: истицање проблема и нуђење рјешења тако да поштивање људских права људи смјештених у установама буде побољшано. Владе то могу одбити по основи да су ненајављене посјете проблем за установу. У том случају, особе које обављају мониторинг могу подсјетити владу да су од малог проблема за установу пуно важнија побољшања на пољу људских права. Ако дозвола за ненајављене посјете буде одбијена, особе које обављају мониторинг треба да објаве чињенице везане за то одбијање у свом извјештају о мониторингу. Ако се посјете обављају на основу најаве, оне треба да имају на уму да ће вјероватно посматрати унапријед припремљену ситуацију.

Добијање дозволе за приступ може бити тешко за

тијела која немају званичан мандат за провођење посјета, те се може очекивати званични или лични отпор покушајима да се обаве посјете, као на примјер, дозвола директора установе за посјећивање само одређених дијелова установе. Такав отпор може бити отворен (као јасно одбијање у писменом облику), или прикривен (када званичници нису доступни, када се мора тражити дозвола од претпостављених, када нема одговора на писма, када се договори састанак, али се не покаже цијела установа, или када се позову чланови Комисије у канцеларију директора гдје им се понуди пиће да би се што дуже ту задржали и да не би разговарали са осталим особљем и пацијентима/резидентима).

Уопштено говорећи, што је виши ниво у хијерархији који је дао дозволу, то ће више други у систему сарађивати. У правилу, не би требало у пракси да буде проблема око ненајављених посјета Комисије, с обзиром на то да су оне званично именована тијела са мандатом заштите права особа са менталним поремећајима.

Упознавање и лични контакти могу убрзати процес. У званичним захтјевима за дозволу за улазак у установу, за особе које обављају мониторинг може бити корисно да објасне потенцијалне користи мониторинга (напримјер, давањем информација и конструктивних приједлога за промјене и побољшање услуга – на крају, многи чланови особља установа које се баве заштитом менталног здравља или социјалне заштите истински желе пружати квалитетне услуге). Може помоћи објашњење акредитива организације за мониторинг и претходне активности у које је организација или њени чланови била/и укључена/и.

У преговорима о дозволи за приступ, особе које обављају мониторинг могу размотрити могућност да установи обећају да ће добити унапријед примјерак извјештаја да би се исправиле било какве чињеничне грешке. уопштено говорећи, што су особе које обављају мониторинг конструктивније вјероватније је да ће особље установе позитивно реаговати. Оне треба да чувају копије свих посланих званичних и примљених писама, у случају да им касније затребају. Током свих посјета с циљем мониторинга, они који обављају мониторинг треба да са собом носе копије писама којима се дозвољавају посјете.

Ова табела се може користити да би се уписао начин на који ће се тражити приступ установама:

Какве врсте дозвола се траже за обављање посјета низу изабраних установа?	
Ко може прибавити дозволе?	
Ко је из тима за мониторинг одговоран за тражење дозвола?	

Корак 6 - Обавите посјете

Типична посјета намијењена мониторингу ће највјероватније укључивати ниже наведено, али не обавезно тим редослиједом:

- разговор са директором или другим чланом управе
- обилазак цијеле установе
- циљано и детаљно посматрање у малом броју одјела/одјељења
- разговор са управом на нивоу услуга (нпр. клинички директор или шеф одјела) и особљем које пружа услуге
- приватни разговори са неколико резидената/корисника
- преглед докумената и политика.
 - Информисање

Прије сваке посјете, шеф делегације треба одржати информативну сесију за све чланове тима за мониторинг. Она треба укључивати основне чињенице о установи, трајање посјете намијењене мониторингу, улогу сваког члана тима за мониторинг, те упутства о томе шта треба учинити у случају да се појави проблем.

- Долазак у установу

Током посјете, особе које обављају мониторинг вјероватно ће се прво састати са директором установе у његовој канцеларији. Објасните ко сте (избјегавајте оптуживачки тон; боље је рећи 'овдје смо да размотримо неке аспекте људских права' него 'овдје смо да бисмо урадили истрагу у вези са мучењем' или неке друге запаљиве реченице).

- Одмах идите у 'најгори' дио установе

Нарочито када су у питању ненајављене посјете, важно је раздвојити се у року од пет минута након доласка у установу. Једна особа може остати са директором установе из куртоазије, а остали чланови Комисије треба одмах да потраже 'најгори' дио установе. Разлог овоме је да ће, чим Комисија стигне, особље бити обавијештено и подузети кораке да учини да све изгледа боље: то би могло укључивати брисање крви с пода, уклањање ограничења, закључавање 'проблематичних' пацијената, сакривање штапа којим особље пријети пацијентима, итд.

Особе које обављају мониторинг могу питати пацијенте: "Гдје су агресивни пацијенти?". У неким установама, постоји једно одређено мјесто којег се боје резиденти/корисници, а из одговора ће бити јасно које је то мјесто. Ако се не добију информације од њих, они који обављају мониторинг треба да крену ка просторији за изолацију/одвојеност, ка одјељењима под кључем, пријемним јединицама,

хроничним одјелима у којима су људи смјештени већ неколико година, или ка форензичкој психијатријској јединици. То су мјеста гдје су кршења људских права највјероватнија.

- Обиђите установу

Особе које обављају мониторинг онда иду у кратки обилазак установе, свих њених одјела/одјељења. Чак и ако се ради о великој установи, треба да прођу кроз њене ходнике да би добили осјећај о томе каква је ситуација. Биће пуно лакше током остатка посјете да се утврди да ли је једна одређена јединица/одјел 'боља' од других. Они који обављају мониторинг онда могу одабрати одјељења/одјеле у којима желе провести више времена.

- Ангажујте се у разговору са директором и особљем

Члан тима за мониторинг који је остао разговарати са директором треба објаснити сврху посјете на начин који ће подстаћи директора установе на сарадњу и неће довести у питање приступ свим дијеловима установе. Они који обављају мониторинг могу истаћи да је сврха посјете да се види како установа функционише, да се види који су проблеми из перспективе особља и резидената/корисника и да се обави конструктиван дијалог са установом.

Шеф делегације може објаснити ко су чланови Комисије и шта се жели постићи овом посјетом због мониторинга, колико дуго ће трајати мониторинг и какву сарадњу тим за мониторинг очекује од особља. Треба истаћи независност мониторинга од установе. Чланови Комисије треба да пазе да не подстакну веће наде међу особљем у вези с тим шта се мониторингом може постићи. Шеф делегације за мониторинг треба оставити контакт информације свих чланова Комисије и појаснити који су даљи контакти могући. Делегација треба тражити дозволу да прави биљешке, или снима разговоре.

- Одмах дајте повратне информације

Директор може тражити повратне информације након посјете намијењене мониторингу у вези с тим какви су налази Комисије. Савјетује се да се повратне информације о било чему дају само директору. Ријетко је примјерено да Комисија тражи да неко ко је подређен директору буде на састанку, нарочито ако је та особа неко кога Комисија жели критиковати. Ако они који обављају мониторинг дају повратне информације, важно је да буде јасно да они неће идентификовати појединце који су разговарали са делегацијом за мониторинг. Такође, је важно да се јако пази да се не каже ништа што би указивало на то шта је ко рекао.

Уколико они који обављају мониторинг пронађу нешто нарочито опасно или сматрају да је неки резидент/корисник изложен ризику повреде, могу размотрити

могућност да о томе обавијесте директора, а зависно од околности, и да укључе релевантне органе вишег нивоа, попут министарства здравства, инспекције и слично. Тим за мониторинг треба рећи директору да то намјеравају урадити и навести разлоге.

- Брига о себи

Мониторинг људских права је исцрпљујући. Такође, може бити и велико емоционално оптерећење. Они који обављају мониторинг људских права на крају посјете одлазе кући, уживају у вечери, спавају у топлој кревету, на сигурном, свјесни да овакву врсту комфора немају многи људи с којима су разговарали у установи. Мониторинг људских права може бити исцрпљујући у физичком смислу, а нарочито је важно да се пази да су сви чланови Комисије имали оброк када је требало. Врло лако се деси да су људи толико ангажовани да пропусте ручак.

Битно је да сви чланови тима за мониторинг отворено разговарају о својим осјећањима. Ако се у Комисији налази и корисник менталних услуга, могло би бити тешко “оживјети” искуства посјетом установи. Свим члановима Комисије потребна је подршка. То може бити нешто веома једноставно, као разговор о тешким питањима одмах по одласку из установе. То може значити и постојање некога ко није члан тима с ким чланови тима могу разговарати. Или, да чланови Комисије одржавају међусобне контакте и повремено разговарају телефоном након посјета намијењених мониторингу.

Корак 7 - Напишите извјештај

Могуће је да је посјета обављена у једној установи у вези с којом је постојала нарочита забринутост због могућих кршења људских права. Какве год биле околности, анализа и писање извјештаја су битан дио процеса мониторинга и есенцијално је да буду планирани. Анализа налаза одређене посјете може бити неформална док особе које обављају мониторинг разговарају међусобно, одмах након посјете, о њиховим реакцијама на оно на шта су наишли током посјете. То може бити корисно при идентификовању кључних питања на која ће се извјештај фокусирати, врсте препорука које треба дати и природе накнадног дјеловања. Такође, је добро организовати формалну информативну сесију након сваке посјете намијењене мониторингу да би се разговарало о тим питањима.

Резултати могу открити проблеме са самим законом и/или проблеме са његовим провођењем. Они који обављају мониторинг треба да покушају пронаћи обрасце проблема и системских питања, умјесто презентовања низа појединачних проблема. Ова анализа може бити основа за извјештај и његове препоруке, јер препоруке треба да се заснивају на ономе што је пронађено током мониторинга. У фази анализе, уобичајено је да се закључи да су потребне

даље информације, разговори или посјете.

Постоје различити начини писања извјештаја о мониторингу. Неки тимови за мониторинг пишу га заједно, а неки одреде једну особу да припреми нацрт којег онда коментаришу остали чланови комисије. Која год стратегија буде изабрана, извјештај треба брзо написати, јер што дуже траје писање и припрема извјештаја, већи је ризик да буде непрецизан, пошто се ситуације могу промијенити. Савјетује се да се група поново окупи када се приближи израда финалног текста да би се направиле промјене и званично ‘усвојио’ текст.

При писању извјештаја, могу постати очигледне шупљине у подацима и разговорима, те може бити потребно додатно сакупљање података. Ово може бити корисно за демонстрацију ажурности налаза мониторинга. Они који обављају мониторинг могу жељети да пошаљу нацрт извјештаја установи да би прије него што извјештај буде објављен, установа послала повратну информацију о чињеницама.

- Садржај

Стил извјештаја ће варирати према тематским приоритетима и стилу који превлађује у одређеној земљи. Особама које обављају мониторинг препоручује се да прочитају извјештаје које је издала Европска комисија за спречавање мучења, као добар стандард стила писања¹³⁷. Ево неких ствари које треба размотрити у вези са садржајем извјештаја:

- извршни преглед од највише двије стране може бити изузетно користан, јер може бити једини дио који неки прочитају. У извршном прегледу, они који обављају мониторинг требају истаћи главна питања која су проистекла из посјете, методологију посјета намијењених мониторингу и импликације налаза. Све информације које се појаве у извршном прегледу морају бити подржане оним што се појављује на другом мјесту у извјештају. Извршни преглед није увод: треба прећи директно на суштину.
- Након извршног прегледа, особе које обављају мониторинг могу размислити о уводу (који објашњава контекст писања извјештаја), главном дијелу извјештаја и закључцима и препорукама. У неким извјештајима препоруке долазе одмах након извршног прегледа. Још један је савјет да се припреми садржај са бројевима страна/ параграфа.
- Поднаслови, текст подијељен у тачке, информације у рубрикама и наглашени цитати су неки од начина да се текст учини лакшим за читање. Додаци могу бити корисни за давање додатних техничких информација, попут закона или методолошких детаља. Израда библиографије са релевантном литературом, такође, је примјерена.
- Они који обављају мониторинг треба да се

побрину да извјештај садржи датум објављивања и контакт информације организације која је обавила посјет/е и листу чланова делегације/а. Могу бити од помоћи и неки детаљи о коришћеној методологији. Особе које обављају мониторинг можда ће жељети захвалити се онима који су дали допринос извјештају.

- У извјештају је корисно навести ширину ваше процјене реферисањем на различите изворе. Што је већи број извора, већа је вјероватноћа да ће се ваше информације сматрати поузданим. У извјештају треба поменути претходне извјештаје и публикације о темама које извјештај покрива. У извјештају изворе треба директно наводити, што значи цитирати примарне изворе информација, а не, на примјер, наводити неки чланак из новина који се односи на информацију.

Они који обављају мониторинг треба да користе сопствену процјену да би демонстрирали обрасце и системске проблеме. Ако особе које обављају мониторинг нису сигурне у вјеродостојност информације, боље је да је изоставе, јер ако је дискредитована једна информација у извјештају, то може резултирати одбацивањем свих налаза. Увијек треба имати на уму да се могу провјеравати све информације.

Презентоване информације треба да буду образложене и подупрте чињеницама. Нека информације буду што прецизније. Импресивније је навести прецизно ред из неког правног акта, тачно вријеме догађаја, или тачан број људи који су томе изложени. То индицира да је урађена детаљна процјена. На примјер, реченица “Пацијенти у психијатријским болницама присиљени су да носе пиџаме” покреће више питања него што даје одговора. У којој установи се то дешава? На којим доказима се то заснива? Морају ли људи носити пиџаме током дана? Јесу ли сви резиденти свуда присиљени да носе пиџаме?

Извјештај мора укључивати техничке детаље (текст закона, на примјер). Допадљив начин презентовања више техничких информација је да се ставе у фусноте, напомене на крају извјештаја или додатке. На овај начин се не прекида ток извјештаја, а детаљи су и даље ту. Ако нема прецизних информација, у извјештају се може рећи нешто као: “Није могуће навести тачан број људи под старатељством, јер централне власти не воде државну евиденцију”.

У извјештају треба користити цитате, јер они дају додатну вјеродостојност. Показују директан контакт с људима на које се односи одређено питање. Цитати могу сухопарном тексту дати живост. Они су најснажнији када се користе да демонстрирају о чему се ради. Може бити корисно увести питање, убацити цитат и онда дати коментар. Корисно је имати и проширене цитате и свједочење, јер они показују

људски интерес. Ово је понекад ефикасно на почетку или на крају неког дијела. Треба навести изворе свих цитата давањем детаља о мјесту и датуму. Може бити примјерено (или изузетно непримјерено) идентификовати онога с ким је обављен разговор. У ситуацији када не треба идентификовати особу с којом је обављен разговор – из разлога повјерљивости или заштите од освете – побрините се да та особа заиста не може бити идентификована. У овој ситуацији, они који проводе мониторинг могу користити систем шифрираних бројева за особе с којима се разговарало (с тим да се подаци о овоме држе са другом процјеном на сигурном мјесту). Они могу пожељети да у извјештају наведу да се подаци о испитаницима не дају да би се заштитила њихова безбједност. Због распрострањене стигме, нажалост, дешава се да мишљења људи за које се сматра да имају менталне тешкоће понекад не бивају прихваћена као вјеродостојна. Стога, када се цитирају резиденти/корисници, може бити корисно имати додатне доказе или цитирати ријечи више различитих људи.

Да би се избјегле ситуације везане за клеветање, те да би се одржала прецизност и вјеродостојност извјештаја, савјетује се опрез када се помињу случајеви злостављања или кршења права, тако што се може рећи “наводна кршења”, “пријављено је/тврди се да...” или “постоје неутемељене тврдње да...”. Што се објективнијим и више избалансираним доима извјештај, вјероватније је да ће они који доносе одлуке и остали којима ће извјештај бити дат у различитим околностима, обратити пажњу на извјештај и дјеловати у вези с њим. Тако би извјештај требало да направи разлику између чињеница и коментара и анализе или мишљења. У извјештају треба избјегавати емотивне описе (осим ако нису дијелом цитата) и сензационалистички језик, јер они могу умањити вјеродостојност мониторинга. У извјештају треба избјегавати жаргон и дати објашњења сваког правног израза који је коришћен. Акрониме који се састоје од три слова (*ТЛА – three letter acronym*) треба избјегавати. На почетку или крају извјештаја може се дати листа акронима.

На крају, савјетује се изостављање неких информација. Обично није могуће уврстити све информације и материјале који су прикупљени. Сваки материјал који није искоришћен може се искористити у неком будућем мониторингу, извјештају или медијском напису.

Када обављају независни мониторинг, они који га обављају могу одлучити да не објаве неке информације, јер, на примјер, понекад се може десити да сумњају да је особа која им је дала одређену информацију изложена озбиљном ризику освете или казне ако се та информација објави.

Може се десити да особе које обављају мониторинг

једноставно немају довољно доказа да неке наводе укључе у извјештај.

Корак 8 - Подијелите извјештај

Комисија подноси извјештај о мониторингу сагласно одредбама Правилника о раду Комисија за заштиту особа са менталним поремећајима.

Корак 9 - Урадите процјену процеса

Претпоследња фаза процеса мониторинга јесте процјена. Много је начина да се то уради, али је генерално потребно сакупити мишљење различитих људи о сљедећем:

- у којој мјери су остварени циљеви мониторинга
- у којој мјери је мониторинг био дјелотворан
- у којој мјери је мониторинг био ефикасан
- шта би се могло урадити другачије током сљедећег циклуса мониторинга.

Опет треба рећи да у зависности од циља и исхода мониторинга, вриједи размотрити ове ставке у вези са коришћеном методологијом, произведеним извјештајем, дистрибуцијом и публицитетом, те практичношћу и логистиком. Много је доступних ресурса што се тиче процјене.

Корак 10 - Планирајте будуће процјене

Кроз цијели Водич, нагласак је на томе да је мониторинг људских права процес који треба бити редован и сталан. Редован мониторинг је начин документовања, напредовања, поштивања људских права (или његовог одсуства) током времена и, као што је речено у ОПЦАТ-у, начин спречавања мучења и других облика окрутног, нечовјечног или деградирајућег третмана или кажњавања. При планирању будућих посјета, треба имати на уму процес процјене из Корака 9, јер ће се побољшања дешавати континуирано. Увијек ће бити изазова, али досљедност и храброст резултирају значајном промјеном. Срећно.

8.2. Водич за примјену стандардизираниог Упитника за рад Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима – примарни ниво здравствене заштите

Праћење људских права и здравствене заштите у установама за ментално здравље на нивоу примарне здравствене заштите

Реформа здравственог система подразумијева реорганизацију пружања услуга на свим нивоима. Суштина је у развоју сервиса у заједници приступачних и прилагођених потребама корисника, а чији је крајњи циљ смањен број, учесталост и

дужина хоспиталних третмана. На примарном нивоу Центар за ментално здравље (у даљем тексту: ЦМЗ) представља основни организациони облик за заштиту менталног здравља, те ће се овај водич првенствено и односити на ЦМЗ.

1. ОПШТИ ПОДАЦИ	
1.1. Назив, адреса, телефон Дома здравља и Центра за ментално здравље¹⁰ (у даљњем тексту: ЦМЗ)	Општи подаци (тачке 1.1. до 1.3.) о установи коју Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима (у даљем тексту: Комисија) посјећује обавезни су дио извјештаја. Ради се о генералијама уобичајеним при вршењу контроле, или било које врсте надзора (назив, адреса и телефон установе; име, презиме, звање и титула директора, начелника или шефа; телефон, факс и e-mail директора, начелника или шефа). Ови су подаци потребни како због информације гдје је Комисија вршила контролу стања људских права особа са менталним поремећајима, тако и због даљњег контакта са менаџментом установе.
1.2. Име и презиме, звање, титула директора Дома здравља и начелника/шефа ЦМЗ	
1.3. Телефон, факс и e-mail директора Дома здравља и начелника/шефа ЦМЗ	
1.4 Датум(и) посјете	
1.5 Врста посјете	

10) Уколико Дом здравља нема регистрован ЦМЗ, а запошљава професионалце који пружају услуге у менталном здрављу, питања која се односе на ЦМЗ прилагодити датој ситуацији

1.5.1.Редовна	<p>Тачка 1.4. односи се на датум посјете, који се обавезно уписује.</p> <p>Тачка 1.5. односи се на податак о врсти посјете. Наиме, посјете Комисије могу имати двојаки карактер: могу бити редовне и ванредне. Редовна посјета Комисије везана је ско за Пословник о раду Комисије. Дакле, план и динамика посјета које Комисија треба да обави током једне године морају бити детаљно разрађени. То подразумемијева и врсте здравствених установа, динамику извјештавања и слично. Посјете обухваћене овако усвојеним Пословником о раду сматрамо редовним посјетама. Међутим, с друге стране, постоји могућност да Комисија поступи по пријави о кршењу људских права особа са менталним поремећајима, те да с тим у вези изврши увид у стање код конкретне здравствене установе. У том случају говоримо о ванредним посјетама Комисије. Битно је истаћи да је при овој врсти посјете потребно да Комисија наведе разлог посјете, као и да затражи од менаџмента и особља установе потребну документацију. Наиме, тако прикупљена документација умногоме може помоћи у раду Комисије при утврђивању да ли је или не, у датом случају, дошло до одређених нарушавања права особа са менталним поремећајима. Посебно овдје треба обратити пажњу да ли је установа провела све законом прописане активности и мјере да до наводног нарушавања не дође. Ако јесте, установа то треба документовати, те учинити ту документацију доступном члановима Комисије. Ако није, онда члановима Комисије преостаје да обаве разговоре са представницима менаџмента установе, као и са особљем које је директно или индиректно укључено у наводно нарушавање права особа са менталним поремећајима. Комисија ће на основу укупности прикупљених података поднијети извјештај надлежном министарству, укључујући јасно дефинисане препоруке. Уколико је потребна интервенција надлежних инспекцијских органа, министарства ће им Извјештаје Комисија доставити на увид, а ради подузимања мјера из њихове надлежности.</p> <p>Тачка 1.6. односи се на евидентирање чланова Комисије, који су у установи, док се тачка 1.7. односи на евидентирање свих особа са којима су обављени разговори од стране чланова Комисије.</p> <p>Тачка 1.8. предвиђена је за евидентирање прилога, које чланови Комисије прикупе током посјета установама. Наиме, уколико Комисија сматра да одређене информације треба документовати, она има право затражити од установе да се сачине копије исте. Те копије чиниће саставни дио Извјештаја Комисије. У овом дијелу, потребно је да се сви прикупљени прилози евидентирају.</p>
1.5.2.Ванредна (навести разлог посјете и приложити релевантну документацију)	
1.6.Чланови Комисије:	
1.6.1. Предсједник (психијатар/неуропсихијатар)	
1.6.2. Члан (психолог)	
1.6.3. Члан (социјални радник)	
1.6.4. Члан (представник јединице локалне самоуправе)	
1.6.5. Члан (представник удружења корисника)	
1.7 Разговор обављен са:	
1.8. Прилози:	

2. ИНФОРМАЦИЈЕ О ЦМЗ-у

Овај дио упитника сакупља податке о установи, основне информације, статистичке податке и општу слику о раду установе.

2.1.Локација (Извор: посматрање, документација)	<p>Други дио Упитника односи се на информације о установи. Прво што треба забиљежити јесте сама локација на којој је смјештена установа коју Комисија посјећује. Овдје је извор података посматрање и документација. Опис локације установе садржаваће све детаље које Комисија уочи посматрањем, и које сматра битним за израду извјештаја. Ово подразумемијева евидентирање података о томе каква је доступност јавним превозом, које подручје и колики број становника обухвата, да ли пружа услуге само</p>
2.1.1.Опишите локацију Дома здравља и локацију припадајућег ЦМЗ	

2.1.2.Кад је ЦМЗ почео са радом?	<p>општини коју дом здравља покрива, или има и склопљене уговоре о пружању услуга корисницима других општина. Битан податак, с тим у вези, јесте и начин финансирања. Наиме, укупан износ средстава појединих ЦМЗ је условљен бројем становника које обухвата.</p> <p>Тачком 2.1.5. треба да се установи које форме пружања менталноздравствених услуга постоје у оквиру ЦМЗ као што су нпр. дневни центри за поједине групе корисника, заштићени облици становања, корисничка удружења, кооперативе, клубови, комуне и др.</p>
2.1.3.Које подручје покрива (колики број становника)?	
2.1.4.Каква је доступност јавним превозом?	
2.1.5.Које форме пружања менталноздравствених услуга у заједници постоје у склопу или под надзором ЦМЗ?	
2.1.6.Да ли је ЦМЗ акредитован или у процесу акредитације?	

2.2.Установа (Извор: менаџмент и документација)

2.2.1.Статус ЦМЗ	<p>У дијелу 2.2. говоримо о установи детаљније, са аспекта информација потребних Комисији у смислу статуса ЦМЗ и модуса финансирања, од чега, у основи зависи функционалност ЦМЗ.</p> <p>Комисија треба да утврди да ли је ЦМЗ регистрован, у припреми регистрације или је изгубио регистрацију. Ако није регистрован, или је изгубио регистрацију, испитати разлоге.</p> <p>Како је овдје извор особље менаџмента и документација, треба стално имати у виду да све нејасноће које евентуално произлазе из документације треба разјаснити у разговору са особљем које чини менаџмент.</p> <p>Важно питање свакако је питање финансирања установе. Комисија треба да констатује да ли установа има стабилан извор финансирања. Такође, потребно је констатовати колики је укупан износ средстава за текућу годину, планирани и стварни (у моменту посјете). Важно је установити и ко све партиципира у финансирању, колики је проценат од стране надлежног фонда здравственог осигурања, ресорног министарства, локалне власти, корисника установе, од стране појединаца, локалне заједнице, вјерских заједница, итд. Питање финансирања у директној је вези са квалитетом здравствене заштите која се пружа у установама, због чега је потребно о свим наведеним детаљима водити изузетну пажњу. У вези са финансирањем, битно је истаћи да извори финансирања, као и трошкови морају бити транспарентни, што ће Комисија провјерити на лицу мјеста.</p>
2.2.2.Како се ЦМЗ финансира?	
2.2.2.1.Да ли има стабилан извор финансирања?	
2.2.2.2.Колики је укупан износ финансијских средстава Дома здравља?	
2.2.2.3.Колики је укупан износ средстава намијењених ЦМЗ?	
2.2.2.4.Ко партиципира у финансирању ЦМЗ? (Фонд здравственог осигурања, локална заједница, невладине организације, донације, корисници услуга, итд.)	
2.2.2.5. Да ли су средства намијењена ЦМЗ намјенски трошена укључујући све изворе финансирања?	
2.2.2.6. Да ли су извори финансирања и трошкови транспарентни?	

2.3. Корисници услуга ЦМЗ (Извор: корисници услуга, особље, посматрање)

2.3.1 Полна структура	<p>Сљедећа питања служе за прикупљање података о демографској структури корисника установе.</p>
2.3.1.1 број мушкараца (изразити и процентуално)?	
2.3.1.2 број жена (изразити и процентуално)?	
2.3.2 Старосна структура	
2.3.2.1 Малољетни (испод 18),	
2.3.2.2.Средња животна доб (18-65),	
2.3.2.3 Трећа животна доб (преко 65)?	

2.4. Особље ЦМЗ (Извори: менаџмент и документација)	
2.4.1 Да ли постоји план људских ресурса за заштиту менталног здравља?	Квалитет здравствених услуга које установа пружа особама са менталним поремећајима увијек је везан за особље, односно њихово знање, стручност и доступност. Свака установа, стога, треба имати свој план људских ресурса. Комисија приликом посјете, кроз разговоре са менаџментом, као и увидом у документацију, утврђује да ли постоји план људских ресурса, као и укупан број запослених у домену заштите менталног здравља (број запослених еквивалентан пуном радном времену – рад у смјенама, викенди, празници, неодређено, одређено вријеме) у складу са важећим стандардима и нормативима. Комисија, такође, утврђује квалификациону структуру запослених (медицински, немедицински, стручни сарадници) у ЦМЗ, а према стању затеченом на дан посјете; полну, добну, као и структуру по радном стажу. Битно је испитати број и састав тимова, те (не)потпуност тимова што ће показати да ли је у установи заступљен мултидисциплинаран приступ.
2.4.2 Укупан број запослених у ЦМЗ? (број запослених еквивалентан пуном радном времену)	
2.4.3 Квалификациона структура (медицински, немедицински, стручни сарадници)	
2.4.4 Полна структура	
2.4.5 Добна структура	
2.4.6 Структура по радном стажу	
2.4.7 Број и састав тимова	
2.4.8 (Не)потпуност тимова	

2.5 Обука професионалаца у заштити менталног здравља (Извори: особље, документација, нормативна акта установе, политике)	
2.5.1 Да ли је особље обавезно да учествује у сталном стручном усавршавању? (наведите детаље: стицање научних звања, супервизије, континуирана едукација, размјена искустава, интерне едукације)	Комисија је дужна приликом посјете установити да ли установа има план усавршавања или не, односно да ли је особље обавезно да учествује у сталном стручном усавршавању, тачније, да ли је или не питање стручног усавршавања усаглашено са позитивним прописима. С тим у вези, Комисија треба да прикупи што више детаља, као што су: стицање научних звања, супервизије, континуирана едукација, размјена искустава, интерне едукације и сл. Наиме, континуираном стручном усавршавању здравствених радника и здравствених сарадника кроз одговарајуће облике едукације, мора се посветити дужна пажња, јер се ради о механизму који је гаранција квалитета здравствених услуга, а што све скупа треба да резултира здрављем крајњег корисника, односно задовољством пацијента. Поента се ставља на потребу цјеложивотног учења у оквиру сваког стручног звања, евалуацији и мониторингу овог учења, те с тим у вези периодичном обнављању лиценци које су доказ њихове стручне компетиције и достигнутог нивоа и квалитета стручног знања. Наведено је истовремено право и обавеза сваког здравственог радника и здравственог сарадника, али и обавеза послодавца код којег су запослени. Битно је да у установи постоји формирано стручно тијело које прати реализацију програма едукације и врши планирање истих. Недостаци у стручној оспособљености, без обзира на добре намјере особља и труд, могу довести корисника у ситуацију високог ризика. За кориснике који се сматрају неугодним или без могућности рехабилитације потребно је израдити посебно прилагођен индивидуални програм рехабилитације, а који морају проводити адекватно едуковане особе.
2.5.2 Да ли постоји план стручног усавршавања у служби?	
2.5.3 Да ли је особље оспособљено за рад у тиму?	

2.6 Процјена ризика по ментално здравље за особље ЦМЗ

(Извори: особље, документација)

2.6.1 Да ли постоји интерни акт о процјени ризика?	<p>Да би Комисија стекла што бољи увид по питањима процјене ризика за особље установе пожељно је обавити разговор са различитим профилима запослених, и то у што већем броју (дужина радног времена, рад у смјенама, поштивање норматива, услови рада, организација рада, накнаде, годишњи одмор, итд.)</p> <p>Испитати да ли постоје установљени механизми за рјешавање поремећаја у комуникацији међу запосленицима.</p>
2.6.2 Да ли се врши процјена задовољства на раду?	
2.6.3 Да ли је било повреда на раду? (навести узроке)	
2.6.4 У којој мјери сте задовољни послом? (организацијом, условима рада, дужином радног времена, платом)	
2.6.5 Да ли свој посао доживљавате стресним?	
2.9.5.1 Уколико да, наведите изворе стреса.	
2.6.6 Да ли имате проблема у раду?	
2.9.6.1 Уколико да, наведите најзначајније.	
2.6.7 Каква је комуникација између стручњака у тиму?	

2.7 Механизми за жалбе

(Извори: менаџмент Дома здравља и ЦМЗ, корисници услуга у заштити менталног здравља, посматрање, документација, регистратор жалби, годишњи извјештај)

2.7.1 Да ли у Дому здравља и ЦМЗ постоје тијела задужена за заштиту права корисника у складу са важећим прописима?	<p>Важан сегмент корпуса информација о установи свакако је уређен систем, односно механизам за жалбе. Да би се дошло о релевантних информација, овдје је извор дефинисан вишеструко, и то: менаџмент, корисници установе, посматрање, документација, регистар жалби, годишњи извјештај.</p>
2.7.2 На који начин се корисници услуга могу жалити?	<p>Утврдити да ли у установи постоје тијела задужена за заштиту права корисника у складу са важећим прописима прво је питање које ће Комисији дати одговор у вези са организацијом установе и да ли установа у свом фокусу заиста има пацијента и његова права или не.</p>
2.7.3 Да ли су корисници упознати са својим правима и процесом оставаривања права? (билтени и брошуре, водичи итд.?)	<p>Уколико установа нема тијела предвиђена важећим прописима, Комисија је дужна у свом Извјештају скренути пажњу на то, како би се уочени недостаци могли ријешити. Такође, установа је дужна образложити то стање, или евентуални други модус, као прелазно рјешење, а путем којег рјешава питања из надлежности наведених тијела.</p>
2.7.4 Да ли су корисницима пружена неопходна средства за жалбе (нпр. оловке, папир, сигурне кутије)	
2.7.5 Да ли се води регистар жалби?	<p>Потребно је детаљно описати на који начин се корисници установе могу жалити о било којем аспекту рада установе.</p>
2.7.6 Да ли постоји објављен годишњи извјештај и ревизија жалби?	<p>Посебно важно јесте и питање да ли су корисници упознати са својим правима и процесом остваривања права (нпр. билтени, брошуре и сл.). Ово истичемо због препорука ЦПТ-а, који у својим коментарима, увијек наново стављају акценат на чињеницу да особа, одмах на почетку, при доласку у установу, мора бити детаљно упозната са свим својим правима, а као једноставан начин да се то проведе у пракси, они истичу креирање билтена и брошура, које су јасне и прецизне; лако се могу учинити доступним свима на које се односе, просто тиме што се постављају на видљива,</p>
2.7.7 Колико има неријешених жалби?	

<p>2.7.8 Који су кораци предузети у вези неријешених жалби и да ли постоји систем помоћи (нпр. заштитник права корисника)?</p>	<p>мјеста у установи (чекаонице, ходнике и сл.).</p> <p>Корисницима установе морају бити пружена неопходна средства за жалбе (нпр. оловке, папир, сигурне кутије и сл.). И за ова средства вриједи исто правило као напријед за брошуре и билтене, а то је да треба да стоје на видљивим мјестима, мјестима куда се корисници често крећу, а ипак да дозвољавају одређену приватност приликом исписивања жалбе.</p>
<p>2.7.9 Да ли је било препорука Омбудсмена, инспекцијских служби и шта је по том питању учињено?</p>	<p>Уколико установа има осигуране напријед наведене механизме за жалбе, логично је да о томе треба да води одређени регистар. Комисија је дужна да провјери да ли се у установи води регистар жалби. Ако да, треба извршити увид у исти, констатовати затечено стање, о чему треба да продискутује са особљем менаџмента и корисницима установе. Ово је од изузетног значаја ако регистар садржи податке везане за особе које се у моменту посјете, још увијек, налазе у установи.</p> <p>Комисија даље провјерава да ли постоји објављен годишњи извјештај и ревизија жалби, те колико има неријешених жалби. Ако има неријешених жалби, Комисија провјерава да ли су и који су кораци предузети у вези с тим, и да ли постоји систем помоћи. Детаље о овим питањима треба потанко разјаснити, како би Комисија у коначном извјештају могла јасно, на основу утврђеног стања, изнијети своје препоруке у циљу рјешавања конкретних жалби, као и изнијети своје препоруке у смислу отклањања фактора који су сметња исправном функционисању механизма за жалбе.</p> <p>Ако је установа раније имала препоруке Омбудсмена, инспекцијских служби и сл. Комисија треба да установи шта је по њима учињено. Ако није учињено ништа, потребно је захтијевати од установе да то образложи. Такође, ради лакшег разумијевања, Комисија може тражити на увид те препоруке Омбудсмена и инспекцијских служби. У сваком случају, потребно је детаљно продискутовати затечено стање са особљем менаџмента, те скренути пажњу на одговарајуће законске одредбе и одговарајуће санкције за непоступање. Комисија може усмено изнијети своје препоруке на лицу мјеста, када се ради о недостацима који се могу брзо и једноставно санирати, а како би установа, што је могуће прије, отклонила спорне елементе у свом раду. Наравно, без обзира на то, Комисија ће свакако своја запажања и препоруке изнијети у свом извјештају.</p>

3. АДЕКВАТНОСТ ПРОСТОРА ЗА РАД ЦМЗ

Дио упитника о животном стандарду обухвата низ елемената који утичу на људска права корисника услуга из домена заштите менталног здравља. Овај дио настоји прикупити информације, на примјер, о томе да ли ЦМЗ има одговарајуће гријање и напајање електричном енергијом. У неким земљама, гријање представља веома важно питање, те сходно томе, без адекватног гријања, услови могу бити такви да се хладноћа може сматрати нечовјечним и понижавајућим поступањем или кажњавањем. Дио овог упитника посвећен је хигијени и разматрању општих санитарних услова, који задиру у право на здравље, и право на интегритет. С тим у вези, скрећемо пажњу на чланове 15, 17, 19, 25. и 28. Конвенције о правима особа са инвалидитетом (ЦРПД).

3.1. Материјални и физички услови (Извори: посматрање)

3.1.1. Да ли ЦМЗ испуњава услове простора предвиђене законском регулативом?

Констатовати постојање одговарајућег броја просторија које обезбјеђују сигурност, приватност и удобност корисника.

3.1.2. Да ли је гријање адекватно?	
3.1.3. Да ли је освјетљење адекватно?	
3.1.4. Да ли се све просторије на адекватан начин провјетравају?	
3.1.5. Да ли су задовољени хигијенски стандарди?	
3.1.6. Да ли су просторије приступачне за особе са инвалидитетом (тјелесним, чулним)?	Констатовати постојање косих рампи или лифтова за особе са инвалидитетом.

4. СЛОБОДА ИЗРАЖАВАЊА И МИШЉЕЊА И ПРИСТУП ИНФОРМАЦИЈАМА КОРИСНИКА ЦМЗ

Члан 21. Конвенције о правима особа са инвалидитетом осигурава право на примање и преношење информација на равноправној основи с другима. Овај дио се фокусира на право на информацију у вези са различитим аспектима живота и наглашава важност приступа информацијама за кориснике ЦМЗ.
(Извор: посматрање, особље и корисници услуга)

4.1. Да ли корисници услуга могу слободно изразити своје мишљење без негативних посљедица од стране особља?	Искуства корисника у вези са слободом изражавања мишљења и приступом информацијама, Комисија провјерава без присуства особља. Пожељно је обавити провјеру код већег броја корисника појединачно.
4.2. На који начин се корисницима услуга пружају информације о важним питањима као што су правила установе, њихова права, или савјетовање/групе за помоћ?	
4.3. Да ли постоје јасно истакнута обавјештења/огласне плоче о радном времену, контакт телефону, члановима тима и слично?	
4.4. Да ли су пружене информације релевантне и разумљиве на језицима корисника услуга?	

5. УСЛУГЕ ЦМЗ

Дио водича који се бави доступношћу правовремене услуге (консултација/преглед/терапија) корисницима, прилагођене њиховом здравственом стању и актуелним потребама.

(Извор: правилници, процедуре, евиденција заказаних прегледа, особље, корисници, анкетни упитници)

5.1. Да ли ЦМЗ пружа све услуге предвиђене номенклатуром услуга Фонда здравственог осигурања?	Тражити на увид писане правилнике и процедуре о врсти и квалитету пружања услуга унутар ЦМЗ и извршити компарацију са евиденцијама заказаних прегледа, изјавама особља и корисника затечених у вријеме посјете, те анкетним упитницима корисника. У вези са тачком 5.8. истичемо да просјечан број корисника примљених на индивидуалне прегледе у једном дану треба вредновати према укупном броју запослених у тиму ЦМЗ и броју становника који ЦМЗ покрива. Исти коментар се односи и на тачку 5.10. Од изузетног је значаја утврдити како се одвија сарадња између ЦМЗ, хитне службе и породичне медицине у збрињавању хитних случајева.
5.2. Да ли ЦМЗ користи клиничке водиче, водиле у раду и навести које?	
5.3. Да ли постоји план унапређења квалитета пружених услуга?	
5.4. На који начин се врши заказивање прегледа/консултација?	
5.5. Да ли постоје листе чекања?	
5.6. Који су максимални временски рокови за заказивање прегледа/консултација?	
5.7. Колико у просјеку трају прегледи/консултације, а колико максимално? (да ли постоје норме?)	

5.8. Колики је просјечан број корисника примљених на индивидуалне прегледе/ консултације у једном дану)?	
5.9. Да ли се раде неки облици групног рада?	
5.10. Колики је просјечан број корисника у једној седмици добио групни третман било које врсте?	
5.11. На који начин се збрињавају хитни случајеви (да ли постоје процедуре у писаној форми, на примјер за суицидне особе, делирантна стања, случајеве насиља у породици, и слично)?	
5.12. Да ли постоје процедуре о примању здравствених савјета телефонским путем?	
5.13. Да ли установа има адекватан телекомуникацијски капацитет (директна телефонска линија, СОС линија, брза и стабилна интернет веза, итд.)?	
5.14. Да ли тим обавља патронажне посјете и у којим случајевима?	
5.15. Да ли служба посједује сопствено возило и мобилну опрему за патронажне посјете?	

6. ИНТЕРСЕКТОРСКА САРАДЊА

Дио водича који испитује постојање сарадње ЦМЗ и осталих здравствених служби, социјалних служби и других служби које пружају помоћ или заштиту корисницима. Интерсекторска сарадња посебан значај има у бризи за дугорочне кориснике чија рехабилитација, ресоцијализација и реинтеграција у заједницу зависи од функционисања и сарадње наведених служби.

(Извори: документација, менаџмент, особље)

6.1. Да ли постоје обавезујући протоколи о сарадњи са осталим службама у оквиру дома здравља (породична, физикална, итд.)?	Разговарати са менаџментом и члановима тима о начинима сарадње са наведеним службама, те извршити увид у постојећу документацију о сарадњи међу службама у циљу побољшања услуге корисницима и/или континуираног заједничког праћења.
6.2. Да ли постоје обавезујући протоколи о сарадњи са психијатријским болницама и центрима за социјални рад?	
6.2.1. Колико је корисника упућено на хоспитални третман?	
6.2.1.1. добровољно	
6.2.1.2. присилно	
6.2.2. Да ли породична медицина извјештава ЦМЗ о случајевима директног упућивања корисника на хоспитални третман?	
6.2.3. Колико је корисника ЦМЗ упућено у установе социјалне заштите?	
6.2.4. Колико корисника са хроничним поремећајима је смјештено у заштићене куће/станове?	
6.3. Каква је сарадња са судовима и центрима јавне безбједности?	

6.4. Каква је сарадња са школама, невладиним организацијама, удружењима корисника?	
--	--

7. ЗАБРАНА МУЧЕЊА, ЛОШЕГ ПОСТУПАЊА, ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА КОРИСНИКА УСЛУГА ЦМЗ

До злостављања и занемаривања може доћи у било којој установи, једноставно због природе моћи и контроле у таквим мјестима. Конвенција осигурава заштиту од окрутног, нечовјечног или понижавајућег поступања или кажњавања у члану 15, као и заштиту од експлоатације, насиља и злостављања у члану 16. Дјелотворан систем притужби може допринијети спречавању злостављања. Такви системи би требало бити доступни свим лицима која желе уложити притужбу, а све притужбе би требало истражити, односно указати на правне лијекове уколико су те притужбе основане. Члан 16. (3) Конвенције говори о важности праћења услуга које се пружају особама са инвалидитетом и повезује га са захтјевом који произлази из Факултативног протокола Конвенције УН против тортуре.

(Извори: особље, корисници услуга, менаџмент Дома здравља, ЦМЗ, породичне медицине и хитне службе, документација)

7.1. Да ли се врши мониторинг људских права (навести појединости)?	Комисија треба да утврди да ли постоји континуирани интерни мониторинг поштовања људских права у установи, као и да ли је исти регулисан интерним актима.
7.2. На који начин је регулисана безбједност установе?	
7.3. Да ли постоје утврђене процедуре усмјерене ка спречавању насиља?	
7.4. На који начин је регулисана заштита дјецe и адолесцената?	
7.5. Да ли се недавно десио неки проблем/ инцидент?	
7.6. Колико често се дешавају такви проблеми?	
7.7. Да ли се такви инциденти евидентирају?	
7.8. Реакција на инцидент – подузете мјере (управа, одговорно лице, особље, локална заједница)?	

8. ХАБИЛИТАЦИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА КОРИСНИКА ЦМЗ

Конвенција о правима особа са инвалидитетом намеће обавезу државама да омогуће особама са инвалидитетом стицање и одржавање највеће могуће независности и најпотпунију могућу физичку, менталну, друштвену и професионалну способност, те пуну укљученост и учешће у свим аспектима живота' (члан 26 (1)).

(Извори: особље, корисници услуга, документација и менаџмент ЦМЗ)

8.1. Да ли се корисницима омогућава бављење осмишљеним активностима? (нпр. свакодневни послови, хобији, учење)	У смислу члана 26.(1) Конвенције, државе морају развијати рехабилитацијске услуге у подручју здравства, запошљавања, образовања и социјалних услуга. Особље мора проћи обуку о рехабилитацији. Такве услуге би укључивале, на примјер, радне терапије и савладавање одређених вјештина. Овај дио упитника настоји утврдити у којој мјери сви корисници установа имају приступ, односно у којој мјери су укључени у рехабилитацијске активности.
8.2. Које терапијске и рехабилитацијске активности су доступне? (нпр. то може укључити активности као што су умјетност или терапија музиком, или може укључити окупациону терапију и могућност учења нових вјештина)	
8.3. Колико је корисника укључено у неку од наведених активности?	

8.4. Каква је могућност да корисници услуга изаберу активност коју желе?	Комисија, дакле, треба да направи извјештај по наведеним ставкама са посебним нагласком на што раније отпочињање рехабилитацијских интервенција.
8.5. Да ли активности имају смисла и да ли су угодне или је то само понављање досадних задатака?	
8.6. Да ли је доступна нека врста међусобне подршке међу корисницима?	

9. ПРИСТАНАК НА ЛИЈЕЧЕЊЕ

У многим земљама, пристанак на лијечење је подразумијевао три главна елемента: информацију, добровољност и пословну способност. Информација подразумијева да особи морају бити предочене тачне, истините, доступне и потпуне информације, на основу којих би она могла изабрати да пристане на лијечење, односно да одбије лијечење. Добровољност значи да та одлука мора бити ослобођена свих пријетњи, притисака или других врста присиле од стране љекара, односно других стручњака, чланова породице или других лица. Пословна способност, концепт који Конвенција оповргава, подразумијева да особа мора бити у стању да разумије информације, одваже и донесе одлуку, ако је потребно и преко мреже подршке. Ово право на пристанак на лијечење је саставни дио права на здравље, које се може наћи у члану 12. Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима из 1966.године. Право на здравље је садржано у члану 25. Конвенције о правима особа са инвалидитетом, у одредби која утврђује да особе с инвалидитетом имају право на уживање највиших остваривих здравствених стандарда без дискриминације по основи инвалидитета. Инвалидитет овдје јасно укључује и проблеме са менталним здрављем и интелектуални инвалидитет. Члан 25. (1) посебну пажњу посвећује услугама везаним за сексуално и репродуктивно здравље, надовезујући се на породична права из члана 23. Члан 25. (д) захтијева од здравствених радника да 'пружају исте квалитете услуга особама с инвалидитетом као и другима, и на основи слободног и информисаног пристанка'. Ово је суштински важна компонента која се одражава и у многим питањима у овом дијелу водича.

(Извори: особље, корисници услуга, документација и менаџмент ЦМЗ)

9.1. Које процедуре се користе за добијање информисаног пристанка на лијечење?	Комисија треба да констатује да ли је испоштована позитивна законска регулатива из ове области по наведеним ставкама.
9.2. Опиши шта ЦМЗ подразумијева под информисаним пристанком?	
9.3. Шта се дешава ако корисник услуга одбија третман (да ли се поштује одлука; да ли таква одлука може бити занемарена и под каквим условима)?	
9.4. Да ли третман икада може бити наметнут? (навести детаље)	
9.5. Како се корисници услуга могу жалити против одлуке да буду лијечени без пристанка?	
9.6. Да ли се врши систематска ревизија налога за присилно лијечење од стране независног тијела?	

10. ПРИСТУП СОМАТСКОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЂАЈЕМ

Поједини корисници установе, а нарочито они са хроничним менталним поремећајима, или специфичним комплексним проблемима, понекад немају адекватан приступ општој, соматској здравственој заштити. Члан 25. Конвенције о правима особа са инвалидитетом прописује да се особама са инвалидитетом мора пружити здравствена заштита и њега без дискриминације по основи инвалидитета, а то значи (у члану 25. (1)) 'осигурати особама са инвалидитетом исти опсег, квалитет и стандард бесплатних или доступних здравствених услуга и програма, који се пружају другим особама'.

(Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ и породичне медицине)

10.1. Да ли постоје било какве потешкоће у остваривању соматске здравствене заштите за оне којима је неопходна?	Комисија треба да констатује да ли је било кршења права корисника на једнакоправан приступ, опсег,
---	--

10.2. Који су тјелесни здравствени проблеми били најзаступљенији у посљедњих годину дана?	квалитет и стандард услуга и програма соматске здравствене заштите.
10.3. Да ли корисници услуга имају приступ редовној провјери физичког здравља?	Уколико се констатује да је било нарушавања наведених права Комисија треба да установи који су кораци предузети да би се они отклонили.
10.4. Да ли постоје баријере за приступ физичкој здравственој заштити?	Посебну пажњу Комисија треба посветити случајевима одбијања пружања адекватне помоћи корисницима услуга ЦМЗ од стране других здравствених установа, као и шта се у вези с тим подузело.

11. ПРОМОЦИЈА СОМАТског ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА ТЈЕЛЕСНИХ БОЛЕСТИ

Многа озбиљна здравствена стања, укључујући кардиоваскуларне болести, рак, дијабетес и хроничне респираторне поремећаје, повезана су са неким заједничким факторима ризика који се могу спријечити. На примјер, конзумирање духана, нездрава прехрана, физичка неактивност и претјерано конзумирање алкохола главни су узроци физичке болести. Рано откривање таквих стања је стога посебно важно код особа са хроничним менталним обољењима, код којих су дати фактори ризика израженији.

(Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)

11.1. Да ли корисници услуга имају приступ квалитетним услугама превенције болести и промоцији здравља, с обзиром на висок ниво соматских болести међу особама са менталним проблемима (нпр. вакцинације, провјера дијабетеса, мамографија)?	Превенција тјелесних болести укључује позитивне мјере спречавања појаве високог крвног притиска, метаболичког синдрома или високог нивоа холестерола. У овом дијелу Водича се тражи да се процијени у којој мјери се такве активности подузимају систематски и на редовној основи. Одговарајући прегледи обухватају: рутинске прегледе (физички преглед, испитивање крви и урина, ЕКГ, РТГ плућа) у редовним интервалима уз одговарајући информисани пристанак; мамографије, самопреглед дојке и/или љекарски преглед дојке; ПАП-тестове; уролошке прегледе, преглед коже (рака коже), визуални преглед уста (усна шупљина је лако доступна за рутински преглед, па чак и не-медицинско особље може лако открити промјене које су претеча карцинома); провјере везане за гастроинтестиналне проблеме, диурезу и исправност рада цријева, укључујући и уринарне инконтиненције и енкопрезу, крвни притисак, пулс, респираторну динамику и декубитус (код пацијената који дуго леже).
11.2. Да ли се врши редовна провјера физичког здравља у циљу откривања хроничних и малигних обољења?	
11.3. Колико је заступљен рад на превенцији соматских обољења?	

12. ПРИСТУП УСЛУГАМА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Упркос унапређеним могућностима лијечења и позитивним трендовима у домену заштите менталног здравља, особе са хроничним проблемима менталног здравља или инвалидитета, често су изложене социјалном искључивању, стигматизацији, дискриминацији или непоштовању њихових темељних права и достојанства, што, између осталог, укључује и недостатак адекватног приступа психијатријским услугама. Ако се нека особа сматра хроничним психијатријским пацијентом, то често значи да јој здравствени радници посвећују мање пажње у смислу праћења њеног стања, прилагођавања третмана лијечења и цијева рехабилитације. Дакле, у овом дијелу водича траже се информације о квалитету и учесталости приступа психијатријској процјени и третманима.

(Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ)

12.1. Да ли је омогућен редован приступ психијатру, или другим професионалцима за ментално здравље по захтјеву корисника?	На темељу одговора према наведеним ставкама, Комисија треба да стекне утисак о реализацији редовних обавеза чланова стручног тима (одржавање ужег и ширег стручног колегија; свакодневна присутност чланова стручног тима; учествовање у раду социотерапијских заједница; обављање циљаних интервјуа, и слично).
12.2. Да ли корисници услуга имају могућност избора психијатра, или професионалца за ментално здравље?	
12.3. Колико обично траје сусрет са психијатром, или професионалцем за ментално здравље?	

12.4. Да ли су сусрети у дискрецији?	
12.5. Које врсте процјене и третмана су доступни у кризним ситуацијама?	
12.6. Колико су ставови психијатара, или професионалаца за ментално здравље, у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на клијента? (приступ/сензибилитет)	

13. ПРИСТУП МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМА

У пракси, неким здравственим установама недостаје основна радна снага коју чине медицинске сестре и особље за његу. Понекад медицинске сестре и особље за његу имају прекомјерно радно оптерећење. Таквим медицинским сестрама и особљу за његу треба осигурати ваљану едукацију и обуку у складу са Резолуцијом WXA59.23 Свјетске здравствене скупштине, којом се земље чланице позивају да израде десетогодишњи план за образовање и обуку што више здравствених радника у цијелом свијету. Овај дио упитника, дакле, процјењује приступ таквој, едукованој здравственој њези.

(Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ)

13.1. Да ли је корисницима услуга омогућен приступ медицинској сестри по захтјеву?	Рад са корисницима увијек представља озбиљну задаћу за све категорије ангажованог особља. Стога је и одговарајућа улога медицинских сестара од изузетног значаја. Улога психијатријске медицинске сестре у заједници је још комплекснија. Наиме, поред бриге о менталном и физичком здрављу корисника, сестра брине о cjелокупном систему функционисања корисника и њиховој реинтеграцији у заједницу (подучавање корисника вјештинама неопходним за свакодневни живот у заједници, социјална подршка, медијација у поновном успостављању покиданих или нарушених породичних и социјалних релација, обављање кућних посјета, вршење надзора и рад са корисницима заштићених кућа, едукација и подршка породици корисника, рад са ризичним групама и сл.
13.2. Да ли медицинске сестре имају специјалне обуке у заштити менталног здравља?	
13.3. Какав је генерално квалитет његе коју пружају медицинске сестре?	
13.4. Колико су ставови медицинских сестара у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на клијента? Приступ/сензибилитет	

Сходно томе, Комисија треба да утврди да ли постоји програм на основу којег се проводи специјална обука у заштити менталног здравља за медицинске сестре у ЦМЗ.

14. ПРИСТУП ПСИХОТЕРАПИЈИ, РАДНО-ОКУПАЦИОНОЈ И СОЦИОТЕРАПИЈИ

У многим земљама, психолошке, социјалне и радне терапије третирају се суштинском компонентом читавог низа третмана за проблеме менталног здравља. Овај дио упитника испитује приступ психолошким, социјалним и радним терапијама.

(Извори: корисници услуга и особље ЦМЗ)

14.1. Да ли корисници услуга могу користити услуге психотерапеута?	Комисија треба посебно обратити пажњу да ли је медикаментозни, психотерапијски, социотерапијски, рехабилитацијски и окупацијски програм адекватно заступљен.
14.2. Да ли корисници услуга имају могућност избора психотерапеута?	
14.3. Да ли корисници услуга могу користити услуге социјалног радника/социјалног терапеута и да ли постоји могућност избора социјалног радника/социјалног терапеута?	
14.4. Да ли корисници услуга могу користити услуге радно-окупационог терапеута и да ли постоји могућност избора радно-окупационог терапеута?	

15. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА ЦМЗ	
<p>Веома је битно да медицинска документација буде ажурирана и тачна, и да садржи потпуну анамнезу појединца, његово социјално функционисање и читав низ потреба. Документација обично треба садржавати и конкретне дијагнозе, тамо гдје је то прикладно. Члан 22. (2) Конвенције о правима особа са инвалидитетом осигурава заштиту 'приватност личних и здравствених података о рехабилитацији особа с инвалидитетом на равноправној основи с другима.' У овом дијелу водича очекује се процјена степена ажурираности информација и детаља који су унесени у здравствене картоне корисника. (Извори: корисници услуга, менаџмент, документација)</p>	
15.1. На који начин се врши протоколисање пружених услуга?	<p>Комисија на основу прегледа случајног узорка стиче увид у вођење и начин чувања медицинске документације сагласно професионалним стандардима и принципу тајности, као и да ли се исти воде у складу са позитивним законским рјешењима.</p>
15.2. Да ли ЦМЗ има одвојене регистре за поједине групе корисника (с обзиром на врсту обољења, доб, стање корисника и сл.)?	
15.3. Колико често се врши ревизија медицинских досијеа (хронични случајеви)?	
15.4. Да ли се врши евиденција дневно обављених прегледа за поједине групе обољења?	
15.5. Да ли се врши евиденција дневно прописаних лијекова?	
15.6. Да ли документација садржи посебан повјерљив дио?	
15.7. Да ли је заштита тајности одговарајућа?	
15.8. Да ли је документација доступна онима који треба да јој приступе, укључујући и кориснике услуга?	
15.9. Да ли постоје правила у вези са чувањем медицинске документације и начина архивирања?	
15.10. Да ли се у случају потребе премјештаја релевантни дио документације корисника прослеђује љекарима у другој установи?	

16. ПРИСТУП ОСОБЉУ ТИМОВА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ И ХИТНЕ СЛУЖБЕ	
<p>Примарна здравствена заштита је ниво на ком се остварује први контакт са здравственом установом, и она представља први елемент процеса здравствене заштите. Када их пружа љекар породичне медицине, услуге примарне здравствене заштите могу подразумевати континуитет лијечења. Овај дио водича процјењује у којој мјери је примарна здравствена заштита адекватно пружена корисницима установа. (Извор: корисници услуга и особље ЦМЗ, породичне медицине и хитне службе)</p>	
16.1. Да ли корисници услуга могу видјети љекара породичне медицине по избору када им треба?	<p>Комисија треба да утврди да ли, на који начин и када ЦМЗ остварује комуникацију са љекарима породичне медицине и хитне службе. Ово подразумијева и стицање увида о ставу особља ЦМЗ о сврсисходности комуникације (на примјер, да ли је корисник у протеклом времену узимао прописану терапију, да ли је имао неких других здравствених проблема, да ли је било хитних интервенција, да ли је дио релевантне документације достављен љекару породичне медицине, итд.)</p> <p>Комисија, такође, треба да утврди да ли особље породичне медицине остварује директан контакт са лицима са менталним поремећајима, или се контакт своди на „издавање упутница“ посредством сродника или старатеља.</p>
16.2. На који начин особље породичне медицине брине о менталном здрављу лица са менталним поремећајима?	
16.3. Коју врсту тренинга има особље тимова породичне медицине у рјешавању здравствених тегоба лица са менталним поремећајима?	
16.4. Који врсту тренинга има особље тимова породичне медицине у рјешавању здравствених потреба лица са интелектуалним тешкоћама?	

16.5. Коју врсту тренинга има особље хитне службе у рјешавању здравствених тегоба лица са менталним поремећајима?	
16.6. Коју врсту тренинга има особље хитне службе у рјешавању здравствених потреба лица са интелектуалним тешкоћама?	
16.7. Како се одвија сарадња у збрињавању хитних случајева између ЦМЗ, породичне медицине и хитне службе?	
16.8. Уколико Дом здравља нема ЦМЗ и не упошљава професионалце у менталном здрављу, у коју установу породични љекари упућују лица са менталним поремећајима да добију специјалистичке услуге у менталном здрављу?	
16.9. Како породични љекари процјењују сарадњу са установама и професионалцима за ментално здравље из претходног питања?	

17. ПРОМОЦИЈА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

Развој ресурса који унапређују ментално здравље и редукују ризичне факторе за развој менталних поремећаја је задатак цјелокупне заједнице. Промоција менталног здравља и едукација о менталним поремећајима, имају велику улогу у промјени негативних ставова и понашања становништва, предрасуда и дискриминације према лицима са менталним поремећајима.

(Извори: посматрање, корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)

17.1. На који начин се врши промоција менталног здравља и превенција менталних поремећаја?	Комисија треба да утврди да ли и у којој мјери чланови тима проводе мјере промоције менталног здравља и превенције менталних поремећаја као што су:
17.2. Да ли постоје брошуре, информатори који промовишу важност, унапређење и превенцију менталног здравља?	- едукација корисника о факторима ризика за настанак и одржавање менталних поремећаја и начинима унапређења менталног здравља или ублажавања тегоба (упознавање корисника о постојању група самопомоћи, подршке, удружења и др.);
17.3. Да ли су корисници упознати са факторима ризика и мјерама превенције за поједине менталне поремећаје?	- програми усмјерени на посебно ризичне и вулнерабилне групе становништва;
17.4. Да ли постоје дефинисани програми за унапређење и заштиту менталног здравља појединих група корисника дјецe, адолесцената, старих?	- општи превентивни програми и програми промоције менталног здравља, антистигма програми и др.
17.5. Да ли постоје дефинисани програми за рад на редукцији стигме?	Такође, је важно утврдити да ли се ови програми међусобно уклапају и остварују синергију.
17.6. Да ли се спроводе програми превенције за ризичне групе корисника?	
17.7. Да ли се прате статистички показатељи броја суицида, хомицида и преваленце појединих обољења на подручју које покрива установа?	
17.8. Да ли у оквиру ЦМЗ постоје савјетовалишта за поједине групе корисника?	

18. ЛИЈЕКОВИ	
<p>Унутар здравствених установа морају бити доступни сви потребни лијекови за третирање физичких и психичких стања. Доступност тих лијекова не значи да би се исти требало наметати (<i>видјети дио о праву на пристанак на лијечење</i>). Аспекти који ће се пратити обухватају давање таквих лијекова и рутинско информисање корисника о тим лијековима, те укљученост корисника у процес креирања плана њиховог лијечења. То обухвата и информисање корисника о нуспојавама, посвећивање пажње и уважавање мишљења и жеља корисника у вези са лијековима, уважавање преференција корисника у погледу неке врсте лијекова и начина њиховог узимања. Чланови Комисије такође, треба да испитају да ли је рецепт за лијек у складу са сигурном праксом, укључујући и индивидуализоване рецепте с потписом одговорног здравственог радника, јасно прописаним дозама и учесталашћу узимања. (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ и породичне медицине)</p>	
18.1. Да ли су лијекови са есенцијалних листи редовно доступни и приступачни за кориснике ЦМЗ?	
18.2. Да ли се у установи примјењују савремени, ефикасни, мање штетни психофармаци?	
18.3. Да ли се с лијековима рукује у складу са договореним смјерницама клиничке праксе?	
18.4. Да ли се лијекови чувају на одговарајући начин?	
18.5. Да ли особље озбиљно схвата притужбе корисника услуга везано за нуспојаве и како реагују на то?	
18.6. Да ли се преференције корисника по питању лијекова уважавају од стране психијатра?	

19. АЛКОХОЛ, ЦИГАРЕТЕ И ДРОГЕ	
<p>Особе с проблемима менталног здравља имају више физичких поремећаја него општа популација. Изложеност високим факторима ризика као што су пушење и злоупотреба алкохола много је чешћа код људи са дугогодишњим проблемима менталног здравља. Лошије социо-економске прилике многих лица која имају проблема са менталним здрављем могу утицати на смањен приступ ових особа здравственим установама које се баве проблемима везаним за алкохол, цигарете и незаконите дроге. (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)</p>	
19.1. Да ли је и која врста помоћи/подршке доступна корисницима услуга са:	Комисија треба навести ако у ЦМЗ постоји посебан тим за третман болести зависности.
19.1.1. Проблемима с алкохолом?	
19.1.2. Зависницима о цигаретама?	
19.1.3. Зависницима о дрогама?	

20. УКЉУЧЕНОСТ У ПЛАН ЊЕГЕ	
<p>Учествовање корисника услуга менталног здравља, односно њихова укљученост у план његе, сматра се показатељем добре праксе, која се једним дијелом развила као посљедица чињенице да систем менталног здравља није одговарао на потребе појединачних корисника и група корисника. (Извори: корисници услуга, особље и документација ЦМЗ)</p>	
20.1. Да ли сваки корисник са хроничним и/или комплексним потребама има свој индивидуални план третмана?	Савремени стандарди и политике дефинишу учешће корисника у планирању, провођењу и евалуацији услуга у области менталног здравља једним од најважнијих приоритета. Конвенција о правима особа са инвалидитетом потврђује ову филозофију, осигуравајући да особама са инвалидитетом мора бити
20.2. Да ли сте и како учествовали у стварању свог индивидуалног плана третмана и рехабилитације?	

20.3. Да ли корисник услуга може постављати питања и оспоравати садржај свог индивидуалног плана третмана (одабир лијекова, врсте и облици рехабилитације)?	омогућено да доносе одлуке о властитом животу, уз помоћ мреже подршке када је то потребно (члан 12).
20.4. Колико често се планови евалуирају?	
20.5. Да ли су планови урађени на језику који је разумљив корисницима услуга?	

21. ПРИСТАНАК ЗА УЧЕШЋЕ У ИСТРАЖИВАЊУ

Конвенција врло јасно наводи у члану 15, који говори о спречавању мучења или окрутних, нечовјечних или понижавајућих поступака или кажњавања' да нико не смије бити подвргнут, без свог слободног пристанка, медицинским или научним истраживањима.' Када се проводи неко здравствено истраживање на популацији лица са менталним поремећајима, национални закони и локални етички одбори могу поставити захтјеве обавезног прибављања информисаног пристанка (сагласности) особе на учествовање у таквим истраживањима. Такви захтјеви ће вјероватно захтијевати ваљано информисање потенцијалних учесника, на основу чега би они могли процијенити бенефиције и ризике учешћа у таквом истраживању; гаранције да њихово одбијање да учествују неће негативно утицати на њихову рутинску његу; очекивање да ће све прикупљене информације бити третиране повјерљивим и да њихова приватност неће бити угрожена; и да ће, уколико пристану на учешће у таквим истраживачком пројекту, њихово достојанство, права, сигурности и благостања бити осигурани и заштићени. Дакле, овај дио упитника испитује да ли постоје докази да се таква заштита пружа, односно не пружа корисницима ЦМЗ.

(Извори: корисници услуга, особље, менаџмент и документација ЦМЗ)

21.1. Да ли постоји процес давања пристанка у писаној форми за учешће у истраживању?	Комисија треба да констатује да ли је испоштована законска регулатива из ове области по наведеним ставкама.
21.2. Да ли постоји независни процес етичког одобравања за истраживачке пројекте?	
21.3. Да ли потенцијални учесници имају довољно информација како би могли донијети одлуку?	
21.4. Да ли је истраживање проведено на особама који немају способност да одлуче о давању сагласности?	
21.5. Да ли је накнада за учешће у истраживању уплаћена?	
21.6. Да ли постоје било каква ограничења у приступу уобичајеној њези за кориснике услуга који нису дали сагласност да учествују у истраживању?	

8.3. Водич за примјену стандардизованог Упитника за рад Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима – секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите и установе социјалне заштите

Праћење људских права и здравствене заштите у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа, као и установама социјалне заштите¹¹

1. ОПШТИ ПОДАЦИ	
<p>Овај дио упитника сакупља податке о установи - основне информације, статистичке податке и општу слику о раду установе. Њен положај, приступачности и удаљеност од заједнице показатељи су способности установе да потиче и његује интеграцију друштва. Неке установе имају капије и наликују затворима, а неке су отворене. Овај податак постаје значајан тек када се упореди са информацијама о локацији установе и њеним правилима што се тиче изласка корисника установе и пријема посјетилаца.</p>	
1.1. Назив, адреса, телефон установе	<p>Општи подаци (тачке 1.1. до 1.3.) о установи коју Комисија за заштиту особа са менталним поремећајима (у даљем тексту: Комисија) посјећује обавезни су дио извјештаја. Ради се о генералијама уобичајеним при вршењу контроле, или било које врсте надзора (назив, адреса и телефон установе; име, презиме, звање и титула директора; телефон, факс и e-mail директора). Ови су подаци потребни како због информације гдје је Комисија вршила контролу стања људских права особа са менталним поремећајима, тако и због даљњег контакта са менаџментом установе.</p> <p>С обзиром на то да Правилник о раду Комисија за заштиту лица са менталним поремећајима предвиђа састав Комисије на сљедећи начин: доктор медицине специјалиста неуропсихијатар/психијатар, психолог, дипломирани правник, социјални радник, представник локалне заједнице или представник удружења корисника, то је логично да се дијелом Упитника под називом „Општи подаци“ и „Информације о установи“ бави дипломирани правник, као члан Комисије у присуству свих осталих чланова.</p>
1.2. Име и презиме, звање и титула директора	
1.3. Телефон, факс и e-mail директора	

11) У поглављу III.3 коришћени су дијелови поглавља 8 и 9: The ITHACA Project Group (2010). ITHACA Toolkit for monitoring Human Rights and General Health Care in mental health and social care institutions. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London

<p>1.4. Ниво здравствене заштите – врста социјалне установе (секундарна и терцијарна здравствена заштита и установе социјалне заштите)</p>	<p>Тачка 1.4. Ниво здравствене заштите – врста социјалне установе (секундарна и терцијарна здравствена заштита и установе социјалне заштите) посебно је важна, јер нам она говори о типу здравствене установе коју Комисија посјећује, као и о нивоу здравствене заштите којему та установа припада. Наравно, овдје треба имати у виду одредбе Закона о здравственој заштити („Службене новине Федерације БиХ“, број 46/10), као и одредбе Закона о здравственој заштити (“Службени гласник Републике Српске“, бр. 106/09) којима се уређују нивои здравствене заштите, као и организовање здравствених установа.</p>
<p>1.5. Датум(и) и вријеме посјете</p>	<p>Тачка 1.5. односи се на датум и вријеме посјете, који се обавезно уписују.</p>
<p>1.6. Врста посјете</p>	<p>Тачка 1.6. односи се на податак о врсти посјете. Наиме, посјете Комисије могу имати двојаки карактер: могу бити редовне и ванредне. Пословник о раду Комисија детаљно уређује начин рада, план редовних одлазака на терен, позивање чланова Комисије, достављање материјала, начин извјештавања и начин одлучивања. План рада Комисије и динамика редовних посјета које она треба да обави током једне године морају бити детаљно разрађени. То подразумијева и врсте здравствених установа, динамику извјештавања и слично. Врло је важно да Комисије, у првој години свога рада, остваре квалитетан увид у стање у установама из своје надлежности. Сагласност на Пословник о раду даје надлежни министар здравља.</p>
<p>1.6.1.редовна</p>	<p>Испланиране посјете сматрамо редовним посјетама. С друге стране, постоји могућност да Комисија поступи по пријави о кршењу људских права лица са менталним поремећајима, те да с тим у вези изврши увид у стање код конкретне здравствене установе. У том случају говоримо о ванредним посјетама Комисије. Битно је истаћи да је при овој врсти посјете потребно да Комисија наведе разлог посјете, као и да затражи од менаџмента и особља установе потребну документацију. Наиме, тако прикупљена документација умногоме може помоћи у раду Комисије при утврђивању да ли је или не, у датом случају, дошло до одређених нарушавања права особа са менталним поремећајима. Посебно овдје треба обратити пажњу да ли је установа провела све законом прописане активности и мјере да до наводног нарушавања не дође. Ако јесте, установа то треба документовати, те учинити ту документацију доступном члановима Комисије. Ако није, онда члановима Комисије преостаје да обаве разговоре са представницима менаџмента установе, као и са особљем које је директно или индиректно укључено у наводно нарушавање права особа са менталним поремећајима. Комисија ће на основу укупности прикупљених података поднијети извјештај надлежном министарству, укључујући јасно дефинисане препоруке. Уколико је потребна интервенција надлежних инспекцијских органа, министарства ће им Извјештаје Комисија доставити на увид, а ради подузимања мјера из њихове надлежности.</p>
<p>1.6.2.ванредна (навести разлог посјете и приложити релевантну документацију)</p>	<p>Испланиране посјете сматрамо редовним посјетама. С друге стране, постоји могућност да Комисија поступи по пријави о кршењу људских права лица са менталним поремећајима, те да с тим у вези изврши увид у стање код конкретне здравствене установе. У том случају говоримо о ванредним посјетама Комисије. Битно је истаћи да је при овој врсти посјете потребно да Комисија наведе разлог посјете, као и да затражи од менаџмента и особља установе потребну документацију. Наиме, тако прикупљена документација умногоме може помоћи у раду Комисије при утврђивању да ли је или не, у датом случају, дошло до одређених нарушавања права особа са менталним поремећајима. Посебно овдје треба обратити пажњу да ли је установа провела све законом прописане активности и мјере да до наводног нарушавања не дође. Ако јесте, установа то треба документовати, те учинити ту документацију доступном члановима Комисије. Ако није, онда члановима Комисије преостаје да обаве разговоре са представницима менаџмента установе, као и са особљем које је директно или индиректно укључено у наводно нарушавање права особа са менталним поремећајима. Комисија ће на основу укупности прикупљених података поднијети извјештај надлежном министарству, укључујући јасно дефинисане препоруке. Уколико је потребна интервенција надлежних инспекцијских органа, министарства ће им Извјештаје Комисија доставити на увид, а ради подузимања мјера из њихове надлежности.</p>

1.7. Комисија	Тачка 1.7. односи се на евидентирање чланова Комисије , који су у установи, док се тачка 1.8. односи на евидентирање свих особа са којима су обављени разговори од стране чланова Комисије, а у вези са општим подацима о установи.
1.7.1. Предсједник (психијатар)	
1.7.2. Члан (психолог)	
1.7.3. Члан (социјални радник)	
1.7.4. Члан (правник)	
1.7.5. Члан (представник локалне заједнице/корисник)	
1.8. Разговор обављен са:	
1.9. Прилози:	Тачка 1.9. предвиђена је за евидентирање прилога , које чланови Комисије прикупе током посјета установама. Наиме, уколико Комисија сматра да одређене информације треба документовати, она има право затражити од установе да се сачине копије исте. Те копије чиниће саставни дио Извјештаја Комисије. У овом дијелу, потребно је да се сви прикупљени прилози евидентирају.

2. ИНФОРМАЦИЈЕ О УСТАНОВИ	
Исто као под 1.	
2.1. Локација (Извор: Посматрање)	Други дио упитника односи се на информације о установи. Прво што треба забиљежити јесте сама локација на којој је смјештена установа коју Комисија посјећује. Овдје је извор података посматрање. Тако су и подаци које треба да евидентира Комисија садржани у предвиђених шест тачака. Опис локације установе садржаваће све детаље које Комисија уочи посматрањем, и које сматра битним за израду извјештаја. Ово подразумијева евидентирање података о томе да ли је установа смјештена у руралном или урбаном окружењу, каква је доступност јавним превозом и слично, из чега се види како је и да ли је, као таква, доступна корисницима. Битан податак, с тим у вези, јесте и колико је удаљена од најближег града. Тачком 2.1.5. треба да се установи да ли постоји могућност да корисници установе улазе у или излазе из установе без најаве. Овдје треба напоменути да се питање односи на оне који су према закону смјештени у установу добровољно, дакле, својом вољом. Ако су особе својом вољом смјештене у установу, њима се мора пружити могућност да излазе и улазе у установу у складу са својим потребама и кућним правилима
2.1.1. Описати локацију установе.	
2.1.2. Да ли је смјештена у руралном или урбаном окружењу?	
2.1.3. Каква је доступност јавним превозом?	
2.1.4. Колико је удаљена од најближег града?	
2.1.5. Да ли постоји могућност да корисници установе улазе у/излазе из установе без најаве (односи се на оне који су према закону смјештени у установу својом вољом)?	
2.1.6. Да ли постоји портир/систем за провјеру посјетилаца на улазу и излазу?	

	код корисника. Чињеница је да то могу бити и особе које су биле у посјети. Било какав облик нежељеног узнемиравања корисника, путем овог система провјере може бити благовремено спријечен.
2.2. Установа (Извор: менаџмент и документација)	У дијелу 2.2. говоримо о установи детаљније, са аспекта информација потребних Комисији у смислу оснивачких права и модуса финансирања, од чега, у основи зависи функционалност установе.
2.2.1. Статус установе (оснивач, рјешење о упису у судски регистар)	Статус установе (тачка 2.2.1.) подразумијева да се утврди ко је оснивач установе. Комисија овдје обавезно тражи рјешење о упису у судски регистар, како би могла провјерити њену регистровану дјелатност са дјелатношћу која заиста обавља. У организацијском смислу, важно је извршити увид у нормативна акта установе, као што су статут и правилници. Статутом се уређује рад установе, па је важно скренути пажњу да ли је статут усклађен са позитивним прописима у области здравства. Правилник о унутрашњој организацији установе Комисији даје увид у организациону схему, потребне кадрове и сл. Како је овдје извор особље менаџмента и документација, треба стално имати у виду да све нејасноће које евентуално произлазе из документације треба разјаснити у разговору са особљем које чини менаџмент.
2.2.2. Нормативна акта (статут и правилници)	
2.2.3. Остала акта (упутства, протоколи, кућни ред, итд.)	Надаље, тачком 2.2.3. предвиђа се да Комисија изврши увид и у остала документа установе (упутства, протоколи, кућни ред итд.), која служе као доказ о проведеним процедурама које се односе на рјешавање свих питања везаних за права и интересе корисника установе (начин пријема, дужина боравка, начин третмана, евиденција допуста и викенда, употреба физичких ограничења, евидентирање повреда, лијечења изван установе, комуникације са старатељима, итд.). Напријед наведена документација, осим што се може тражити на увид, може бити и копирана за Комисију, односно за потребе израде коначног извјештаја, што је потребно евидентирати под тачком 1.9. овог водича.
2.2.4. Како се установа финансира?	Важно питање свакако је питање финансирања установе (2.2.4.). Комисија треба да констатује да ли установа има стабилан извор финансирања. Ово подразумијева уговоре са заводима/фондовима здравственог осигурања, средства додијељена од стране оснивача и др. Такође, потребно је констатовати колики је укупан износ средстава за текућу годину, планирани и стварни (у моменту посјете). Важно је установити и ко све партиципира у финансирању, колики је проценат од стране надлежног фонда здравственог осигурања, ресорног министарства, локалне власти, корисника установе, од стране појединаца, локалне заједнице, вјерских заједница, итд. Питање финансирања у директној је вези са квалитетом здравствене заштите која се пружа у установама, због чега је потребно о свим наведеним детаљима водити изузетну пажњу. Такође, дешава се у пракси, да установе не потпишу правовремено уговоре са финансијерима, што је узроком да се изгуби континуитет финансирања. Уколико Комисија уочи овакве проблеме, дужна је
2.2.4.1. Да ли има стабилан извор финансирања?	
2.2.4.2. Колики је укупан износ финансијских средстава?	
2.2.4.3. Ко партиципира у финансирању?	
2.2.5. Да ли су извори финансирања и трошкови транспарентни?	
2.2.6. Да ли је закључен уговор са фондом здравственог осигурања?	

	<p>истаћи одговорајуће препоруке у извјештају, како би се тражио начин за њихово превазилажење. С тим у вези је издвојено питање у водичу да ли установа има закључен уговор са заводом/фондом здравственог осигурања, центрима за социјални рад, приватним лицима и другим финансијерима. У вези са финансирањем, битно је истаћи да извори финансирања, као и трошкови морају бити транспарентни, што ће Комисија проверити на лицу мјеста.</p>
2.3. Корисници ¹² (Извор: корисници установе, особље, посматрање)	<p>Сљедећа питања служе за прикупљање података о демографској структури корисника установе, о врстама и броју менталних поремећаја, начину на који су корисници смјештени у установу и ко је њихов старатељ, о њиховом евентуалном кретању у смјеру повратка у заједницу или премјештаја у неку другу установу, питања која се односе на начин утврђивања узрока смрти и њихово евидентирање. Наведени подаци треба да дају тачну слику стања у установи у тренутку обављања мониторинга и успостављених комуникација/релација са другим сродним установама.</p>
2.3.1. Колико има кревета/мјеста у установи?	
2.3.2. Колико особа спава ноћас на овом одјелу/установи?	
2.3.3. Број мушкараца и жена? (изразити и процентуално)	
2.3.4. Старосна структура	
2.3.4.1. малољетни (испод 18)	
2.3.4.2. средња животна доб (18-65)	
2.3.4.3. трећа животна доб (преко 65)	
2.3.5. Већина особа на овом одјелу/установи су у којој од сљедећих категорија:	
2.3.5.1. особе са дијагнозом менталног поремећаја	
2.3.5.2. особе са интелектуалним тешкоћама	
2.3.5.3. особе са дијагнозом зависности о опојним средствима или алкохолу	
2.3.5.4. особе са неуродегенеративним дијагнозама (нпр. Алцхајмерова болест или деменција)	
2.3.6. Којем проценту корисника установе је одузета или ограничена пословна способност (под старатељством)?	
2.3.7. Ко су старатељи (чланови породице, стручно особље центара за социјални рад или друга блиска особа)?	
2.3.8. Колико је корисника отпуштено у задњих 12 мјесеци:	
2.3.8.1. у заједницу	
2.3.8.2. у другу институцију	
2.3.8.3. самовољно прекинуло третман у установи	
2.3.9. Колико корисника је умрло у задњих 12 мјесеци?	
2.3.9.1. природна смрт	
2.3.9.2. инцидентна смрт	

12) Под термином **корисници** се подразумевају особе/лица којима услуге пружају центри за ментално здравље, психијатријске установе и различите врсте установа социјалне заштите.

2.3.9.3. самоубиство	
2.3.9.4. непознати узрок	
2.3.10. Старосна доб умрлих?	
2.3.11. Који је поступак за испитивање околности смртног случаја?	
2.4. Особље (Извор: менаџмент и документација)	
2.4.1. Да ли постоји план људских ресурса?	Квалитет здравствених услуга које установа пружа особама са менталним поремећајима увијек је везан за особље, односно њихово знање, стручност и доступност. Свака установа, стога, треба имати свој план људских ресурса. Комисија приликом посјете, кроз разговоре са менаџментом, као и увидом у документацију, утврђује да ли постоји план људских ресурса, као и укупан број запослених у установи/одјелу (број запослених еквивалентан пуном радном времену – рад у смјенама, викенди, празници, неодређено, одређено вријеме) у складу са важећим стандардима и нормативима. Комисија, такође, утврђује квалификациону структуру запослених (медицински, немедицински, стручни сарадници) у установи, а према стању затеченом на дан посјете; полну, добну, као и структуру по радном стажу. По питању кадровске подјеле битно је да у установама овакве врсте постоји заступљеност радне терапије, социотерапије, односно мултидисциплинарни приступ.
2.4.1.1. Укупан број запослених у установи/одјелу?	
2.4.1.2. Квалификациона структура?	
2.4.1.3. Однос медицинског и немедицинског особља?	
2.4.1.4. Полна структура	
2.4.1.5. Добна структура	
2.4.1.6. Структура по радном стажу	
2.5. Обука људских ресурса (Извори: особље, документација, нормативна акта установе, политике)	Комисија је дужна приликом посјете установити да ли установа има план усавршавања или не, односно да ли је особље обавезно да учествује у сталном стручном усавршавању, тачније, да ли је или не по питању стручног усавршавања усаглашена са позитивним прописима. ¹³ С тим у вези, Комисија треба да прикупи што више детаља, као што су: стицање научних звања, супервизије, континуирана едукација, размјена искустава, интерне едукације и сл. Наиме, континуираном стручном усавршавању здравствених радника и здравствених сарадника кроз одговарајуће облике едукације, мора се посветити дужна пажња, јер се ради о механизму који је гаранција квалитета здравствених услуга, а што све скупа треба да резултира здрављем крајњег корисника односно задовољством пацијента. Поента се ставља на потребу цјеложивотног учења у оквиру сваког стручног звања, евалуацији и мониторингу овог учења, те с тим у вези периодичном обнављању лиценци које су доказ њихове стручне компетенције и достигнутог нивоа и квалитета
2.5.1. Да ли је особље обавезно да учествује у сталном стручном усавршавању?	
2.5.2. Да ли постоји план стручног усавршавања у установи и ко га надзире, на који начин и колико често?	

13) Према прописима о здравственој заштити постоје одредбе које се односе на континуирано стручно усавршавање здравствених радника. Тако се чланом 151. федералног Закона о здравственој заштити предвиђа да здравствени радници имају право и обавезу стручно се усавршавати ради одржавања и унапређивања квалитета здравствене заштите. Стручно усавршавање здравствених радника, осим специјализације и субспецијализације, обухвата и посебне облике стручног усавршавања кроз континуирано праћење и усвајање савремених знања и вјештина из појединих области, а којима се осигурава и унапређује квалитет здравствене заштите. План стручног усавршавања здравствених радника, сваке календарске године, доноси здравствена установа, односно приватна пракса, сагласно регистрованој дјелатности, као и приоритетима развоја (исто вриједи и за стручне сараднике). Такође, федерални министар утврђује правилником план и програм посебних облика стручног усавршавања здравствених радника, као и начин обављања стручног усавршавања, те садржај и изглед сертификата о обављеном стручном усавршавању. Слично, члан 94. Закона о здравственој заштити Републике Српске континуирану едукацију одређује као посебан вид стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника која се организује ради стицања знања и вјештина у циљу праћења и примјене савремених научних достигнућа. Министар правилником прописује врсте континуиране едукације, програм, дужину трајања, установе и удружења која могу проводити континуирану едукацију. Надаље, члан 88. Прописује да су здравствени радник и здравствени сарадник обавезни да стално прате савремена достигнућа у медицини и да се усавршавају у свом раду, а здравствена установа је обавезна да обезбиди континуирано усавршавање здравствених радника и здравствених сарадника. Сходно цитираним одредбама Закона о здравственој заштити, установе би требало да за сваку календарску годину доносе план усавршавања својих запослених (на подручју Федерације БиХ), односно да поступају сагласно проведеном пропису о континуираној едукацији (на подручју Републике Српске).

	<p>стручно знања. Наведено је истовремено право и обавеза сваког здравственог радника и здравственог сарадника, али и обавеза послодавца код којег су запослени.</p> <p>Битно је да у установи постоји формирано стручно тијело које прати реализацију програма едукације и врши планирање истих.</p> <p>Недостаци у стручној оспособљености, без обзира на добре намјере особља и труд, могу довести корисника у ситуацију високог ризика. Корисници који се сматрају неугодним или без могућности рехабилитације морају имати за њих посебно прилагођен индивидуални програм рехабилитације који морају проводити адекватно обучене особе.</p>
2.6. Процјена ризика по ментално здравље за особље установе (Извори: особље, документација)	
2.6.1. Да ли постоји интерни акт о процјени ризика?	Да би Комисија стекла што бољи увид по питањима процјене ризика за особље установе пожељно је обавити разговор са различитим профилима запослених у што већем броју (дужина радног времена, ноћни рад, поштивање норматива, услови рада, организација рада, накнаде, годишњи одмор, итд.)
2.6.2. Да ли се у установи проводи процјена задовољства на раду?	
2.6.3. Да ли је било повреда на раду? (навести узроке)	
2.6.4. У којој мјери сте задовољни послом?	
2.6.5. Да ли свој посао доживљавате стресним?	
2.6.5.1. Уколико да, наведите изворе стреса?	
2.6.6. Каква је комуникација међу различитим профилима стручњака?	Да ли постоје установљени механизми за рјешавање поремећаја у комуникацији међу запосленима установљава Комисија.
2.6.7. Највећи проблеми у раду?	
2.7. Механизми за жалбе (Извори: менаџмент, корисници установе, посматрање, документација, регистратор жалби, годишњи извјештај)	
2.7.1. Да ли у установи постоје тијела задужена за заштиту права корисника у складу са важећим прописима?	Важан сегмент корпуса информација о установи свакако је уређен систем, односно механизам за жалбе. Да би се дошло о релевантних информација, овдје је извор дефинисан вишеструко, и то: менаџмент, корисници установе, посматрање, документација, регистар жалби, годишњи извјештај. Да ли у установи постоје тијела задужена за заштиту права корисника у складу са важећим прописима прво је питање које ће Комисији дати одговор у вези са организацијом установе и да ли установа у свом фокусу заиста има пацијента и његова права или не. ¹⁴
2.7.2. На који начин се корисници установе могу жалити о било којем аспекту установе?	
2.7.3. Да ли су корисници упознати са својим правима и процесом остваривања права? (нпр. билтени, брошуре, водичи итд.)	
2.7.4. Да ли су корисницима установе пружена неопходна средства за жалбе (нпр. оловке, папир, сигурне кутије)?	
	Уколико установа нема тијела предвиђених важећим прописима, Комисија је дужна у свом извјештају скренути пажњу на то, како би се уочени недостаци могли ријешити. Такође, установа је дужна образложити то стање, или

14) Тако у федералном Закону о здравственој заштити, поглавље IV Људска права и вриједности у здравственој заштити и права пацијената (чл. 26-29.) садржи одредбе којима се гарантују основна права из оквира здравствене заштите. Истим се законом предвиђају и одређена тијела, која, између

2.7.5. Да ли постоји заштитник права корисника?	евентуални други модус, као прелазно рјешење, а путем којег рјешава питања из надлежности наведених тијела.
2.7.6. Да ли се води регистар жалби?	Потребно је детаљно описати на који начин се корисници установе могу жалити о било којем аспекту рада установе.
2.7.7. Да ли постоји објављен годишњи извјештај и ревизија жалби?	Посебно важно јесте и питање да ли су корисници упознати са својим правима и процесом остваривања права (нпр. билтени, брошуре и сл.). Ово истичемо због препорука ЦПТ-а, који у својим коментарима, увијек наново стављају акценат на чињеницу да особа, одмах на почетку, при доласку у установу, мора бити детаљно упозната са свим својим правима, а као једноставан начин да се то проведе у пракси, они истичу креирање билтена и брошура, које су јасне и прецизне; лако се могу учинити доступним свима на које се односе, просто тиме што се постављају на видљива мјеста у установи (чекаонице, ходнике и сл.)
2.7.8. Колико има неријешених жалби?	
2.7.9. Који су кораци предузети у вези неријешених жалби и да ли постоји систем помоћи?	Корисницима установе морају бити пружена неопходна средства за жалбе (нпр. оловке, папир, сигурне кутије и сл.). И за ова средства вриједи исто правило, као напријед за брошуре и билтене, а то је да треба да стоје на видљивим мјестима, мјестима куда се корисници често крећу, а ипак да дозвољавају одређену приватност приликом исписивања жалбе.
2.7.10. Да ли је било препорука Омбудсмена, инспекцијских служби и шта је по њима учињено?	Уколико установа има осигуране напријед наведене механизме за жалбе, логично је да о томе треба да води одређени регистар. Комисија је дужна да провјери да ли се у установи води регистар жалби. Ако да, треба извршити увид у исти, констатовати затечено стање, о чему треба да продискутује са особљем менаџмента и корисницима установе. Ово је од изузетног значаја ако регистар садржи податке везане за особе које се у моменту посјете, још увијек, налазе у установи. Комисија даље провјерава да ли постоји објављен годишњи извјештај и ревизија жалби, те колико има неријешених жалби. Ако има неријешених жалби, Комисија провјерава да ли су и који су кораци предузети у вези с тим, и да ли постоји систем помоћи. Детаље о овим питањима треба потанко разјаснити, како би Комисија у

осталог, у надлежности имају и праћење повреде права пацијената, односно имају обавезу да системски раде на унапређењу права пацијената сагласно посебним прописима о правима, обавезама и одговорностима пацијената. То су Етички комитет здравствене установе и Етички комитет Федералног министарства здравства и кантоналних министарстава здравства (чл.75-78.). Надаље, област заштите права пацијената, детаљно је уређена Законом о правима, обавезама и одговорностима пацијената („Службене новине Федерације БиХ“, број 40/10), тако да сада установе треба да имају у виду и одредбе овога закона. У вези са механизмом заштите права пацијената, наведени закон предвиђа успостављање следећих тијела: Комисија за приговоре пацијената (чл. 61. и 62.), која се формира ради осигурања примјене и праћења поштивања права пацијената и Комисија за квалитет и безбједност здравствених услуга, а која се формира сагласно прописима о систему побољшања квалитета, безбједности и о акредитацији у здравству, може обављати послове и задатке и у области заштите права пацијената (члан 63). Такође, Закон уводи здравствене савјете у јединицама локалне самоуправе и министарствима здравства (чл. 65-74.) Наравно, притом, не смије се изгубити из вида надлежност здравствене инспекције, завода здравственог осигурања, као и институције Омбудсмена за људска права, који могу предлагати мјере за унапређење стања у овој области, као и мјере за отклањање уочених недостатака, а у смислу својих надлежности утврђених посебним законима (члан 75).

Наведена питања заштите права пацијената у Републици Српској уређена су цијелим једним поглављем Закона о здравственој заштити. Ради се о Поглављу IV, чл. 17-34. Дакле, сваки грађанин има право да здравствену заштиту остварује уз поштовање највишег могућег стандарда људских права и вриједности, односно има право на физички и психички интегритет и на безбједност личности, као и на уважавање његових моралних, културних и религијских убјеђења. Пацијент коме је ускраћена здравствена заштита, односно пацијент који није задовољан пруженом здравственом услугом, односно поступком здравственог или другог радника здравствене установе, може поднијети приговор директору здравствене установе (члан. 31). Пацијент који због стручне грешке здравственог радника, односно здравственог сарадника, у остваривању здравствене заштите претрпи штету на свом тијелу, или се стручном грешком проузрокује погоршање његовог здравственог стања има право на накнаду штете у складу са законом. Надлежна здравствена комора ће, на захтјев директора здравствене установе, именовати Комисију од пет чланова, за утврђивање стручне грешке. Надлежна здравствена комора доставља налаз и мишљење Комисије Министарству и подносиоцу захтјева, ради остваривања права из овог члана (члан 32).

	<p>коначном извјештају могла јасно, на основу утврђеног стања, изнијети своје препоруке у циљу рјешавања конкретних жалби, као и изнијети своје препоруке у смислу отклањања фактора који су сметња исправном функционисању механизма за жалбе.</p> <p>Ако је установа раније имала препорука Омбудсмена, инспекцијских служби и сл. Комисија треба да установи шта је по њима учињено. Ако није учињено ништа, потребно је захтијевати од установе да то образложи. Такође, ради лакшег разумијевања, Комисија може тражити на увид те препоруке Омбудсмена и инспекцијских служби. У сваком случају, потребно је детаљно продискутовати затечено стање са особљем менаџмента, те скренути пажњу на одговарајуће законске одредбе и одговарајуће санкције за непоступање. Комисија може усмено изнијети своје препоруке на лицу мјеста, када се ради о недостацима који се могу брзо и једноставно санирати, а како би установа, што је могуће прије, отклонила спорне елементе у свом раду. Наравно, без обзира на то, Комисија ће свакако своја запажања и препоруке изнијети у свом извјештају.</p>
--	---

3. СТАНДАРДИ И УСЛОВИ ЖИВЉЕЊА

Дио упитника о животном стандарду обухвата низ елемената који утичу на људска права особа у установама за заштиту менталног здравља или установама социјалне заштите. Овај дио настоји прикупити информације, на примјер, о томе да ли установа има одговарајуће напајање електричном енергијом. У неким земљама, гријање представља веома важно питање, те сходно томе, без адекватног гријања, услови у установи могу бити такви да се хладноћа може сматрати нечовјечним и понижавајућим поступањем или кажњавањем. Посљедња тема у овом дијелу упитника посвећена је хигијени, која задире у право на здравље, право на поштивање дома и право на интегритет. Овај дио обухвата и разматрање општих санитарних услова: да ли су собе чисте, да ли је кухиња чиста, да ли су тоалети хигијенски исправни и да ли постоје адекватне и чисте просторије за прање и купање? Можете прочитати чланове 15, 17, 19, 25 и 28 Конвенције о правима особа са инвалидитетом (ЦРПД).

<p>3.1. Материјални и физички услови (Извори: менаџмент, особље, корисници установе, посматрање у различитим просторијама - спаваће собе, трпезарије, просторије за терапију, WC, купатила)</p>	
<p>3.1.1. Да ли је снабдијевање електричном енергијом адекватно?</p>	
<p>3.1.2. Да ли је гријање адекватно?</p>	
<p>3.1.3. Да ли постоје оштећења као што су сломљени прозори, оштећени зидови?</p>	
<p>3.1.4. Да ли су дијелови установе у које корисници имају приступ адекватно очишћени?</p>	
<p>3.1.5. Да ли је извршено сигурносно прилагођавање уређаја (отворени извори пламена, воде, машине са високим бројем обртаја и слично)?</p>	
<p>3.2. Објекти (Извори: особље, корисници установе, посматрање)</p>	

3.2.1. Да ли су смјештајни капацитети/објекти генерално претрпани? (наведите детаље)	Комисија треба обићи све просторије за спавање и регистovati смјештајне капацитете. Обратити пажњу да ли постоје велике спаваће собе, спратни кревети и други смјештајни услови који нису у складу са међународним стандардима.
3.2.2. Да ли постоји адекватан приступ вањским површинама?	Констатовати постојање уређених зелених површина и описати их.
3.2.3. Да ли су објекти приступачни и прилагођени за особе с тјелесним инвалидитетом и оштећењима чула (нпр. вида и слуха)?	Констатовати постојање косих рампи или лифтова за инвалиде.
3.2.4. Да ли постоје адекватно одвојена одјељења за мушкарце и жене?	
3.3. Ручавање и храна (Извори: корисници установе, особље, посматрање кухиње, просторија за ручавање)	
3.3.1. Опишите трpezарију: да ли постоји адекватан простор за ручавање?	Ручавање и храна је други вид животних услова од великог значаја. Комисија мора да обрати пажњу на квалитет хране, на количину хране, на разноврсност хране. Такође, треба обратити пажњу на начин давања хране корисницима. Храна се мора служити у задовољавајућим условима, Комисија мора обратити пажњу на опрему за спремање хране, чување хране, сервирање и температуру хране. Сваки корисник као основни дио програма психосоцијалне рехабилитације мора да има сто, столицу и прибор. Посебно треба обратити пажњу за потребе инвалидних особа и дијеталну исхрану. Питати да ли се обавља контрола тјелесне тежине код пријема и отпуста. Извршити увид у санитарне књижице запосленика у кухињи и ресторану, као и прање, одржавање посуђа и збрињавање отпадака од хране.
3.3.2. Да ли постоји седмични јеловник стандардизован по квалитету?	
3.3.3. Да ли је јеловник истакнут на видном мјесту?	
3.3.4. Ко може и у којим ситуацијама да мијења јеловник?	
3.3.5. На који начин се врши контрола справљања и чувања хране?	
3.3.6. Да ли постоји јеловник за посебне категорије пацијената (посебне дијете)?	
3.3.7. Да ли је корисницима пружена могућност избора оброка-ужине?	
3.3.8. Да ли је начин исхране прилагођен културолошким и вјерским обичајима?	
3.3.9. Како се набавља храна (тендери)?	
3.3.10. Како се складишти храна?	
3.3.11. За које вријеме постоје резерве?	
3.3.12. Који је начин дистрибуције и сервирања хране?	
3.3.13. Да ли храна генерално изгледа примамљиво?	
3.3.14. Да ли постоје било какви докази неухрањености међу корисницима установе? (наведите детаље)	
3.3.15. У којој мјери корисници установе имају приступ додатној ужини или оброку?	
3.3.16. Да ли се врше редовни санитарни прегледи особља?	
3.3.17. Како се врши одлагање отпада хране?	

3.4. Вода (Извори: особље, посматрање, корисници установе)		
3.4.1. Да ли је вода за пиће слободно доступна цијели дан свим корисници установе?	Комисија треба утврдити из чега корисници пију воду, да ли сваки корисник има своју посуду за пиће, да ли је уредно снабдијевање водом и да ли постоје резервоари за воду.	
3.4.2. Да ли је вода из градског водовода?		
3.5. Одјећа и обућа (Извори: особље, посматрање, корисници установе)		
3.5.1. Да ли корисници установе могу носити одјећу по сопственом избору? (Да ли је одјећа њихова? Да ли носе униформе/пиџаме?)	Комисија треба обратити пажњу да ли су пацијенти уредно обучени, да ли је гардероба читава, чиста и прилагођена годишњем добу. Такође, битно је установити да ли је одјећа њихова, односно да ли имају слободу у избору одјеће. Важно је уочити да корисници не носе униформе, односно да су једнообразно обучени, што би допринијело стигматизацији. Посебно питање односи се на начин на који се корисници снабдијевају са доњим рубљем и чарапама и како га одржавају.	
3.5.2. Да ли корисници имају одјећу и обућу прилагођену условима боравка?		
3.5.3. Како се одјећа чисти и колико често?		
3.5.4. Да ли постоји вешерај?		
3.5.5. Да ли постоје машине за прање и сушење?		
3.5.6. На који начин се одјећа и постељина складиште и односе са одјељења?		
3.5.7. На који начин је регулисано враћање одјеће корисника и постељине?		
3.6. Спавање собе (Извори: корисници установе, документација, посматрање)	Комисија треба обићи све просторије за спавање на различитим одјелима и прикупити доље наведене информације.	
3.6.1. Колико је кревета у свакој спаваћој соби?		
3.6.2. Колика је припадајућа квадратура по кориснику?		
3.6.3. Да ли постоје неки кревети прилагођени различитим потребама (хватаљка, антидекубитални душек и др.)?		
3.6.4. На који начин је регулисана дужина боравка корисника у спаваћим собама?		
3.6.5. На који начин се одржава хигијена и провјетравање?		
3.6.6. Да ли сваки корисник има свој кревет?		
3.6.7. Да ли се корисницима установе настоји изаћи у сусрет у случајевима кад изразе жељу за избором собе/ особа са којима дијеле собу?		
3.6.8. Какво је стање и удобност кревета?		Уколико вам корисници дозволе, лезите на кревет.
3.6.9. Да ли има довољно плахти, јастука и дека и да ли су задовољавајућег квалитета и чистоће?		
3.6.10. Да ли корисници установе имају личне предмете и фотографије око свог кревета?		

3.6.11. Да ли постоји сигуран простор за сваког корисника установе у коме држи личне ствари?	На примјер ормари са кључем или ноћни ормарићи поред кревета.
3.7. Расвјета (Извори: посматрање и корисници установе)	Комисија треба да обрати пажњу на сигурносне аспекте утичница, сијалица, итд.
3.7.1. Да ли су мјеста којима корисници установе имају приступ адекватно освијетљена?	
3.7.2. Да ли постоје позициона/оријентирна свјетла?	
3.7.3. Да ли постоје резервни акумулирајући извори расвјете?	
3.8. Свјеж ваздух (Извори: посматрање и корисници установе)	
3.8.1. Да ли се све просторије на адекватан начин провјетравају? (навести детаље - клима, вентилатори и сл.)	
3.8.2. Да ли се корисницима пружа могућност боравка на отвореном простору сваког дана и колико дуго?	
3.9. Хигијена (Извори: особље, корисници установе, посматрање)	
3.9.1. Да ли су просторије за одржавање личне хигијене слободно доступне?	
3.9.2. Да ли је доступна топла вода?	
3.9.3. Да ли особље користи исте тоалете које користе корисници установе?	
3.9.4. Приватност – да ли постоје адекватно одвојени објекти за мушкарце и жене? Да ли су тоалети, туш кабине итд. одвојени?	
3.9.5. Да ли имају врата или су колективни?	
3.9.6. Да ли су чисти?	
3.9.7. Да ли је тоалет папир доступан у довољним количинама?	
3.9.8. У којој мјери су корисници установе надгледани од стране особља док користе купатила или тоалет?	
3.9.9. Да ли су задовољени минимални стандарди по питању омјера корисник/мокри чвор?	
3.9.10. На који се начин води надзор и пружа помоћ у одржавању личне хигијене корисника?	
3.9.11. Да ли су доступне потребне хигијенске потрепштине?	На примјер: папир за брисање руку, течни сапун, хигијенски улошци за жене.

4. ПРОЦЕНА ФИЗИЧКОГ ЗДРАВЉА ПРИЛИКОМ ПРИЈЕМА

Темељит љекарски преглед по пријему у установу за ментално здравље, или по доласку у установу социјалне заштите, често ће бити кључни дио процеса прихвата лица у установу. Неодговарајући физички преглед може имати дугорочне штетне посљедице по кориснике у смислу прекомјерне стопе

смртности и инвалидитета, односно прекомјерне стопе болезљивости. Пријемни преглед би требало да обухвата постављање веома детаљне анамнезе, физички преглед (крвни притисак, радијални пулс, тежину, висину за израчунавање индекса тјелесне тежине, мјерење струка), анализе крви и урина, ЕКГ или РТГ плућа.

Извори: корисници установе, особље, документација

4.1. Да ли је Ваше физичко здравствено стање преконтролисано када сте дошли овдје?	
4.2. Да ли је провјера физичког здравља корисника установе рутински извршена након пријема и на бази информисаног пристанка ?	
4.3. Ко врши ову врсту прегледа?	
4.4. Да ли су Вам објашњени резултати обављеног прегледа?	
4.5. Да ли је ова медицинска процјена проведена поштујући припадност полу, култури и вјерској припадности?	
4.6. Шта се дешава уколико корисник установе одбије преглед?	<p>Уколико је било случајева одбијања прегледа, Комисија треба да утврди околности у којима се то десило и да ли је уследио поступак у складу са позитивним прописима.</p> <p>Наиме, када се говори о Федерацији БиХ, овдје треба скренути пажњу генерално да Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената уређује питања одбијања предложене медицинске мјере, као и заштиту пацијената који нису у стању дати пристанак. Тако се чланом 19. овог закона регулише да пацијент има право да предложену медицинску мјеру одбије, изузев у случају када се њоме спашава или одржава његов живот, или би се неподузимањем исте угрозио живот или здравље других људи.¹⁵ У случају одбијања, надлежни здравствени радник је дужан да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложене медицинске мјере и да о томе од пацијента затражи писмену изјаву која се чува у медицинској документацији о лијечењу, а ако пацијент одбије давање писмене изјаве, о томе ће се сачинити службена забиљешка.</p> <p>Закон прецизно регулише и друге случајеве у којима се може подузети одређена медицинска мјера и без пристанка пацијента, његовог родитеља, односно законског заступника или старатеља. То су случајеви предвиђени посебним законом и у складу са љекарском етиком.¹⁶</p> <p>Регулисан је и начин провођења хитне медицинске мјере, ако је пацијент без свијести или из других разлога није у стању саопштити свој пристанак, односно кад родитељ, законски заступник или старатељ није присутан. Посебно су предвиђени случајеви обављања проширеног</p>

15) Пацијент има право да предложену медицинску мјеру одбије, изузев у случају када се њоме спашава или одржава његов живот или би се неподузимањем исте угрозио живот или здравље других људи. Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложене медицинске мјере и да о томе од пацијента затражи писмену изјаву која се чува у медицинској документацији о лијечењу, а ако пацијент одбије давање писмене изјаве, о томе ће се сачинити службена забиљешка. У медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку пацијента на предложену медицинску мјеру, као и о одбијању те мјере. Пацијент у свако доба може повући своју изјаву о одбијању медицинске мјере, не трпећи притом ограничења својих права. Образац сагласности односно пристанка пацијента на предложену медицинску мјеру, те образац изјаве о одбијању поједине медицинске мјере правилником прописује федерални министар здравства (Члан 19. Закона о правима, обавезама и одговорностима пацијената).

Такође, види чл. 20. и 21.

16) Тако, на примјер, пристанак пацијента се не тражи ни у случају психијатријског вјештачења, ако се појави сумња да је искључена или смањена урачунљивост осумњиченог или оптуженог за кривично дјело.

	<p>оперативног захвата који је неодложно потребан и витално индикован. У том случају проширење операције није покривено стварним, него претпостављеним пристанком пацијента односно његових овлашћених заступника. Како не би било злоупотреба у пракси, јасно су прецизирани случајеви и околности под којима се може провести проширени оперативни захват. Чл. 22, 23. и 24. регулисана је заштита пацијента који није способен дати пристанак, те начин на који се узима пристанак од ових лица, односно њихових родитеља, законских заступника или старатеља. Осим тога, прецизирано је да се на особе са менталним поремећајима имају примјењивати одредбе Закона о заштити лица са душевним сметњама. С тим у вези, посебно треба скренути пажњу на чл. 7.-10. Закона о заштити особа са душевним сметњама којима се разрађује питање односа лекара и корисника, односно способност особе да да пристанак на лијечење, као и начин и услови поступања у случајевима одбијања.</p> <p>Што се тиче Републике Српске, наведена питања уређена су Законом о здравственој заштити. Битно је истаћи чл. 26. и 27. Тако, према члану 26. пацијент има право да одбије предложени медицински третман, чак и у случају када се њиме спасава или одржава његов живот. Пацијент одбија предложени медицински третман изричито у писаном облику, а ако пацијент одбије давање писане изјаве, о томе ће се сачинити службена забиљешка коју потписује надлежни лекар и два здравствена радника. Надлежни лекар је обавезан да пацијенту укаже на посљедице његове одлуке о одбијању предложеног медицинског третмана.¹⁷</p> <p>Имајући у виду да је одбијање предложене медицинске мјере врло осјетљиво питање од којег зависи даљњи ток сарадње између лекара и корисника, али директно и поштивање основних права корисника, потребно је да и Комисија обрати изузетну пажњу на случајеве одбијања прегледа или неке друге медицинске мјере. Ради се о области која захтјева добро познавање законских одредаба којима је регулирана, али свакако да у пракси зависи и од вјештине особља, односно начина на који се постави према кориснику.</p>
--	---

5. ИНТЕГРАЦИЈА У ЗАЈЕДНИЦУ НАКОН ОТПУШТАЊА ИЗ УСТАНОВЕ

Живот у заједници једно је од најважнијих права из Конвенције о правима особа са инвалидитетом. Члан 19. Конвенције наводи да свака особа с инвалидитетом има право на живот у заједници 'са правом избора једнаким као и за друге особе' и да су државе дужне 'подузети дјелотворне и одговарајуће мјере како би олакшале [...] пуно уживање овог права'. 'Право на живот у заједници, барем на папиру, осигурава дуго очекивано укидање доживотне институционализације и сегрегације. Кључни елемент права на живот у заједници је право особа са инвалидитетом 'да одаберу своје мјесто боравка, гдје и с ким ће живјети, на равноправној основи с другима, те да нису обвезне живјети било којим наметнутим начином живота' (члан 19. (а)).

(Извори: особље, корисници установе, документација – индивидуални планови отпуштања)

5.1. Како се подршка и опоравак настављају након периода третмана у установи?	Комисија треба да утврди на који начин стручни тим установе врши припрему за повратак корисника у заједницу, или неки други вид збрињавања у установи социјалне заштите. Битно је истаћи да у случају евидентираних проблема у (ре)интегративном процесу Комисија треба утврдити шта је „камен спотицања“ односно кључни проблем у реализацији пуне и
5.2. Ко учествује у пружању подршке за опоравак?	
5.3. Кога бисте Ви жељели да укључите као подршку?	

17) Хитни медицински третман регулисан је чланом 27. Закона о здравственој заштити. Исти ће се предузети над пацијентом и без његове сагласности ако је витално угрожен и без свијести, или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак.

5.4. Које алтернативе за ову установу постоје у локалној заједници?	равноправне ресоцијализације.
5.5. На који начин установа партиципира у процесу реинтеграције корисника у заједницу?	
5.6. Ко је одговоран за осигурање постојања наведених облика подршке и укључености у заједницу?	

6. УЧЕСТВОВАЊЕ У КУЛТУРНОМ ЖИВОТУ, РЕКРЕАЦИЈА, СЛОБОДНО ВРИЈЕМЕ И СПОРТ

Дио живота у установи може значити да корисници установе немају приступ културним и забавним активностима које су на располагању другим људима у заједници. Члан 30. Конвенције о правима особа са инвалидитетом јасно наводи да особе са инвалидитетом имају право 'на учествовање у културном животу на равноправној основи с другима', док државе обавезује да подзму одговарајуће мјере како би осигурале да особе са инвалидитетом уживају приступ таквим мјестима као што су позоришта, биоскопи и библиотеке.

Извори: особље, корисници установе, посматрањем, документација – нпр. седмични распоред, постери, итд.

6.1. Каква је доступност новинама, магацинима, књигама, радију, телевизији, рачунарима?	Према наведеним ставкама Комисија треба да изврши увид.
6.2. Које врсте хобија, културних, рекреационих и спортских активности су доступне корисницима установе унутар овог одјела/установе?	
6.3. Да ли има корисника установе којима није дозвољено учешће у некој од ових активности? Зашто не?	
6.4. На који начин су ове активности доступне корисницима установе?	

7. УЧЕШЋЕ У ПОЛИТИЧКОМ И ЈАВНОМ ЖИВОТУ

Овај дио се бави питањем колико је корисницима установа доступно да учествују у политичком и јавном животу. Преведено на језик Конвенције, да ли корисници установа имају могућност да остваре своје право да гласају? Члан 29. Конвенције јасно наводи да особе са инвалидитетом имају право да 'гласају и буду бирани' (члан 29. (а)). Овај дио, дакле, указује на то да требате питати да ли људи имају приступ бирачким мјестима и покушати открити да ли је неко можда био искључен из процеса гласања. Учествовање у јавном животу, такође, значи да државе имају обавезу потицати особе с инвалидитетом да се придруже, формирају и учествују у раду невладиних организација и удружења која се баве јавним и политичким животом земље, те да учествују у активностима политичких странака (члан 29. (б)).

Ове одредбе се надовезују на нове политике о инвалидитету које је Конвенција увела, посебно у члану 4.(3), који каже да се 'у развоју и провођењу закона и политика у смислу provedбе ове Конвенције, и у другим поступцима доношења одлука које се тичу особа с инвалидитетом, државе чланице морају темељито савјетовати с особама с инвалидитетом и у то их активно укључити, као и дјецу с тешкоћама у развоју, путем организација које их представљају.' Осим тога, надовезују се и на одредбу члана 33. (3) која каже да особе с инвалидитетом треба да буду укључене у домаће механизме који прате провођење Конвенције. Извори: особље, документација и корисници установе

7.1. Да ли се сваком кориснику омогућава коришћење права гласања у установи?	Чланом 11. Закона о заштити особа са душевним сметњама уређена су права ових особа добровољно или присилно смјештених у здравствену установу. Измјенама и допунама Закона о заштити особа са душевним сметњама, у ставу 1. овог члана, додато је и „право да
7.2. Да ли су дефинисане околности и стања у којима је корисницима онемогућено коришћење права на гласање?	

7.3. Ко и на који начин утврђује стања и околности којима се онемогућава кориснику право на гласање?	<p>гласа у складу са законом“. Дато се право ослања на члан 29.(а) Конвенције, те на Принцип 3.(2) Препоруке 99.(4) Вијећа Европе, у вези са правном заштитом пословно неспособних одраслих особа. Наиме, одузимањем пословне способности, особа се, у правилу, лишава својих имовинских и других грађанских права, укључујући и политичко право на гласање. Међутим, наглашава се да изрицање мјере заштите не подразумијева да особа аутоматски губи право гласања. Наравно, Закон предвиђа могућност ограничења одређених права наведених у члану 11, па тако и права на гласање, те се ставом 3. истог члана појашњава да у том правцу суд може, на образложен приједлог здравствене установе, поједина права ограничити.</p> <p>У различитим контактима са представницима комисија Вијећа Европе, изнесени су ставови да искуства других земаља показују да осигуравање права гласа особама смјештеним у психијатријским и другим сличним установама нема никаквих негативних утицаја.</p> <p>Право на гласање подразумијева да установе треба да успоставе одговарајуће механизме који ће осигурати особама са менталним поремећајима да могу остварити то своје право.</p>
7.4. Да ли корисници имају помоћ у остваривању њиховог права на гласање? (наведи детаље)	
7.5. Да ли је неко искључен из гласања? (наведи детаље)	
7.6. Да ли постоје докази о уплитању у процес гласања?	

8. ОБРАЗОВАЊЕ, ТРЕНИНГ, РАД И ЗАПОШЉАВАЊЕ

Конвенција о правима особа са инвалидитетом потврђује да бити укључен у заједницу у погледу приступа образовању и једнаких могућности значи да особе с инвалидитетом имају 'право на рад, на равноправној основи с другима' (члан 27(1)). Конвенција забрањује све облике дискриминације у свим аспектима запошљавања: услови запошљавања, трајање запослења, напредовање у служби и радни услови. Што је најбитније, Конвенција такође, наводи да се особама са инвалидитетом мора осигурати 'разумно прилагођавање' на темељу којег ће моћи остварити своје право на рад (члан 27(1)). Конвенција разумно прилагођавање дефинише као потребно и одговарајуће прилагођавање и подешавање, које не представља несразмјерно или непримјерено оптерећење, да би се у појединачном случају, тамо гдје је то потребно, особама са инвалидитетом осигурало уживање или коришћење свих људских права и темељних слобода на равноправној основи с другима' (члан 2). У овом дијелу се, дакле, пита да ли корисници користе, односно да ли имају прилику да остваре одговарајући приступ образовању и запошљавању у институцијама изван установе.

Извори: особље и корисници установе и посматрање

8.1. Које врсте програма образовања су доступне у установи и/или у заједници? (нпр. универзитет, еквиваленти средњим школама, програми обуке, струковна образовања и сл.)	<p>У Комисија треба да евидентира све позитивне примјере према наведеним ставкама, као и евентуалне негативне примјере и злоупотребе. Посебно описати лични доживљај корисника који учествују у наведеним активностима.</p>
8.2. Колики проценат корисника установе учествује у програмима?	
8.3. Да ли се корисници установе користе као особље које није плаћено?	
8.4. Да ли је корисницима установе дозвољено да раде изван установе?	
8.5. Да ли су корисници установе адекватно награђени за рад који обављају?	
8.6. Како корисници установе налазе посао? Објасни процес.	
8.7. Да ли би организовање кооперативе било корисно?	

9. СЛОБОДА ВЈЕРОИСПОВИЈЕСТИ

Слобода од утицаја државе у одабиру и практиковању своје вјере право је зајамчено бројним документима о људским правима, између осталог и чланом 18. (1) Међународног пакта о грађанским и политичким правима. Ту се мисли на право на слободу мисли, савјести и вјероисповијести. Ово право подразумијева 'слободу остајања при својој или усвајања друге вјероисповијести или убјеђења по властитом избору, као и слободу да појединачно или у заједници с другима, јавно или приватно, испољава своје вјеровање или убјеђење вјероисповиједањем, обављањем обреда, похађањем службе и наставом.' Особе с инвалидитетом које трпе више облика дискриминације (укључујући и вјерске дискриминације) наведене су у тачки (п) преамбуле Конвенције о правима особа са инвалидитетом.

Извори: особље и корисници установе и посматрање

<p>9.1. Које су могућности доступне корисницима за вјерске обреде по њиховој жељи? (унутар и ван установе)</p>	<p>У Федерацији БиХ, Законом о правима, обавезама и одговорностима пацијената вјерска питања су предметом неколико одредаба. Тако, треба имати у виду члан 3. којим се забрањује сваки вид дискриминације, укључујући и ону темељем националног поријекла. Кориштење здравствене заштите, у складу са овим законом, базира се на одређеним начелима, између осталог, и начелу поштовања његове приватности, свјетоназора, те моралних и вјерских увјерења (члан 5.). А чланом 6. гарантује се право на прехрану у складу са свјетоназором, као и право на обављање вјерских обреда. Ова се права накнадно посебно разрађују.¹⁸ Битно је истаћи да је право на обављање вјерских обреда везано за просторне могућности здравствене установе (члан 47.).</p> <p>Законом о заштити лица са менталним поремећајима ("Службени гласник Републике Српске", бр. 46/04) у поглављу III прописана су права лица са менталним поремећајима и дужности лица која спроводе њихову заштиту или јечење. У члану 12. став 1. тачка 14. прописано је да свако лице са менталним поремећајима има право учествовати по свом избору у вјерским активностима у оквиру могућности здравствене установе.</p> <p>Такође, Законом о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", бр.106/09) у поглављу права и обавезе грађана и пацијената у остваривању здравствене заштите у члану 17. прописано је да сваки грађанин има право на здравствену заштиту као и на уважавање његових моралних, културних и религијских убјеђења. У члану 11. овог закона прописано је да се здравствена заштита остварује без дискриминације по било ком основу.</p> <p>Комисија треба да установи на лицу мјеста какве су могућности везано за вјерске обреде доступне корисницима, како унутар, тако и ван установе. Осим тога, наведено треба да провјери са особљем, али и са корисницима установе, а у циљу утврђивања да ли се и у којој мјери поштују одредбе Конвенције, као и позитивних законских рјешења.</p> <p>Посебно је важно обратити пажњу у разговору са корисницима да ли постоји одређена религијска пракса коју сама установа намеће, те да ли, с тим у вези, постоје непримјерени односи спрам корисника, у смислу</p>
<p>9.2. Да ли постоји религијска пракса коју установа намеће (наведи детаље).</p>	
<p>9.3. Да ли је омогућено равноправно обиљежавање вјерских празника?</p>	
<p>9.4. Да ли је омогућена посјета вјерских службеника?</p>	
<p>9.5. Да ли је корисницима омогућено да живе у складу са вјерским обичајима?</p>	

18) Пацијент за вријеме боравка у стационарној здравственој установи има право на прехрану у складу са својим свјетоназором. (Члан 45. Закона о правима, обавезама и одговорностима пацијената - Право на прехрану у складу са својим свјетоназором).

Такође, пацијент за вријеме боравка у стационарној здравственој установи, у правилу, може остварити право на обављање вјерских обреда, у за то предвиђеном простору, укључујући и право опремања у мртвачници у случају смрти, уз примјену вјерских обреда - одвојено по конфесијама, сагласно просторним могућностима здравствене установе. (Члан 47. Закона о правима, обавезама и одговорностима пацијената – Право на обављање вјерских обреда).

да свако одступање од уобичајеног стила живота, може проузроковати додатна погоршања стања корисника.

10. КОРЕСПОНДЕНЦИЈА И ПОСЈЕТИОЦИ

У установама је право на комуникацију с вањским свијетом понекад лимитирано. У контексту људских права, ово право се зове право на дописивање. Овај дио покрива питања као што су цензура одлазних и долазних писма, телефонских позива и електронске поште.

Кореспонденција са адвокатима и судом (и другим жалбеним механизмима) ужива посебан статус и никада не подлијеже цензури. Конвенција о правима особа са инвалидитетом такође помиње право на кореспонденцију наводећи да 'ниједна особа са инвалидитетом, без обзира на пребивалиште или одабрани начин живота, неће бити изложена самовољном или незаконитом нарушавању приватности његове [...] кореспонденције или друге врсте комуникације [...]' (члан 22. (1)). Право на посјетиоце је важно, поготово ако се има на уму да је терапијски циљ свих служби које се баве менталним здрављем омогућити појединцу да се реинтегрише у заједницу.

Извори: особље и корисници установе

<p>10.1. Да ли постоји могућност за кориснике установе да имају дискрецију у кореспонденцији са било ким, путем писама, телефоном или електронском поштом, без ограничења?</p>	<p>Комисија треба да утврди да ли постоји утврђена процедура за ограничавање посјета корисницима и да направи увид у кућни ред. Такође, Комисија утврђује на основу којих критеријума и законских одредби се врши забрана посјета или ограничавање истих, те да ли у вези с тим постоје злоупотребе.</p>
<p>10.2. Да ли корисници установе имају слободан приступ телефону у дискрецији?</p>	
<p>10.3. Да ли им је дозвољено коришћење мобилних телефона?</p>	
<p>10.4. Да ли корисници установе имају приступ интернету?</p>	
<p>10.5. Да ли се интернет користи под надзором?</p>	
<p>10.6. Да ли особље икада чита улазећу и излазећу пошту? Зашто?</p>	
<p>10.7. Да ли особље потиче кориснике установе да одржавају контакте са људима који живе изван установе? Како?</p>	
<p>10.8. Како особље пружа корисницима установе помоћ, уколико им је потребна, приликом коришћења телефона или интернета или код писања писама, као на примјер слабовидим особама?</p>	
<p>10.9. Да ли су посјетиоцима без разлога ограничени сати у току којих могу доћи у посјету?</p>	
<p>10.10. Могу ли дјеца доћи у посјету и на који начин је то регулисано?</p>	
<p>10.11. Да ли постоје просторије за сусрете са посјетиоцима у дискрецији?</p>	
<p>10.12. Да ли је било ко ограничен да има посјетиоце? На којим основама?</p>	

11. ПОРОДИЦА И ПРАВО НА ПРИВАТНОСТ

Људи са инвалидитетом су кроз историју трпјели нарушавања њихове приватности, укључујући и њихов тјелесни интегритет. Ове појаве су веома опсежно документоване. Управо због тога Конвенција о правима особа са инвалидитетом тако енергично штити од таквих злоупотреба. Члан 23. наводи низ

важних права која произлазе из породичног права. Прво, држава треба забранити дискриминацију особа с инвалидитетом у подручјима која се односе на брак, породицу, родитељство и личне односе (члан 23. (1)), укључујући и право одлучивања о броју дјеце и томе када ће их имати (члан 23. (1) (б)), право на очување плодности (члан 23. (1) (ц)) и одгајање дјеце (члан 23. (4)). Овај дио се, дакле, бави осјетљивим питањима као што су контрацепција, трудноћа и родитељство, те побачаји и стерилизација, те се фокусира на пристанак особе са инвалидитетом, као и на информације и подршку која им се у том смислу нуди да би могли донијети самосталне одлуке. Притом, ваља нагласити да се стерилизација никада не сматра третманом за рјешавање проблема са менталним здрављем или интелектуалним хендикепом, те да дијагноза никада не би требало бити разлогом за стерилизацију или побачај.

Извори: особље и корисници установе

Уводна питања:	
а. Да ли имате могућност за дискрецију и приватност? (услови за живот, сексуалност, лична хигијена)	
б. Да ли је корисницима осигуран простор који могу закључати како би ту чували своје личне ствари?	
с. Да ли се корисницима допушта одлазак у собе када искажу потребу за тим током дана, умјесто да су приморани остати на окупу са осталим корисницима у заједничким просторијама?	Комисија утврђује околности када је корисницима дозвољено да сходно својој тренутној потреби бораве у собама (имајући у виду карактер и природу болести корисника).
11.1. Брак	
11.1.1. Да ли је било случајева склапања брака у установи?	
11.1.2. Да ли је било случајева развода брака у установи?	
11.1.3. Има ли брачних парова корисника у установи?	
11.2. Контрацепција	
11.2.1. Да ли је доступна контрацепција?	
11.2.2. Да ли је избор врсте контрацепције слободан?	Комисија треба утврдити да ли је контрацепција регулисана одређеним интерним процедурама.
11.2.3. Да ли су некој од корисница установе дата средства за контрацепцију (нпр. таблете, инјекција) без сагласности?	
11.2.4. Да ли се расправљало о нуспојавама контрацепције приликом тражења сагласности за такав третман?	
11.3. Трудноћа и родитељство	
11.3.1. На који начин се проводе мјере превенције нежељене трудноће?	
11.3.2. Какав је став установе према корисници која изрази жељу за потомством?	
11.3.3. Колико је корисница установе затрудњело у посљедњих 12 мјесеци?	
11.3.4. Како установа реагује у случајевима трудноће?	
11.3.5. Да ли постоји могућност да родитељ(и) и дијете остану заједно?	

11.4. Абортус	
11.4.1. Када је посљедњи пут корисница ове установе имала абортус?	<p>Комисија треба утврдити да ли је одређеним интерним процедурама предвиђено стицање увида у евентуални гравидитет кориснице, постојање полне болести, и друго.</p> <p>Кад је у питању прекид трудноће потребно је имати у виду Закон о условима и поступку за прекид трудноће („Службени гласник Републике Српске“, број 34/08). У овом дијелу указујемо само на неке одредбе Закона и то:</p> <ul style="list-style-type: none"> - за малољетне труднице и труднице лишене пословне способности захтјев за прекид трудноће подноси родитељ, односно старатељ и орган старатељства, - жена која жели да прекине трудноћу обраћа се писаним захтјевом специјалисти гинекологије и акушерства одговарајуће здравствене установе, - специјалиста гинекологије и акушерства дужан је да клиничким, гинеколошко-акушерским, те ултразвучним прегледом установи трудноћу и одреди гестацијску старост трудноће, - након што је информисана о потенцијалним ризицима прекида трудноће, а зато не постоје клиничке и психосоцијалне индикације, трудница потписује образац о добровољном прекиду трудноће. До навршене десете гестацијске недјеље трудноће, постојање услова за прекид трудноће утврђује специјалиста гинекологије и акушерства здравствене установе. <p>За малољетна лица и лица којима је одузета пословна способност неопходно је имати у виду одредбе породичног Закона („Службени гласник Републике Српске“, број 54/02 и 41/08) и Закона о ванпарничном поступку („Службени гласник Републике Српске“, број 36/09).</p>
11.4.2. Ко је донио одлуку о абортусу у конкретном случају и на који начин се доноси одлука о абортусу у установи?	
11.4.3. Да ли се може уложити жалба на ову одлуку?	
11.4.4. Ко је информисан о одлуци о абортусу? (очекивати је да одговоре да су информисани супруг/родбина/законски старатељ - ово је врло озбиљан поступак)	
11.4.5. Које су процедуре у вези информисаног пристанка?	
11.4.6. Које информације о абортусу су дате корисницама установе?	
11.4.7. Да ли су абортуси икада обављени без сагласности кориснице установе? (наведите детаље)	
11.4.8. Каква подршка је пружена корисници установе прије и послје абортуса?	
11.4.9. Уколико постоји корисница установе која је имала абортус, члан Комисије може разговарати с њом о цијелом процесу (доношење одлуке, пристанак, исход/компликације), ако она пристане.	
11.4.10. Да ли постоје едукативни програми за здравствено просвјешћавање и превенцију нежељене трудноће у установи?	
11.5. Стерилизација	
11.5.1. Које су процедуре за слободан и информисани пристанак?	<p>Комисија треба да утврди постојање процедура за слободан и информисани пристанак, а који се односе на поступак стерилизације. Наиме, чланом 23. ЦПРД став 1, тачка ц) предвиђено је да државе потписнице предузимају дјелотворне и одговарајуће мјере отклањања дискриминације против особа с инвалидитетом у свим питањима везаним за брак, породицу, родитељство и личне односе, укључујући право ових особа да очувају своју плодност на једнакоправној основи с другима. Стога је од изузетног значаја установити да је у случајевима стерилизације до ње дошло искључиво слободном вољом корисника.</p> <p>Уколико Комисија констатује недостатак процедура потребно је са особљем установе разјаснити на који начин су обављани поступци стерилизације.</p>
11.5.2. Које информације о стерилизацији су дате корисницима установе?	
11.5.3. Ко одлучује о стерилизацији?	
11.5.4. Ко је информисан о покретању стерилизације? (очекивати је да одговоре да су информисани супруг/родбина/законски старатељ - ово је врло озбиљан поступак)	
11.5.5. Да ли је стерилизација обављена без информисаног пристанка корисника установе?	
11.5.6. Која подршка је дата кориснику установе прије и послје процедуре?	

12. СЛОБОДА ИЗРАЖАВАЊА МИШЉЕЊА И ПРИСТУП ИНФОРМАЦИЈАМА

Члан 21. Конвенције о правима особа са инвалидитетом осигурава право на примање и преношење информација на равноправној основи с другима. Овај дио се фокусира на право на информацију у вези са различитим аспектима живота у установама и наглашава важност приступа информацијама за кориснике установа.

Извор: особље и корисници установе

<p>12.1. Да ли корисници установе могу слободно да изразе своје мишљење, поставе питања и жале се без негативних посљедица од стране особља?</p>	<p>Искуства корисника у вези са слободом изражавања мишљења и приступом информацијама Комисија провјерава без присуства особља.</p>
<p>12.2. Како корисници установа примају информације о важним питањима као што су правила установе, њихова права, или савјетовање/групе за помоћ?</p>	<p>Пожељно је обавити провјеру код већег броја корисника појединачно.</p>
<p>12.3. Да ли су пружене информације релевантне и разумљиве на језицима корисника?</p>	

13. ЗАБРАНА МУЧЕЊА, ЛОШЕГ ПОСТУПАЊА, ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

До злостављања и занемаривања може доћи у било којој установи, једноставно због природе моћи и контроле у таквим мјестима. Злостављање се може догодити и због институционалне културе насиља у којој занемаривање и злостављање пролазе некажњено. Конвенција осигурава заштиту од окрутног, нечовјечног или понижавајућег поступања или кажњавања у члану 15, као и заштиту од експлоатације, насиља и злостављања у члану 16. Дјелотворан систем притужби може допринијети спречавању злостављања. Такви системи треба да буду доступни свим лицима која желе уложити притужбу, а све притужбе би требало истражити, односно указати на правне лијекове уколико су те притужбе основане. Члан 16. (3) Конвенције говори о важности праћења услуга које се пружају особама са инвалидитетом и повезује га са захтјевом који произлази из Факултативног протокола Конвенције УН против тортуре (види Дио 2).

Извори: особље, корисници установе, документација

<p>13.1. Да ли установа врши интерни мониторинг поштивања људских права (навести појединости)?</p>	<p>Комисија треба да утврди да ли постоји континуирани интерни мониторинг поштивања људских права у установи, као и да ли је исти регулисан интерним актима.</p>
<p>13.2. Да ли је и када вршен екстерни мониторинг и од стране кога?</p>	<p>Комисија треба извршити увид у извјештај поводом екстерног мониторинга и констатовати да ли су испоштоване препоруке.</p>
<p>13.3. На који начин је регулисана безбједност установе?</p>	<p>Комисија треба да изврши увид у документоване поступке суочавања са инцидентима и њиховог евидентирања. Уколико такви не постоје путем интервјуа са особљем настојати добити што више информација.</p>
<p>13.4. Да ли постоје утврђене процедуре усмјерене ка спречавању насиља међу корисницима?</p>	<p>Опсервирати пацијенте у собама, заједничким просторијама, трпезарији, и слично. Обавити интервјуе са пацијентима без присуства особља.</p>
<p>13.5. На који начин је регулисана заштита дјецe и адолесцената?</p>	<p>Извршити физички преглед пацијента уколико постоји сумња да је био изложен мучењу, лошем поступању, злостављању и занемаривању.</p>
<p>13.6. Да ли се недавно десио неки проблем/ инцидент? (питање за кориснике)</p>	<p>Комисија у оквиру овог сета питања констатује да ли постоји позитивно терапијско окружење, а што подразумијева естетско-хигијенски адекватно окружење и атмосферу узајамног поштовања и уважавања достојанства особе.</p>
<p>13.7. Колико често се дешавају такви проблеми? (питање за кориснике)</p>	
<p>13.8. Да ли се такви инциденти евидентирају?</p>	
<p>13.9. Реакција на инцидент – подузете мјере (управа, одговорно лице, особље).</p>	
<p>13.10. Да ли постоји било какав доказ мучења, лошег поступања, злостављања или занемаривања?</p>	

13.11. Да ли постоје назнаке намјерног злостављања корисника (физичко, психолошко, сексуално)?	
13.12. Да ли корисници установе тврде да су били неадекватно третирани, злостављани или занемаривани? (наведите детаље)	
13.13. Да ли је помоћно особље запослено у установи пажљиво изабрано и да ли је добило одговарајућу обуку прије преузимања дужности, односно током службе?	
13.14. Да ли има назнака да помоћно особље злоставља кориснике?	
13.15. У случају бијега корисника, да ли постоје прописане процедуре за дјеловање у таквој ситуацији? (Да ли се особље кажњава и како?)	
13.16. У поступку кажњавања, да ли се примјењује новчана казна?	
13.17. Да ли се занемарују корисници који се сматрају неугодним или без могућности рехабилитације?	

14. ПОСТУПАК ПРИСИЛНЕ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈЕ И МОГУЋНОСТИ РЕВИЗИЈЕ ПРОЦЕДУРЕ

Према домаћем праву, људи који бораве у установама могу бити правно задржани у тим установама. Задржавање представља озбиљно задирање у људска права, па су у периоду након Другог свјетског рата, аутори уговора о људским правима настојали на сваки начин спријечити окупности до којих је долазило у притвору. Корисници установа могу законски бити задржани у тим установама на темељу прописа о менталном здрављу, на примјер. Или, могу бити задржани у установама на темељу тзв. *de facto* притвора. То једноставно значи да су особе правно слободне напустити установу, али су врата установе закључана тако да је не могу напустити, или да је установа толико удаљена од њихове куће, или града, да је за њих материјално и физички немогуће отићи негде друго. Овај дио садржи низ питања о поступку за одређивање притвора, те доступност судских расправа за испитивање законитости притварања. Такав поступак би требало укључивати обавјештавање притвореника о његовом статусу, давање информација притворенику (укључујући и приступ за здравственом картону), давање информација на темељу којих може покренути правни поступак, омогућити приступ правном заступнику чије трошкове сноси држава и приступ жалбеном поступку. Прочитати члан 14. Конвенције.

Извори: корисници установе, закон, особље, документација – судска или болничка документација

14.1. Да ли се одговарајуће правне процедуре за присилно задржавање у потпуности проводе сагласно важећим прописима из ове области?	Комисија је дужна да изврши увид у све протоколе који прате процедуру присилне хоспитализације и њену реализацију, те да о томе изнесе свој коментар у коначном извјештају.
14.2. Да ли су корисници установе који су присилно задржани рутински и у потпуности информисани о њиховим правима, укључујући право жалбе против задржавања?	
14.3. Да ли су осигуране „информативне брошуре“ за кориснике и чланове њихових породица које садрже информације о функционисању установе, као и правима корисника?	

14.4. Да ли се примјењује законска регулатива о заштити лица са менталним поремећајима?	
14.5. Да ли су у установи доступни помоћ и правно заступање везано за присилно задржавање?	
14.6. Да ли се у редовним интервалима врши ревизија потребе за продуженим смјештајем у установу?	
14.7. Да ли је осигурано право корисника да у разумним временским размацама затражи од судских власти да преиспитају нужност смјештаја у установу?	
14.8. Да ли у установи има особа које су задржане због недостатка одговарајућих вањских установа?	
14.9. Да ли је установа осигурала неопходно и одговарајуће прилагођавање у складу са специфичним потребама присилно задржаног корисника?	

15. СРЕДСТВА ЗА ОГРАНИЧЕЊЕ СЛОБОДЕ КРЕТАЊА, ФИЗИЧКО СПУТАВАЊЕ И ИЗОЛАЦИЈУ

Већина установа за ментално здравље и социјалну заштиту имају правила, писана или неписана, о томе како се носити са проблематичним понашањем. Установе понекад прибјегавају физичком савладавању особе (особа на особу), а понекад користе и физичка помагала (заштитне кошуље, везивање ручницима за столицу, везивање кожним каишевима, кавезе), а понекад чак и хемијска средства за спутавање (обично убризгана у тијело особе у сврху седирања). У неким установама постоје и собе за изолацију, у којима се особе држе одређено вријеме, односно док се њихово понашање не промијени на задовољство запослених. Увијек је тешко направити јасну разлику између употребе и злоупотребе ограничавања слободе и изолације. Постоји веома користан сет регионалних стандарда, које је развио Европски одбор за спречавање мучења (ЦПТ стандарди), па се препоручује да супервизори свакако консултују овај документ.

Извори: особље, корисници установе, документација и посматрање

15.1. Да ли се одузимање слободе кретања корисницима (ограничење/изолација) проводи у складу са позитивним законским рјешењима?	Комисија треба да изврши увид у комплетну документацију која се води на нивоу установе, а везана је за наведени сет питања; истовремено треба да тражи на увид евентуалне приговоре и жалбе корисника или њихових старатеља или сродника везаних за наведене поступке присиле (извјештаји интерне комисије, итд.)
15.2. Које се врсте физичког спутавања користе? (нпр. магнетне везалице, лисице, кожне траке, кревети са оградом или лијекови)	
15.3. Да ли се користи изолација? Ако ДА, погледајте собу за изолацију и опишите величину, локацију, доступност тоалета, приступ прозору, могућност да се обрате особљу у случају нужде, и слично.	
15.4. Под којим околностима се користе ограничење/изолација?	
15.5. Које су индикације за коришћење ограничења/изолације и колико дуго максимално траје?	
15.6. Које је најдуже вријеме примјене ограничења или изолације у посљедњих годину дана?	

15.7. Ко је овлашћен да одлучује о ограничењу/изолацији и под којим условима?	
15.8. Како се врши преиспитивање коришћења ограничења/изолације и прекид?	
15.9. Да ли је корисницима установе допуштено да су изван ограничења/изолације када је потребно отићи у тоалет?	
15.10. Да ли је корисницима, који су у изолацији, омогућен контакт са другим људима?	
15.11. Да ли је ограничење/изолација икада коришћено као кажњавање?	
15.12. Да ли се коришћење ограничења/изолације евидентира у посебној књизи установљеној за ту сврху (као и у пацијентовом досијеу)?	
15.13. Да ли упис у посебну књигу евиденције о примјени мјера ограничења/изолације садржи: вријеме кад је мјера започета и окончана; околности случаја; разлоге за прибјегавање тој мјери; име љекара који је одобрио мјеру и опис свих озљеда корисника и особља?	
15.14. Ко врши мониторинг стања физички спутане особе?	
15.15. Да ли се ограничење или изолација користе због недовољног броја особља?	
15.16. Да ли постоји редовна вањска контрола политика и праксе физичког ограничавања/изолације?	

16. ХАБИЛИТАЦИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Конвенција о правима особа са инвалидитетом намеће обавезу државама да 'омогуће особама са инвалидитетом стицање и одржавање највеће могуће независности и најпотпунију могућу физичку, менталну, друштвену и професионалну способност, те пуну укљученост и учествовање у свим аспектима живота'(члан 26. (1)). У том смислу, државе морају развијати рехабилитацијске услуге у подручју здравства, запошљавања, образовања и социјалних услуга. Особље мора проћи обуку о рехабилитацији. Овај водич се базира на претпоставци да се људи из установа могу отпустити из установа и вратити у заједницу тек након што им се обезбиједи читав низ услуга. Такве услуге би укључивале, на примјер, радне терапије и савладавање одређених вјештина. Овај дио упитника настоји утврдити у којој мјери сви корисници установа имају приступ, односно у којој мјери су укључени у рехабилитацијске активности. Извори: особље, корисници установе, документација

16.1. Да ли се корисницима омогућава преузимање одговорности за себе и бављење осмишљеним активностима? (нпр. свакодневни послови, хобији, учење)	Комисија треба да направи извјештај по наведеним ставкама са посебним нагласком на што раније отпочињање рехабилитацијских интервенција.
16.2. Које су терапијске и рехабилитацијске активности доступне? (нпр. то може укључити активности као што су умјетност или терапија с музиком, или може укључити окупациону терапију и могућност учења нових вјештина)	
16.3. Колико је корисника укључено у неку од наведених активности?	

16.4. Каква је могућност да корисници установе изаберу активност коју желе?	
16.5. Да ли активности имају смисла и да ли су угодне или је то само понављање досадних задатака?	
16.6. Да ли је доступна нека врста међусобне подршке међу корисницима?	
16.7. Да ли се у установи праве индивидуални планови третмана који укључују и рахабилитацијске програме?	
16.8. Уколико постоје за горе наведена питања извјесна ограничења, на који су начин она дефинисана?	

17. ПРИСТАНАК НА ЛИЈЕЧЕЊЕ

У многим земљама, пристанак на лијечење је подразумијевао три главна елемента: информацију, добровољност и пословну способност. Информација подразумијева да особи морају бити предочене тачне, истините, доступне и потпуне информације, на основу којих би особа могла изабрати да пристане на лијечење, односно да одбије лијечење. Добровољност значи да та одлука мора бити ослобођена свих пријетњи, притисака или других врста присиле од стране љекара, односно других стручњака, чланова породице или других лица. Пословна способност, концепт који Конвенција оповргава, подразумијева да особа мора бити у стању да разумије информације, одвага и донесе одлуку, ако је потребно и преко мреже подршке. Ово право на пристанак на лијечење је саставни дио права на здравље, које се може наћи у члану 12. Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима из 1966. Право на здравље је садржано у члану 25. Конвенције о правима особа са инвалидитетом, у одредби која утврђује да 'особе с инвалидитетом имају право на уживање највиших остваривих здравствених стандарда без дискриминације по основи инвалидитета'. Инвалидитет овдје јасно укључује и проблеме са менталним здрављем и интелектуални инвалидитет. Члан 25. (1) посебну пажњу посвећује услугама везаним за сексуално и репродуктивно здравље, надовезујући се на породична права из члана 23. Члан 25. (д) захтјева од здравствених радника да 'пружају исте квалитете услуга особама с инвалидитетом као и другима, и на основи слободног и информисаног пристанка'. Ово је суштински важна компонента која се одражава и у многим питањима у овом дијелу водича.

Извори: особље, корисници установе, документација

17.1. Која процедура се користи у установи за добивање информисаног пристанка на лијечење?	Комисија треба да констатује да ли је испоштована позитивна законска регулатива из ове области по наведеним ставкама.
17.2. Опиши шта установа подразумијева под информисаним пристанком?	
17.3. Шта се дешава ако корисник установе одбија третман? (да ли установа поштује одлуку, да ли таква одлука може бити занемарена и под каквим условима?)	
17.4. Када и под каквим околностима третман може бити наметнут? (навести детаље)	
17.5. По којој процедури се корисници установе могу жалити против одлуке о лијечењу без њиховог пристанка?	
17.6. Да ли се врши систематска ревизија налога за присилно лијечење од стране независног тијела?	

18. ПРИСТУП СОМАТСКОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Људи у установама за очување менталног здравља и установама социјалне заштите понекад немају једнак приступ општој, соматској здравственој заштити као они који живе изван ових установа. Члан 25. Конвенције о правима особа са инвалидитетом прописује да се особама са инвалидитетом мора пружити здравствена њега без дискриминације по основу инвалидитета, а то значи (у члану 25. (1)) 'осигурати особама са инвалидитетом исти опсег, квалитету и стандард бесплатних или доступних здравствених услуга и програма, који се пружају другим особама'.

Извори: корисници установе и особље

18.1. Да ли корисници установе имају приступ редовној провјери тјелесног здравља?	<p>Комисија треба да констатује да ли је било кршења права корисника на једнакоправан приступ, опсег, квалитет и стандард услуга и програма соматске здравствене заштите.</p> <p>Уколико се констатује да је било нарушавања наведених права Комисија треба да установи који су инструменти употребљени од стране установе да би се они отклонили (пријава Етичком комитету и слично).</p> <p>Посебну пажњу Комисија треба посветити случајевима одбијања пружања адекватне помоћи корисницима установе од стране других здравствених установа, као и шта се у вези с тим подузело.</p>
18.2. Да ли постоје било какве потешкоће у остваривању соматске здравствене заштите за оне којима је неопходна?	
18.3. Који су тјелесни здравствени проблеми били најзаступљенији у посљедњих годину дана?	
18.4. На који начин корисник остварује право на неки други специјалистички третман?	
18.5. На који начин установа рјешава ургентна/ витално угрожавајућа соматска стања?	
18.6. Ко сноси трошкове за заштиту физичког здравља?	
18.7. Које трошкове морају покрити корисници установе и да ли је то њима финансијски доступно?	
18.8. Шта се дешава са корисником установе који не може покрити те трошкове?	
18.9. Да ли постоје друге баријере за приступ соматској здравственој заштити?	

19. ПРОМОЦИЈА СОМАТСКОГ ЗДРАВЉА И ПРЕВЕНЦИЈА ТЈЕЛЕСНИХ БОЛЕСТИ

Многа озбиљна здравствена стања, укључујући кардиоваскуларне болести, рак, дијабетес и хроничне респираторне поремећаје, повезана су са неким заједничким факторима ризика који се могу спријечити. На примјер, конзумација духана, нездрава прехрана, физичка неактивност и претјерано конзумирање алкохола главни су узроци физичке болести. Рано откривање таквих стања је стога веома важно код људи у установама, гдје су такви фактори ризика уобичајени.

Извори: корисници установе, особље, документација

19.1. Да ли корисници установе имају приступ квалитетним услугама промоције здравља и превенције болести, с обзиром на висок ниво соматских болести међу особама са менталним проблемима (нпр. вакцинације, провјера дијабетеса, мамографија)?	<p>Превенција физичких болести укључује позитивне мјере спречавања појаве високог крвног притиска, метаболичког синдрома или високог нивоа холестерола. У овом дијелу Водича се тражи да се процијени у којој мјери се такве активности подузимају систематски и на редовној основи. Одговарајући прегледи обухватају: рутинске прегледе (физички преглед, испитивање крви и урина, ЕКГ, РТГ плућа) у редовним интервалима уз одговарајући информисани пристанак; мамографије, самопреглед дојке и/или љекарски преглед дојке; ПАП-тестове; тестове фекалне окултне крви; колонскопију, флексибилну сигмоидоскопију, уролошке прегледе, преглед коже (рака коже), визуални преглед уста (усна шупљина је лако доступна за рутински преглед, па чак и немедицинско особље може лако открити промјене које су претеча карцинома); провјере</p>
19.2. Да ли се корисницима установе мјери тјелесна тежина приликом пријема и редовно након тога?	
19.3. Да ли постоје приступачни објекти за физичко вјежбање?	
19.4. Да ли постоје баријере за кориштење таквих објеката?	

19.5. Да ли се врши редовна провјера физичког здравља у циљу откривања хроничних и малигнух обољења?	везане за гастроинтестиналне проблеме, диурезу и исправност рада цријева, укључујући и уринарне инконтиненције и енкопрезу, крвни притисак, пулс, респираторну динамику и декубитус (код пацијената који дуго леже).
19.6. Колико је заступљен рад на превенцији соматских обољења?	

20. ПРИСТУП УСЛУГАМА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Упркос унапређеним могућностима лијечења и позитивним трендовима у психијатријским установама, особе с проблемима менталног здравља или инвалидитета, поготово када су институционализоване, често су изложене социјалном искључивању, стигматизацији, дискриминацији или непоштивању њихових темељних права и достојанства, што између осталог укључује и недостатак адекватног приступа психијатријским услугама. Ако се нека особа сматра трајним психијатријским пацијентом, то често значи да јој здравствени радници посвећују мање пажње у смислу праћења њеног стања, прилагођавања третмана лијечења и циљева рехабилитације. Дакле, у овом дијелу траже се информације о квалитети и учесталости приступа психијатријској процјени и третманима.

Извори: корисници установе и особље

20.1. Да ли је корисницима омогућен редован приступ психијатру, или другим професионалцима за ментално здравље?	На темељу одговора према наведеним ставкама Комисија треба да стекне дојам о реализацији редовних обавеза чланова стручног тима (одржавање ужег и ширег стручног колегија; свакодневна присутност чланова стручног тима на одјељењу; учествовање у раду социотерапијских заједница; обављање циљаних интервјуа, и слично).
20.2. Колико често се корисници установе сусрећу са психијатром, или професионалцима за ментално здравље?	
20.3. Колико сати седмично су психијатар, или професионалци за ментално здравље, присутни на одјелу?	
20.4. Да ли корисници установе имају могућност одабира психијатра, или професионалца за ментално здравље?	
20.5. Колико обично траје сусрет са психијатром, или професионалцем за ментално здравље?	
20.6. Да ли су сусрети у дискрецији?	
20.7. Које врсте процјене и третмана су доступни у кризним ситуацијама менталног здравља?	
20.8. Колико су ставови психијатара, или професионалаца за ментално здравље, у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на корисника? (приступ, сензибилитет).	

21. ПРИСТУП ЛЕКАРИМА ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Примарна здравствена заштита је ниво на којој се остварује први контакт са здравственом установом, и она представља први елемент процеса здравствене заштите. Када их пружа лекар опште праксе, услуге примарне здравствене заштите могу подразумевати континуитет лијечења. Овај дио водича процјењује у којој мјери је примарна здравствена заштита адекватно пружена корисницима установа.

Извор: корисници установе и особље

21.1. Да ли и на који начин установа и корисници остварују комуникацију са лекарима породичне медицине?	Комисија треба да утврди да ли, на који начин и када установа остварује комуникацију са лекарима породичне медицине. Ово подразумева и стицање увида о ставу особља установе о сврсисходности комуникације (на примјер, да ли је корисник у протеклом времену узимао прописану терапију, да ли
---	--

	је дио релевантне документације достављен љекару породичне медицине након отпуста, итд.)
<p>21.2. Да ли установа примјењује законске одредбе које се односе на упућивање корисника на друге нивое здравствене заштите?</p>	<p>Чланом 109. новог федералног Закона о здравственој заштити уведена је обавеза за здравствене установе свих нивоа да успоставе јединствен систем упућивања пацијената са једног на друге нивое здравствене заштите, а с циљем осигурања начела континуираности здравствене заштите, што раније није било јасно дефинисано.¹⁹ С тим у вези, веома је битно обратити пажњу да ли установа у свом свакодневном раду примјењује законска рјешења, јер у супротном, то може указивати да у установи има кршења права особа са менталним поремећајима. Однос између различитих нивоа здравствене заштите директно се одражава на квалитет и свеобухватност здравствене заштите која се пружа особама са менталним поремећајима. У случају недостатка комуникације између тих нивоа, односно установа, нарушава се начело континуитета, а тиме је доведен у питање како систем, тако и адекватност пружене здравствене заштите.</p> <p>Осим тога, овдје треба скренути пажњу и на члан 41. Закона о заштити особа са душевним сметњама, који регулише премјештање из здравствене установе у социјалну установу по посебним прописима.²⁰</p> <p>Законом о здравственој заштити (“Службени гласник Републике Српске”, бр. 106/09) у поглављу III прописана су начела здравствене заштите. Према члану 11. овог закона, здравствена заштита грађана спроводи се на начелима једнакости, доступности, свеобухватности, континуитета и координације. Чланом 12. Закона прописано је да грађанин са истим здравственим потребама остварује исти ниво здравствене заштите, а грађанин са различитим здравственим потребама остварује различит ниво здравствене заштите у складу са овим законом. Према начелу координације (члан 16.), здравствена заштита остварује се несметаним кретањем грађана кроз здравствени систем у којем се нивои здравствене заштите надопуњавају један на други и међусобно ради постизања максималне ефикасности и ефективности.</p>

19) С циљем осигурања континуираности здравствене заштите из члана 22. овог закона, здравствене установе примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите успостављају јединствен систем упућивања пацијената са једног на друге нивое здравствене заштите.

Систем из става 1. овог члана обухвата размјену информација, и то са нивоа примарне здравствене заштите, о здравственом стању пацијента са подацима о природи болести или здравственог проблема због којег се обратио изабраном здравственом тиму или изабраном доктору медицине и подузетим мјерама, а са секундарног односно терцијарног нивоа здравствене заштите о извршеним прегледима, налазима и подузетим мјерама лијечења, укључујући и детаљна упутства за даље лијечење.

У случају да се пацијенту на нивоу примарне здравствене заштите не може пружити адекватна и благовремена здравствена заштита, здравствена установа, односно изабрани здравствени тим, или изабрани доктор медицине, упућује тог пацијента у одговарајућу здравствену установу, односно одговарајућем специјалисти у здравствену установу на секундарном нивоу здравствене заштите, или, изузетно, у здравствену установу на терцијарном нивоу здравствене заштите, ради прегледа, лијечења и давања одговарајућег мишљења и упутства за даље лијечење на нивоу примарне здравствене заштите.

Болнице и друге здравствене установе секундарног нивоа здравствене заштите, или љекар специјалиста коме је грађанин упућен са нивоа примарне здравствене заштите, могу тог грађанина упутити на терцијарни ниво здравствене заштите, гдје се пружају најсложенији облици здравствене заштите из одређених специјалистичких дјелатности. (Члан 109. Закона о здравственој заштити).

20) Када у случајевима прописаним овим законом особу са душевним сметњама треба отпустити из здравствене установе, а она због својег психофизичког стања и услова у којима живи није способна бринути се о себи нити има особе које су по закону дужне и могу се бринути о њој, премјестит ће се из здравствене установе у социјалну установу по поступку предвиђеном Законом о основама социјалне заштите, заштите цивилних жртава рата и заштите породице са дјецом (“Службене новине Федерације БиХ”, број 36/99). О премјештању из става 1. овог члана здравствена установа извјестит ће одмах суд који је донио одлуку о присилном смјештају или о отпусту. (Члан 41. Закона о заштити особа са душевним сметњама)

22. ПРИСТУП МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМА И ОСОБЉУ ЗА ЊЕГУ

У пракси, неким здравственим установама недостаје основна радна снага коју чине медицинске сестре и особље за његу. Понекад медицинске сестре и особље за његу имају прекомјерно радно оптерећење. Таквим медицинским сестрама и особљу за његу треба осигурати ваљану едукацију и обуку у складу са Резолуцијом WXA59.23 Свјетске здравствене скупштине, којом се земље чланице позивају да израде десетогодишњи план за образовање и обуку што више здравствених радника у цијелом свијету. Овај дио упитника, дакле, процјењује приступ таквој, едукованој здравственој њези.

Извори: корисници установе и особље

22.1. Да ли је корисницима установе омогућен приступ медицинској сестри или особљу за његу када они желе?	Рад са корисницима увијек представља озбиљну задаћу за све категорије ангажованог особља. Стога је и одговарајућа улога медицинских сестара и особа за његу у свакодневном контакту са корисницима од изузетног значаја. Према томе, Комисија треба да утврди да ли постоји програм на основу којег се проводи специјална обука из менталног здравља за медицинске сестре и друго особље.
22.2. Да ли медицинске сестре и особље за његу имају специјалну обуку из менталног здравља?	
22.3. Какав је генерално квалитет његе коју пружају медицинске сестре и особље за његу?	
22.4. Колико су ставови медицинских сестара и особља за његу у складу са терапијским принципима и праксом усмјереном на корисника? (приступ, сензибилитет)	
22.5. Колико сати седмично је присутна квалификована медицинска сестра у организационој јединици?	

23. ПРИСТУП ТЕРАПИЈИ

У многим земљама, психолошке, социјалне и радне терапије третирају се суштинском компонентом читавог низа третмана за проблеме менталног здравља. Овај дио упитника, дакле, испитује приступ психолошким, социјалним и радним терапијама.

Извори: корисници установе и особље

23.1. Да ли корисници установе могу користити услуге психотерапеута и да ли постоји могућност избора психотерапеута?	Комисија треба посебно обратити пажњу да ли је медикаментозни, психотерапијски, социотерапијски, рехабилитацијски и окупацијски програм адекватно заступљен?
23.2. Да ли корисници установе могу користити услуге социјалног радника/социјалног терапеута и да ли постоји могућност избора социјалног радника/социјалног терапеута?	
23.3. Да ли корисници установе могу користити услуге окупационог терапеута и да ли постоји могућност избора окупационог терапеута?	

24. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА

Веома је битно да здравствена документација буде ажурирана и тачна, и да садржи потпуну анамнезу појединца, његово социјално функционисање и читав низ потреба. Документација обично треба садржавати и конкретне дијагнозе, тамо гдје је то прикладно. Члан 22. (2) Конвенције о правима особа са инвалидитетом осигурава заштиту 'приватност личних и здравствених података о рехабилитацији особа с инвалидитетом на равноправној основи с другима.' У овом дијелу очекује се процјена степена ажурираности информација и нивоа детаља који су унесени у здравствене картоне корисника.

Извори: корисници установе и документација

24.1. Да ли се историја болести уредно води?	Комисија на основу прегледа случајног узорка
--	--

24.2. Да ли постоји на нивоу установе установљен интерни протокол о обавезном сету лабораторијских и других дијагностичких претрага?	стиче увид у вођење и начин чувања медицинске документације сагласно професионалним стандардима и принципу тајности, као и да ли се исти воде у складу са позитивним законским рјешењима (Закон о евиденцијама у здравству, Закон о правима, обавезама и одговорностима пацијената и др.)
24.3. Да ли историја болести садржи периодичне извјештаје психијатра о стању менталног здравља корисника?	
24.4. Да ли документација садржи посебан повјерљиви дио?	
24.5. Да ли је заштита тајности одговарајућа?	
24.6. Да ли је документација доступна онима који треба да јој приступе, укључујући и кориснике установе?	
24.7. Да ли је документација доступна дежурном љекару?	
24.8. Да ли постоје правила у вези са чувањем медицинске документације и начина архивирања?	
24.9. Да ли се у случају премјештаја релевантни дио документације корисника прослеђује пријемној установи?	
24.10. Да ли се у случају отпуштања релевантни дио документације прослеђује надлежном љекару породичне медицине или психијатру у центру за ментално здравље и да ли се за то тражи пристанак корисника?	

25. ЛИЈЕКОВИ

Унутар психијатријских установа и установа социјалне заштите морају бити доступни сви потребни лијекови за третирање физичких и психичких стања. Доступност тих лијекова не значи да би се исти требали наметати: види дио о праву на пристанак на лијечење. Аспекти које ће се пратити обухваћају давање таквих лијекова и рутинско информисање корисника о тим лијековима, те укљученост корисника у процес креирања плана њиховог лијечења. То обухвата и информисање корисника о нуспојавама, посвећивање пажње и уважавање мишљења и жеља корисника у вези са лијековима, уважавање преференција корисника гледе неке врсте лијекова и начина њиховог узимања. Чланови Комисије такође треба да испитају да ли је рецепт за лијек у складу са сигурном праксом, укључујући и индивидуализоване рецепте с потписом одговорног здравственог радника, јасно прописаним дозама и учесталости узимања. Оно што представља посебну забринутост у установама је прекомјерно давање лијекова и самостално одлучивање о примјени лијекова у сврху умиривања или ограничавања лица од стране особља у овим установама (види дио о ограничавању слободе кретања и изолацији).

(Извори: корисници установе, особље, документација)

25.1. Да ли су лијекови са есенцијалних листи редовно доступни и приступачни за кориснике установе?	
25.2. Да ли се у установи примјењују савремени, ефикасни, мање штодљиви психофармаци?	
25.3. Да ли се с лијековима рукује у складу са договореним смјерницама клиничке праксе?	
25.4. Да ли се лијекови чувају на одговарајући начин?	

25.5. Да ли особље озбиљно схвата притужбе корисника везано за нуспојаве и да ли реагују на то?	
25.6. Да ли се преференције корисника уважавају од стране особља? (нпр. административни пут)?	
25.7. Да ли постоје било какви докази о неконтролисаном давању лијекова како би се олакшала контрола и надзор над корисницима умјесто за њихову личну корист?	Комисија треба обратити пажњу на физичке нуспојаве неких лијекова, односно да ли су корисници поспани, не могу причати, да ли су троми, итд.)
25.8. Да ли постоје докази да је особљу на дужности дато превише слободе у одлучивању о коришћењу лијекова? (нпр. о коришћењу "по потреби" лијекова)	
25.9. Шта се дешава када корисници установе не желе да узму прописане лијекове?	
25.10. Да ли постоје писани докази о третману и дозама?	
25.11. Да ли се дозирање врши према прихваћеним алгоритмима за лијечење појединих клиничких стања?	

26. ДИЈАГНОЗА (ФИЗИЧКА И МЕНТАЛНА)

За физичка стања, главни међународни систем класификације и дијагнозе је Међународни приручник за класификацију болести, 10. издање (ИЦД-10). Овај систем се обично користи и за проблеме који се тичу менталног здравља, док здравствени радници у неким земљама користе Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје (ДСМ). Јасна и писана дијагноза обично представља важан дио процјене, који би требало резултирати индивидуализираним планом лијечења. У овом дијелу потребно је испитати да ли је дијагноза јасно наведена у здравственом картону корисника. Ово је такође, важно и за владе у смислу прикупљања статистичких података, како је прописано одредбом члана 31. Конвенције о правима особа са инвалидитетом.
(Извори: корисници установе, особље, документација)

26.1. Да ли љекар на основу стручних стандарда успоставља дијагнозу стања физичког здравља?	
26.2. Да ли љекар на основу стручних стандарда успоставља дијагнозу стања менталног здравља?	

27. ЕЛЕКТРО-КОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА (ЕКТ)

Електро-конвулзивна терапија (ЕКТ) и даље се сматра веома контроверзним третманом, који је био предмет детаљних истраживања у смислу етике, клиничких индикација и контра-индикација, сигурности, учинака и нуспојава, те начина дјеловања. Велика бојазан у погледу примјене ЕКТ-а постојала је због веома озбиљних нуспојава, укључујући и фрактуре (прије него су се почели користити неуромускуларни блокатори) и оштећења когнитивне меморије. Чланови Комисије треба да установе да ли се у установама, које су предметом мониторинга, користи ЕКТ и ако да, на који начин. Примјера ради, чланови Комисије могу питати о давању пристанка на ову терапију, примјени анестезије, опреми за реанимацију, те провођењу ЕКТ-а у складу са релевантним националним законима и протоколима.
(Извори: корисници установе, особље, документација)

27.1. Да ли се ЕКТ примјењује у установи и за које индикацијско подручје?	Уколико се у установи практикује ЕКТ, Комисија
---	--

27.2. Да ли се ЕКТ икада примјењује без успављивања/анестезије/опуштања мишића?	треба да утврди да ли се она проводи у складу са позитивним законским рјешењима из те области (Закон о заштити особа са менталним поремећајима).
27.3. Да ли се корисницима дају све релевантне информације о нужности и начину примјене ЕКТ-а?	
27.4. Да ли су детаљи сваког ЕКТ третмана документовани?	
27.5. Које су нуспојаве забиљежене?	
27.6. Да ли је ЕКТ коришћена на начин да је схваћена од стране корисника установе као облик казне?	
27.7. Шта се дешава ако корисник установе одбије ЕКТ?	
27.8. Да ли се ЕКТ терапија примјењује изван видног домета осталих ?	
27.9. Да ли се ЕКТ терапија биљежи у посебној књизи, како би се избјегла непожељна пракса, односно да би се таква пракса могла јасно идентификовати од стране менаџмента установе?	

28. АЛКОХОЛ, ЦИГАРЕТЕ И ДРОГЕ

Особе с проблемима менталног здравља имају више физичких поремећаја него општа популација. Изложеност високим факторима ризика као што су пушење и злоупотреба алкохола много је чешћа код људи са дугогодишњим проблемима менталног здравља. Лошије социо-економске прилике многих лица која имају проблема са менталним здрављем могу утицати на смањен приступ ових особа здравственим установама које се баве проблемима везаним за алкохол, цигарете и незаконите дроге. (Извори: корисници установе, особље, документација)

28.1. Да ли је алкохол доступан корисницима установе на истој основи као у локалној заједници?	Комисија треба прикупити информације на који начин се поступа према корисницима, а који за вријеме боравка у установи злоупотребљавају психоактивне супстанце.
28.2. Да ли су цигарете доступне корисницима установе на истој основи као у локалној заједници?	
28.3. Да ли особље обраћа пажњу у вези коришћења психоактивних супстанци од стране установе?	
28.4. Која врста помоћи/подршке је доступна корисницима установе са:	
28.4.1. проблемима с алкохолом?	
28.4.2. зависницима о цигаретама?	
28.4.3. зависницима о дрогама?	

29. УКЉУЧЕНОСТ У ПЛАН ТРЕТМАНА И ЊЕГЕ

Учествовање корисника услуга менталног здравља сматра се показатељем добре праксе, која се једним дијелом развила као посљедица чињенице да систем менталног здравља није одговарао на потребе појединачних корисника и група корисника.

Извори : корисници установе, особље, документација

29.1. Да ли се у установи проводи индивидуални план третмана и његе?	Савремени стандарди и политике дефинишу учешће корисника и здравствених радника у
--	---

29.2. Да ли сте учествовали у креирању плана Вашег третмана и њега?	планирању, provedби и евалуацији услуга у области менталног здравља једним од најважнијих приоритета. Конвенција о правима особа са инвалидитетом потврђује ову филозофију, осигуравајући да особама са инвалидитетом мора бити омогућено да доносе одлуке о властитом животу, уз помоћ мреже подршке када је то потребно (члан 12).
29.3. Како су корисници установе укључени у прављење њихових планова третмана и њега?	
29.4. Да ли корисници установе могу постављати питања и оспоравати садржај њихових планова третмана и њега (одабир лијекова, врсте и облици рехабилитације)?	
29.5. Колико често се планови третмана и њега евалуирају?	
29.6. Да ли су планови третмана и њега урађени на језицима који су разумљиви корисницима установе ?	

30. ПРИСТАНАК НА УЧЕШЋЕ У ИСТРАЖИВАЊУ

Конвенција врло јасно наводи у члану 15, који говори о спречавању мучења или окрутних, нечовјечних или понижавајућих поступака или кажњавања' да нико не смије бити подвргнут, без свог слободног пристанка, медицинским или знанственим покусима.' Када се проводи неко здравствено истраживање на популацији корисника установе, национални закони и локални етички одбори могу поставити захтјеве обавезног прибављања информисаног пристанка (сагласности) особе на учествовање у таквим истраживањима. Такви захтјеви ће вјеројатно захтијевати ваљано информисање потенцијалних учесника, на основу чега би они могли процијенити бенефиције и ризике учешћа у таквом истраживању; гаранције да њихово одбијање да учествују неће негативно утицати на њихову рутинску његу; очекивање да ће све прикупљене информације бити третиране повјерљивим и да њихова приватност неће бити угрожена; и да ће, уколико пристану на учешће у таквим истраживачком пројекту, њихово достојанство, права, сигурности и благостања бити осигурани и заштићени. Дакле, овај дио упитника испитује да ли постоје докази да се таква заштита пружа, односно не пружа корисницима.

Извори: корисници установе, особље, документација

30.1. Да ли постоји процес давања пристанка у писаној форми за учешће у истраживању?	Права пацијента над којим се врши медицинско и научно истраживање, клиничко испитивање лијекова и медицинских средстава, те судјеловање у медицинској настави су детаљно разрађени Законом о правима, обавезама и одговорностима пацијената, те је направљена јасна дистинкција између коришћења ових права од стране пунољетне, пословно способне особе у односу на малољетну, односно пунољетну пословно неспособну особу (чл. 38. и 39.).
30.2. Да ли постоји независни процес етичког одобравања за истраживачке пројекте?	
30.3. Да ли потенцијални учесници имају довољно информација како би могли донијети одлуку?	
30.4. Да ли је истраживање проведено и на људима који су присилно задржани?	
30.5. Да ли је истраживање проведено на особама које немају способност да одлуче о давању сагласности?	
30.6. Уколико се медицинско истраживање проводи у установи на особама које су присилно задражане, или које су због природе менталног поремећаја неспособне да дају сагласност, кога је потребно о томе информисати?	
30.7. Да ли је накнада за учешће у истраживању уплаћена?	

<p>30.8. Да ли постоје било каква ограничења у приступу у уобичајеној њези за кориснике који нису дали сагласност да учествују у истраживању?</p>	<p>штете проистекле из ових истраживања.</p> <p>Пацијент, као добровољац у овим истраживањима и настави, остварује право на накнаду, а у случају штете по здравље и право на накнаду штете. У случају смрти, ова права прелазе на пацијентове насљеднике на начин како је то утврђено Законом.</p>
<p>30.9. Остале околности везане за учешће корисника у истраживању а која су регулисана Законом о заштити особа са менталним потешкоћама?</p>	<p>Посебно, став 5. члана 38. овог закона упућује да се на права пацијента са менталним поремећајима над којим се врши истраживање, сходно примјењују прописи о заштити лица са менталним поремећајима.²¹</p> <p>Законом о здравственој заштити (члан 28.), ("Службени гласник Републике Српске", бр. 106/09), прописано је да је медицински експеримент, истраживачка студија над људима ради испитивања одређених аспеката (сигурност, ефикасност, ефективност) нових лијекова, медицинских средстава, процедура лијечења или комбинација наведених.</p> <p>Истраживање се може предузети над пунољетним пословно способним пацијентом уз његов пристанак. Изузетно медицинска истраживања над малољетним лицем, или лица лишеног пословне способности, кад постоји индикација за медицински третман, пристанак даје родитељ, брачни друг, пунољетно дијете, пунољетни брат или сестра, законски заступник или старатељ.</p> <p>Медицинско истраживање се може опозвати у писаном облику у свако вријеме.</p> <p>Пацијент који претрпе тјелесну повреду или му се здравље наруши има право на накнаду штете у складу са законом.</p> <p>Прије почетка истраживања Етички одбор здравствене установе, доноси Одлуку о предузимању истраживања над пацијентом.</p> <p>Медицинско истраживање не може се предузимати у приватној здравственој установи.</p> <p>Законом о заштити лица са менталним поремећајима (члан 17.), биомедицинска истраживања над лицима са менталним поремећајима могу се предузети само у сврху проучавања и лијечења менталног поремећаја водећи се препорукама Хелсиншке декларације.</p> <p>Наведеним чланом овог закона прописани су услови биомедицинског истраживања над лицем са менталним поремећајем које није у стању дати свој пристанак као и биомедицинска истраживања над дјецом и малољетним лицима.</p>

21) Ово подразумијева примјену члана 16. Закона о заштити особа са менталним поремећајима, којим су децидно прописани услови под којима се могу проводити биомедицинска истраживања над особама са менталним поремећајима.

