



ANALIZA

kapaciteta lokalnih zajednica za provođenje modela zaštićenog stanovanja lica sa mentalnim teškoćama kroz male kućne zajednice

Maj 2016. godine

SADRŽAJ:

UVOD.....	4
OPŠTI DIO.....	5
SPECIFIČNI DIO.....	6
A . CENTRI ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA.....	6
I STRUKTURA.....	7
II KORISNICI I ČLANOVI NJIHOVIH PORODICA	8
III SARADNJA.....	12
IV ZAŠTIĆENO STANOVANJE	15
B. CENTRI ZA SOCIJALNI RAD.....	17
I STRUKTURA.....	17
II KORISNICI I ČLANOVI NJIHOVIH PORODICA	19
III SARADNJA.....	22
IV ZAŠTIĆENO STANOVANJE	24
C. LOKALNI ORGANI UPRAVE - OPŠTINE.....	27
I SARADNJA	27
II ZAŠTIĆENO STANOVANJE.....	29
D. PORODICE OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA	31
ZAKLJUČAK	34
A. JAVNE USTANOVE / INSTITUCIJE.....	35
I ZDRAVSTVENI SEKTOR.....	35
II SOCIJALNI SEKTOR	37
III UPRAVNI SEKTOR	38
B. PORODICE OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA.....	39
PREPORUKE	40

IMPRESUM

AUTORI

Prim. dr Goran Račetović, specijalista psihijatrije
Dom zdravlja - Centar za zaštitu mentalnog zdravlja Prijedor

Dr Violeta Jakovljević, specijalista psihijatrije
Specijalna bolnica za hroničnu psihijatriju Modriča

Gordana Vidović
Udruženje građana „Budućnost“ Modriča

IZDAVAČ

Udruženje građana „Budućnost“ Modriča



Projekat „Inicijativa za razvoj zaštićenog stanovanja za lica sa mentalnim teškoćama kroz male kućne zajednice“ implementira UG „Budućnost“ Modriča u partnerstvu sa Bolnicom za hroničnu psihijatriju Modriča uz podršku Američke agencije za međunarodnu saradnju USAID a kroz Program podrške marginalizovanim grupama (USAID/PPMG).

UVOD

Mentalno zdravlje i duševno blagostanje predstavljaju integralni dio sveukupnog zdravlja svakog čovjeka i neodvojivi su od njegovog fizičkog zdravlja, socijalnog funkcionisanja i uloge koje pojedinac treba da ima u vlastitom okruženju (porodica, prijatelji, poslovno okruženje, ali i društvo u cjelini). U današnjem vremenu burnih društvenih i civilizacijskih promjena, u globalnom porastu su mentalni poremećaji i psihijatrijska oboljenja, kao dio odgovora na pomenute promjene, a određeni dio tih oboljenja je podstaknut da se razvija zahvaljujući okidačima vanjske sredine, koji su povezani sa stresom i nepovoljnim životnim okolnostima (ratna zbivanja, prirodne katastrofe, migracije, i slično), iako se danas sve više radi na prevenciji i pravovremenom otkrivanju i sanaciji različitih psihijatrijskih poremećaja.

Shizofrenija i njoj slična oboljenja iz grupe psihotičnih poremećaja predstavljaju zasigurno najteže oblike duševne bolesti, koji imaju hroničan tok i progresivno oštećivanje psihičkih funkcija i postepeno onesposobljenje oboljelih. U današnjem vremenu moderne psihijatrije, naoružane snažnim, efikasnim i na dokazima utemeljenim istraživanjima, glavni ciljevi i preporučeni putevi tretmana oboljelih od shizofrenije su individualni pristupi sa individualizovanim planovima, saradnički odnosi pacijenata i terapeuta, porodice oboljelih i drugih u zajednici koji mogu pomoći oporavku (tzv. principi koordinisane brige i kolaborativne prakse), rane intervencije, podsticanje preostalih kapaciteta ličnosti, rana i kontinuirana rehabilitacija. Sve pomenute mjere sada u prvi plan stavljaju oboljelog, podstiču ga da se aktivno angažuje i osamostaljuje, doprinoseći tako društvu - zajednici u kojoj živi. Time se radi na redukovanju stigme i samostigme, kao najvećih prepreka dobrom i održivom oporavku oboljelih sa shizofrenijom.

Zaštićeno stanovanje oboljelih od shizofrenije u malim kućnim zajednicama jedan je od načina kako se oni mogu iskazati u vlastitim mogućnostima i postati prihvaćeni dio sredine u kojoj žive. Pored primjera ovakvih održivih zajednica u različitim zemljama svijeta, i u našoj zemlji smo imali prilike uvjeriti se da je to ostvarivo i da donosi benefite svima koji u takvoj vrsti zajednice žive (stanovi u Sarajevu i Doboju koji su prestali da postoje, te zaštićena kuća u Kladarima kod Modriče, koja kontinuirano postoji od 2002. godine, kao dio bolničke ustanove za hronične psihijatrijske bolesti u Jakešu/Modriča).

OPŠTI DIO

Zaštićeno stanovanje je preporučeni način rehabilitacije u politikama i strategijama oba ministarstva zdravlja (Republike Srpske i Federacije Bosne i Hercegovine) i u narednim periodima za koji su te strategije predviđene, što je usko povezano sa reformama u oblasti mentalnog zdravlja u našoj zemlji, kroz razvoj i podsticanje unapređenja rada psihijatrije u zajednici (centri za zaštitu mentalnog zdravlja), kao važne karike u lakšem uspostavljanju i ove vrste rehabilitacije hronično duševno oboljelih osoba. Ipak, stepen poznavanja ove oblasti, različitost pravno-administrativnih propisa i nedovoljna pokrivenost odnosno nepostojanje ovakvog načina rehabilitacije u Bosni i Hercegovini, koji bi imao sistemsku podršku, podstiče korisnike, ali i dio profesionalaca za pronalaženje načina da se započnu stvarati uslovi za njihovu realizaciju.

U sklopu projekta nazvanog “**Inicijativa za razvoj zaštićenog stanovanja za lica sa mentalnim teškoćama kroz male kućne zajednice**”, Udruženje građana “Budućnost” iz Modriče, u partnerstvu sa Bolnicom za hroničnu psihijatriju Modriča, a uz podršku Američke agencije za međunarodnu saradnju Američke Agencije za međunarodnu saradnju (USAID) kroz Program podrške marginalizovanim grupama (USAID/PPMG) izvršilo je procjenu i analizu stanja i potreba za ovom vrstom rehabilitacije osoba sa shizofrenijom u jednom regionu Bosne i Hercegovine, u **12 opština/gradova** (*Dobojska regija u Republici Srpskoj – Modriča, Vukosavlje, Derventa, Brod, Doboj, Teslić, Petrovo i Šamac; Posavski kanton u Federaciji Bosne i Hercegovine – Odžak, Orašje i Gradačac; i Brčko Distrikt - Grad Brčko*).

Za potrebe izrade ove analize korišteni su **specifično kreirani upitnici** za javne ustanove/institucije u pomenutim gradovima/opštinama za profesionalce u opštinskim/gradskim upravama, centrima za zaštitu mentalnog zdravlja/domovima zdravlja i centrima za socijalni rad. S druge strane, dio podataka dobijen je od članova porodica osoba oboljelih od shizofrenije iz ovih gradova, a podaci su dobijeni i **interaktivnim edukativnim grupnim radom** sa profesionalcima i članovima porodica oboljelih (fokus grupe).

Upitnici za profesionalce zaposlene u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja/domovima zdravlja i centrima za socijalni rad imali su **četiri glavna dijela**: struktura ustanove, podaci o korisnicima i članovima njihovih porodica, vrstama saradnje sa različitim ustanovama ili organizacijama civilnog društva u zajednici koje imaju dodirne tačke sa mentalnim zdravljem i korisnicima sa shizofrenijom, te znanjima, ali i stavovima o zaštićenom stanovanju. Upitnici namijenjeni predstavnicima opštinskih/gradskih uprava obuhvatili su dvije oblasti; saradnju sa ustanovama koje se bave problematikom mentalnog zdravlja u zajednici uz informisanost o problematici mentalnog zdravlja u lokalnoj sredini, te stavove o potrebi uspostavljanja modela zaštićenog stanovanja. Članovi porodica oboljelih su kroz interaktivan način rada po tipu *fokus grupe* iznijeli svoje stavove u vezi oboljelih i načina njihovog rehabilitovanja u zajednicu putem modela zaštićenog stanovanja.

SPECIFIČNI DIO

U ovome dijelu dati su zbirni podaci dobijeni od institucija u lokalnim zajednicama, kao i od članova porodica osoba koje imaju psihotične poremećaje.

A. CENTRI ZA ZAŠTITU MENTALNOG ZDRAVLJA

U 12 opština/gradova obuhvaćenih ovom analizom identifikovano je 9 domova zdravlja u kojima postoje centri za zaštitu mentalnog zdravlja (75%), dok u preostala tri doma zdravlja (25%) nisu formirani centri za zaštitu mentalnog zdravlja. Podaci za analizu dobijeni su iz **9 opština/gradova** (75%), odnosno iz **7 centara za zaštitu mentalnog zdravlja** (77,8%) i **dva doma zdravlja** koji nemaju centar za zaštitu mentalnog zdravlja (66,7%), što je prikazano na Tabeli 1.

Tabela 1. Učešće u analizi

	Opštine/gradovi	DZ sa CZMZ	DZ bez CZMZ
Broj	12	9	3
%	100	75	25
Broj odgovora	9	7	2
%	75	77.8	66.7

Na taj način prikupljen je dovoljan broj relevantnih podataka za ovu Analizu, koja predstavlja objedinjene odgovore iz pojedinačnih ustanova (centri za zaštitu mentalnog zdravlja i domovi zdravlja koji nemaju centar za zaštitu mentalnog zdravlja).

I. STRUKTURA

Centri za zaštitu mentalnog zdravlja (CZMZ) pružaju usluge iz oblasti mentalnog zdravlja za oko **320.000 stanovnika** (ili oko 80% od ukupnog broja stanovnika regije) **iz 11 opština/gradova** (91.2%) koji su obuhvaćeni ovom analizom. Naime, tri centra za zaštitu mentalnog zdravlja pokrivaju potrebe stanovništva za ovom vrstom usluga u dodatne tri opštine pored matičnih opština/gradova, obzirom da u tim manjim domovima zdravlja nisu oformljene službe zaštite mentalnog zdravlja (CZMZ). Ukupan broj timova u 7 centara za zaštitu mentalnog zdravlja je 9, a broj zaposlenih profesionalaca u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja je različit (između 3 i 18). Ukupno je **46 zaposlenih** u svim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja. Uglavnom prevladavaju centri za zaštitu mentalnog zdravlja sa po jednim timom, dok su u jednom centru za zaštitu mentalnog zdravlja (14,28%) aktivna 3 tima, odnosno jedna trećina (33,4 %) od ukupnog broja timova.

Struktura profesionalaca koji rade u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja je prikazan u

Tabeli 2.

Tabela 2. Profesionalna struktura zaposlenih u CZMZ

Broj stanovnika	320.000						
Profesionalci u CZMZ	Psijhijatri/neuropsijhijatri	Specijalizacija iz psijhijatrije	Psijholozi	Socijalni radnici	Defektolozi i logopedi	Medicinske sestre/tehničari	Ostali
Ukupno	8	1	8	3	3	22	1
Ukupno zaposlenih u CZMZ	46						

Iako postojeći broj timova **zadovoljava važeće standarde** za formiranje – osnivanje centara za zaštitu mentalnog zdravlja u okvirima domova zdravlja (50000 stanovnika), veći dio profesionalaca je mišljenja da je opterećeno sveukupnim brojem korisnika usluga mentalnog zdravlja, što može da vodi bržem profesionalnom sagorijevanju.

Najveći broj centara za zaštitu mentalnog zdravlja (85,7%) je mišljenja da je **nedovoljno obučeni i opremljeni za adekvatan rad** sa korisnicima koji pate radi shizofrenije, a samo jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja (14,3%) navodi da ima zadovoljavajući stepen opremljenosti i dovoljna znanja za rad sa ovom populacionom grupom. **Potrebe** većeg broja centara za zaštitu mentalnog zdravlja koji nemaju dovoljno obučeniosti i opremljenosti su različite i najzastupljenije su potrebe za **specifičnim edukacijama** vezanim za osobe sa shizofrenijom, pojedinih članova tima (grupna psihoterapija, radno-okupaciona terapija, motivacija pacijenata, psihoedukacija), **povećanjem broja zaposlenih** (socijalni radnici, članovi mobilnih timova) i

dijelom opreme (vozila za terenske-kućne posjete, oprema, materijal za radno-okupacionu terapiju)

II. KORISNICI I ČLANOVI NJIHOVIH PORODICA

Tabela 3. Korisnici CZMZ sa psihotičnim poremećajima

	Ukupan broj registrovanih korisnika u CZMZ	Broj korisnika sa psihotičnim poremećajem (MKB F20-F29)	Polna i starosna struktura				
			Ž	M	Godine starosti		
					18-29	30-59	>60
Ukupno	9276	1229	585	633	63	818	330

U Tabeli 3 vidljivo je da je ukupan **broj** registrovanih korisnika u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja 9276 što predstavlja 2,9% ukupnog broja stanovnika. Od toga je **13,25%**, odnosno **1229 osoba koje pate radi shizofrenije** i sličnih oboljenja. Broj oboljelih od psihotičnih poremećaja je 0,39% od ukupnog broja stanovnika. Ovde se treba napomenuti da u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja nemaju podatke o svim korisnicima sa psihotičnim poremećajima jer ne postoje načini ili mogućnosti da se svaka osoba javlja i registruje u centar za zaštitu mentalnog zdravlja kojem pripada (kulturološki milje i stigma se smatraju najvećim preprekama u potpunom uvidu u broj oboljelih u svakoj opštini, ali su nepotpuni podaci i radi uništene medicinske dokumentacije – medicinski kartoni/dosjeji pacijenata, iza poplava tokom 2014. godine, koja se još obnavlja).

Među oboljelima od psihotičnih poremećaja neznatno je veći broj muškaraca (633 ili 51,5%) od žena (585 ili 48,5%). Najveći broj oboljelih je iz grupe **srednje životne dobi** (818 ili 66,55%), dok ih je najmanje među mladim osobama (63 ili 5,12%).

Socio-ekonomske prilike korisnika sa psihotičnim poremećajima (Tabela 4) svih centara za zaštitu mentalnog zdravlja koji su dostavili podatke (5 centara za zaštitu mentalnog zdravlja sa 892 korisnika) su **teške i nezavidne**. Jako mali broj ih je zaposleno (58 ili 6,5%), najveći broj njih nema primanja (313 ili 35,08%), dok ih značajan broj ima niska (penzija, 303 ili 33,97%) ili veoma niska primanja (261 ili 24,45%). Najveći broj osoba sa shizofrenijom živi sa svojom porodicom (707 ili 79,26), dok ostali žive uglavnom sami ili nemaju porodicu, a 4 korisnika su navedeni kao beskućnici. Ovakvi socio-ekonomski podaci su dodatni potencijalni rizici za same oboljele, ali i dodatna psihosocijalna opterećenja porodica u kojima oboljeli žive, odnosno cjelokupne zajednice čiji su članovi oboljeli, bilo da žive sa svojim porodicama, sami – odvojeni od porodice ili nemaju članova porodice.

	Broj registrovanih korisnika sa psihotičnim poremećajem (MKB F20-F29)	Ekonomske prilike				Žive sami	Bez porodice	Beskućnici
		Posao	Penzija	Druga primanja (invalidnine, TNJP)	Bez primanja			
Ukupno	892	58	303	261	315	159	22	4

Tabela 4. Socio-ekonomske prilike korisnika CZMZ sa psihotičnim poremećajima

Susrete i rad sa korisnicima koji imaju psihotične poremećaje imaju **svi članovi timova** centara za zaštitu mentalnog zdravlja, u različitim omjerima (Tabela 5). Najveći broj sati sa njima tokom radne sedmice od 40 sati imaju medicinske sestre/tehničari (između 4 i 30 sati), a najmanje psiholozi (između 1 i 10 sati). Rad sa psihotičnim bolesnicima tokom radne nedelje psihijatri obavljaju između 4 i 20 sati. U centrima za zaštitu mentalnog zdravlja gdje su u timu i socijalni radnici (42,85% ili 3 centra), oni sa oboljelima od shizofrenije rade između 6 i 30 sati sedmično, a samo jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja (14,28%) ima defektologa, koji je sa korisnicima koji imaju psihotični poremećaj nedeljno 30 sati.

Tabela 5. Prosječan broj radnih sati članova tima CZMZ u radu sa oboljelima od psihotičnih poremećaja

Broj oboljelih od psihotičnih poremećaja	1229
Profesionalci mentalnog zdravlja (46)	Prosječan broj sati nedeljno u radu sa osobama sa psihotičnim poremećaja (40)
Psihijatri/neuropsihijatri	11.8
Psiholozi	4.5
Medicinske sestre/tehničari	20.71
Socijalni radnici (3 CZMZ)	17.35
Defektolog (1 CZMZ)	30

U centrima za zaštitu mentalnog zdravlja **svi profesionalci aktivno učestvuju u radu** sa osobama sa psihotičnim poremećajima iz svojih domena profesionalnih kompetencija i edukacije, kao i dodatnih edukacija. One obuhvataju dijagnostikovanje i tretman oboljelih (psihofarmakoterapija, individualne i grupne psihoterapije, radno-okupaciona i rekreativna terapija, kućne posjete, psihoedukativni rad, pomoći kod ostvarivanja određenih prava, koordinisana briga, socioterapija, i druge). Ukupan broj korisnika sa kojima radi neki od članova tima u ovim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja barem **dva puta mjesečno je 350** (28,48% od ukupnog broja registrovanih korisnika sa psihotičnim poremećajima).

Iz dobijenih podataka moguće je zaključiti da u svakom centru za zaštitu mentalnog zdravlja svi članovi tima odvajaju značajno veliki dio vremena za sve korisnike sa psihotičnim poremećajima tokom svog rada i da postoji kontinuitet liječenja i praćenja oporavka, kao i rehabilitacije značajnog broja oboljelih od shizofrenije u samom centru za zaštitu mentalnog zdravlja, a dijelom i u kućnom okruženju oboljelih.

Saradnja članova tima sa članovima porodica postoji u najvećem broju opština/gradova, dok u dva centra za zaštitu mentalnog zdravlja (28,57%) ne postoji bilo kakav vid saradnje sa članovima porodice, što je rezultat predrasuda i stigmatizacije oboljelog člana porodice (jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja) ili nedovoljne edukovanosti članova tima za rad sa porodicama oboljelih (jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja). U ostalim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja (71,43%) svi članovi tima su aktivno uključeni u rad sa članovima porodica korisnika sa psihotičnim poremećajima, uglavnom kroz kućne posjete, psihoedukativni rad, podršku, pomoć u ostvarenju prava korisnika i radom na destigmatizaciji oboljelog člana porodice. U tim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja saraduju sa članovima porodica 293 osobe oboljele od psihotičnih poremećaja (32,85%).

Ipak, u svim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja članovi tima su mišljenja da oboljeli od psihotičnih poremećaja **nemaju** dovoljnu podršku članova svoje porodice. Razlozi za to, po mišljenju profesionalaca iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja, su brojni i predstavljeni su u Tabeli 6.

Tabela 6. Nedovoljna podrška porodice

Razlozi izostanka podrške porodice svom oboljelom članu
Predrasude i stigma
Nerazumijevanje prirode/ nepoznavanje bolesti
I sami imaju određenih primarnih ili sekundarnih poteškoća
Stid
Loš socio-ekonomski status
Loši odnosi u porodici
Nezainteresovanost
Prebacivanje odgovornosti
Institucionalna marginalizacija
Iscrpljeni kapaciteti za pomoć (hronična bolest)
Stav porodice da se pacijentima ne može pomoći
Nepoverenje pacijenata prema članovima porodice

III. SARADNJA

U ovome segmentu ispitivani su modeli uopštenog stepena saradnje centara za zaštitu mentalnog zdravlja sa drugim institucijama i organizacijama civilnog društva koje u svome radu imaju i kontakte radi zadovoljavanja različitih potreba osoba sa mentalnim poremećajima, uz posebne osvrte na načine zajedničke saradnje kada se radi o osobama koje pate radi shizofrenije i srodnih oboljenja iz spektra psihotičnih poremećaja. Sa druge strane, ispitivani su načini konkretne saradnje sa drugim službama unutar domova zdravlja oko brige za sveukupno zdravlje oboljelih od psihotičnih poremećaja, te načini uspostavljene saradnje sa korisničkim inicijativama u lokalnoj zajednici, ukoliko one postoje.

Tabela 7. Status ustanova

	Akreditacija	Sertifikacija	Akreditacija i sertifikacija	Bez
CZMZ (7)	2	2	1	2
DZ (2)	-----	Nema podataka	-----	Nema podataka

U skladu sa važećim zakonskim odredbama o obaveznosti sertifikovanja zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj i Federaciji Bosne i Hercegovine, kao temelja uspostavljanja **standarda kvaliteta pruženih usluga**, 4 centra za zaštitu mentalnog zdravlja (50%) su **sertifikovana** u sklopu sertifikacije domova zdravlja kojima pripadaju, dok su 3 centra za zaštitu mentalnog zdravlja (42,85%) dobili i status **akreditovanih** centara za zaštitu mentalnog zdravlja, što predstavlja dodatni, viši stepen specijalizovanih standarda za podizanje kvaliteta pruženih usluga u centru za zaštitu mentalnog zdravlja. Dva centra za zaštitu mentalnog zdravlja (25%) nisu ni akreditovani ni sertifikovani do perioda u kome je obavljena ova Analiza, dok iz dva doma zdravlja koji nemaju registrovane centre za zaštitu mentalnog zdravlja nismo dobili relevantne podatke o sertifikaciji zdravstvene ustanove (Tabela 7).

Svi akreditovani centri za zaštitu mentalnog zdravlja imaju uspostavljenu formalnu **intersektorsku saradnju** sa svim institucijama i organizacijama u lokalnoj zajednici, prema važećim standardima. Sa druge strane, **veoma je važno napomenuti** da su i sertifikovani centri za zaštitu mentalnog zdravlja, kao i oni koji nisu još uvijek prošli proces sertifikacije i/ili akreditacije, ali i domovi zdravlja u kojima ne postoje centri za zaštitu mentalnog zdravlja uspostavili djelomičnu ili potpunu saradnju sa institucijama (uglavnom) ili ponekom od organizacija (u manjem broju) u svojim lokalnim zajednicama. Saradnja je **formalizovana** kroz međusobno potpisane protokole ili memorandume o saradnji, a zasniva se na redovnim intersektorskim sastancima u određenim vremenskim intervalima (pojedinačni ili zajednički sa potpisnicima protokola/memorandum o saradnji), redovnoj

telefonskoj i/ili pismenoj komunikaciji, a u nekim lokalnim zajednicama i organizovanjem okruglih stolova i zajedničkim preventivno-promotivnim aktivnostima iz oblasti mentalnog zdravlja. U svim zajednicama (100%) formalizovana je saradnja sa centrima za socijalni rad, policijskim službama, te školama, u većini od njih (85,71%) i sa opštinskim/gradskim upravama, a u manjem broju sa sudstvom, tužilaštvom, psihijatrijskim bolnicama/odjeljenjima kojima gravitiraju, nevladinim sektorom, vjerskim ustanovama i drugima (između 10 i 30%). Ovi rezultati ukazuju na **dobru vidljivost** centara za zaštitu mentalnog zdravlja u lokalnim zajednicama, dajući kontinuirane mogućnosti njihovog aktivnog djelovanja u pravcu redukcije stigmatizujućih stavova prema osoba sa mentalnim poremećajima, ali i radu na prevenciji mentalnih poremećaja. Dosadašnju saradnju centri za zaštitu mentalnog zdravlja i domovi zdravlja koji nemaju uspostavljene centre za zaštitu mentalnog zdravlja ocjenjuju uglavnom kao **donekle zadovoljavajćom** (66,67%), a u manjem broju **zadovoljavajućom** (33,33%). Nijedna zajednica ne iskazuje nezadovoljstvo ali ni apsolutno zadovoljstvo uspostavljenom intersektorskom saradnjom (Tabela 8). To daje **mogućnosti za kontinuirano unapređenje intersektorske saradnje**, koja treba uvijek ići u korist oboljelih od duševnih poremećaja.

Tabela 8. Zadovoljstvo intersektorskom saradnjom

Zadovoljstvo	Nezadovoljni	Donekle zadovoljni	Zadovoljni	Veoma zadovoljni
CZMZ (7)	0	5	2	0
DZ (2)	0	1	1	0
Ukupno (9) (100 %)	0 (0%)	6 (66,67%)	3 (33,33%)	0 (0%)

Kada se radi o **specifičnim načinima intersektorske saradnje** centara za zaštitu mentalnog zdravlja koji se odnose na osobe sa psihotičnim poremećajima, one se zasnivaju na prethodno pomenutim uspostavljenim oblicima saradnje, te se u skoro svim zajednicama koje imaju centre za zaštitu mentalnog zdravlja, ali i domovima zdravlja u kojima nema centra za zaštitu mentalnog zdravlja, provode putem potpisanih protokola/memoranduma o saradnji, razmjenom informacija o korisnicima i njihovim potrebama i korištenjem postojećih resursa (npr., zajednički terenski rad). U samo jednom centru za zaštitu mentalnog zdravlja (11,11%) navode da ne postoji gotovo nikakva saradnja u vezi zajedničkog rada između institucija u zajednici koje bi bile specifično usmjerene prema zadovoljavanju potreba oboljelih od shizofrenije. Obzirom na ranije prikazane rezultate zadovoljstva intersektorske saradnje, centri za zaštitu mentalnog zdravlja i domovi zdravlja bez centra za zaštitu mentalnog zdravlja daju i **konkretne prijedloge mogućih puteva daljeg unapređenja saradnje**, usmjerenih ka poboljšavanju kvaliteta usluga koje pružaju osobama sa shizofrenijom, a koji su **heterogeni** i obuhvataju: podršku zaposlenju oboljelih, uključivanje oboljelih u aktivnosti u zajednici ili volonterski rad, opsežnija finansijska

podrška oboljelima, obzirom na ranije prikazane rezultate težih ili teških prilika u kojima se nalaze oboljeli, potrebu dugoročnih rješenja opštih ili specifičnih potreba korisnika (zagovaranje podrške pravima oboljelih ili veći angažman nevladinih organizacija u lokalnim zajednicama).

Osim jednoga (14,28%), svi ostali centri za zaštitu mentalnog zdravlja imaju **zadovoljavajuću ili dobru saradnju sa službama domova zdravlja** kojima pripadaju kada se radi o grupi korisnika sa shizofrenijom. Prevažodno je to sa službama porodične medicine i hitne medicinske pomoći, ali saradnja, prema iskazanim ili procijenjenim potrebama korisnika, se adekvatno ostvaruje i prema drugim specijalizovanim službama unutar domova zdravlja (ginekološka, rentgenološko-dijagnostička, stomatološka, laboratorijska, i druge). To govori o **brizi svih zdravstvenih službi u ustanovama primarne zdravstvene zaštite** u lokalnim zajednicama oko cjekupnog psihofizičkog zdravlja oboljelih od shizofrenije i srodnih oboljenja. Timovi centara za zaštitu mentalnog zdravlja održavaju sastanke sa timovima porodične medicine u redovnim intervalima (mjesečno ili rjeđe), kada razmjenjuju informacije o zajedničkim korisnicima koji imaju shizofreniju, redovno obavljaju planirane interne edukacije drugih zdravstvenih profesionalaca u svojim ustanovama iz oblasti mentalnog zdravlja i daju pravovremene prijedloge za redovni screening parametara fizičkog zdravlja, u skladu sa važećim preporukama. Iz dobijenih podataka može se reći da je **intrasktorska saradnja** u značajno velikom broju sredina koje imaju centre za zaštitu mentalnog zdravlja **na zavidnom profesionalnom nivou**, čime se i ostvaruju preporuke iz strateških dokumenata u oblasti mentalnog zdravlja o zdravstveno-populističkom pristupu u radu sa osobama sa mentalnim poremećajima.

U samo **dvije lokalne zajednice** (22,22%) postoje **registrovana udruženja korisnika**. Centri za zaštitu mentalnog zdravlja u tim zajednicama aktivno doprinose radu i razvoju korisničkih inicijativa, kroz volonterski rad profesionalaca u udruženjima korisnika, stalnim podsticanjem redovnih korisnika da se uključe u rad udruženja, kao dijelu pozitivnih rehabilitacionih aktivnosti i podrške postignutom oporavku. Jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja ima i formalno uspostavljene i definisane odnose sa korisničkim udruženjem (memorandum o saradnji). Prijedlozi daljeg unapređenja saradnje sa korisničkim udruženjima koje daju centri za zaštitu mentalnog zdravlja u sredinama koje imaju korisnička udruženja su različiti i iskazuju aktuelne potrebe i stepene razvijenih međusobnih odnosa, ali i aktivnosti postojećih udruženja. Tako su u *jednom* centru za zaštitu mentalnog zdravlja mišljenja da je potrebno da se sagleda šira uloga korisničkog udruženja sa njegovim benefitima po oboljele obezbjeđivanjem **adekvatnih prostorija za rad udruženja**, uz kontinuitet podrške materijalnim **troškovima** potrebnih za rad udruženja (režijski troškovi, troškovi održavanja, i slično), dok u drugom centru za zaštitu mentalnog zdravlja žele uspostaviti formalnu saradnju potpisivanjem **memoranduma o saradnji**. Podatke o mogućim načinima saradnje sa postojećim ili prijedloge o načinima podsticanja korisnika za formiranje korisničkih udruženja u vlastitim lokalnim zajednicama nismo dobili. Obzirom da postoje pozitivna iskustva rada korisničkih udruženja i saradnje centara za zaštitu mentalnog zdravlja sa njima, trebalo bi ih iskoristiti i u drugim lokalnim zajednicama ili uspostaviti saradnju sa postojećim udruženjima korisnika i osobe sa psihotičnim poremećajima iz sredina koje nemaju korisničke inicijative podsticati za uključivanje u postojeće, kao dio kontinuiteta oporavka oboljelih.

IV. ZAŠTIĆENO STANOVANJE

Kao dio priprema za dobijanje podataka za izradu ove Analize, predstavnici centara za zaštitu mentalnog zdravlja i domova zdravlja koji nemaju centar za zaštitu mentalnog zdravlja kroz edukativni ciklus dobili su adekvatne i dovoljne informacije i materijale o pojmu zaštićenog stanovanja lica sa psihotičnim poremećajima u malim kućnim zajednicama, kao dio kontinuiteta rehabilitacije i oporavka te populacione grupe, što značajno utiče na podsticanje korištenja preostalih kapaciteta ličnosti i sveukupni kvalitet života oboljelih.

U svim centrima za zaštitu mentalnog zdravlja i domovima zdravlja koji nemaju centre za zaštitu mentalnog zdravlja (100%) su mišljenja da bi male kućne zajednice po tipu zaštićenog stanovanja trebalo da **postoje u lokalnim zajednicama**, kao najpovoljnije i najpraktičnije rješenje. Niko od ispitivanih učesnika nije smatrao da te male zajednice treba da budu u drugom gradu ili da nije potrebno da se formiraju. Na taj način iskazana je potreba zdravstvenog sektora za postojanje ovoga načina produženog liječenja vaninstitucionalnog karaktera.

Iz 7 opština/gradova (77,77%) navodi se da postoje **potencijalni korisnici** sa shizofrenijom koji bi bili uključeni u male kućne zajednice po tipu zaštićenog stanovanja. Procijenjeni ukupan broj oboljelih koji koriste usluge centara za zaštitu mentalnog zdravlja i domova zdravlja bez centra za zaštitu mentalnog zdravlja, a bili bi stanovnici ovih specifičnih stambenih jedinica se kreće između **65 i 80** (najmanje 3 a najviše 20, prosiječno 11), bilo da žive sa porodicom, sami ili nemaju porodicu sa kojom bi održavali veze. Ukupan broj trenutno potencijalnih korisnika ove vrste zbrinjavanja osoba sa shizofrenijom je **vjerovatno veći**, jer iz jednog centra za zaštitu mentalnog zdravlja nismo dobili ovaj podatak, a u jednom centru za zaštitu mentalnog zdravlja su mišljenja da je potrebna dodatna analiza među korisnicima sa psihotičnim poremećajima koji su smješteni u ustanove sa produženim boravkom, onih koji žive sami i osoba koje nemaju podršku porodice (navodi se broj od ukupno 73 korisnika). Ovakva procjena govori u prilog mogućnostima za razmatranje formiranja većeg broja zaštićenih oblika stanovanja u svim lokalnim zajednicama osoba sa shizofrenijom, obzirom na značajan broj potencijalnih korisnika koji bi živjeli u tim zajednicama (oko 10%).

Svi centri za zaštitu mentalnog zdravlja i domovi zdravlja bez centra za zaštitu mentalnog zdravlja smatraju da bi mogli **doprinijeti podršci osoba sa shizofrenijom koji žive u zaštićenoj kući/stanu** u lokalnoj zajednici uglavnom pružanjem **stručno-medicinskih usluga** van centra za zaštitu mentalnog zdravlja kroz angažman zdravstvenih i mentalno-zdravstvenih profesionalaca u okvirima njihovih kompetencija. S druge strane, jedan od akreditacionih standarda za centre za zaštitu mentalnog zdravlja je i saradnja i rad sa korisnicima koji koriste oblike zaštićenog stanovanja kada oni postoje u lokalnoj zajednici u kojoj je aktivan i centar za zaštitu mentalnog zdravlja. **Ostali načini podrške** zaštićenom stanovanju bili bi kroz zagovaranja u lokalnoj zajednici za održivost zaštićene kuće/stana, razvoj servisa podrške van centra za zaštitu mentalnog zdravlja u lokalnoj zajednici (poput tima za podršku oboljelima u zaštićenoj kući/stanu ili socio-ekonomski monitoring lokalnih institucija), podršku plasmanu proizvoda iz tih malih kućnih zajednica ili podršku zaposlenju ukućana u lokalnoj privredi u različitom stepenu. Ovo pokazuje spremnost zdravstvenih i mentalno-zdravstvenih profesionalaca za **aktivnu podršku** oporavku oboljelih kroz vaninstitucionalni pristup –

rehabilitaciji u zajednici. Ovde treba napomenuti da jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja ima iskustva po ovim pitanjima radi ranijeg postojanja zaštićenog stana u trajanju od 14 godina. Sa druge strane, u jednoj lokalnoj zajednici kontinuirano djeluje jedna zaštićena kuća, ali se ne napominju načini konkretne podrške tima centra za zaštitu mentalnog zdravlja ukućanima i održivosti zaštićene kuće, vjerovatno i iz razloga što ta stambena jedinica funkcioniše u okvirima zdravstvene ustanove sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite. Ipak, pozitivna iskustva, odnosno aktuelne prilike na terenu pomenutih centara za zaštitu mentalnog zdravlja mogu biti odlični temelji za razvijanje pozitivnih smjernica za podršku novim jedinicama zaštićenog stanovanja u tim ili opštinama/gradovima u kojima nemaju takvu vrstu iskustava.

Po mišljenju svih centara za zaštitu mentalnog zdravlja i domova zdravlja koji nemaju centar za zaštitu mentalnog zdravlja, **članovi porodica oboljelih od psihotičnih poremećaja treba da imaju značajnu ulogu** u procesima vezanim za stanovanje njihovog oboljelog člana u maloj kućnoj zajednici po tipu zaštićenog stanovanja. Svi su mišljenja da porodica treba da nastavi ili da nauči kako da pruža podršku svojim rođacima koji imaju shizofreniju, tokom cjelokupnog procesa uključivanja u proces zaštićenog stanovanja na više **predloženih načina**: učešće u procesu rehabilitacije i resocijalizacije, kroz redovne posjete zaštićenoj kući/stanu, obezbjeđivanje dijela finansijske podrške, pomoć oko nabavke dijela prehrambenih namirnica ili odjeće i obuće, održavanje i učvršćivanje ili poboljšavanje emocionalnih veza sa oboljelim članovima porodice. Jedan centar za zaštitu mentalnog zdravlja je mišljenja da porodica oboljelih treba da bude aktivni *zagovarač prava* svog oboljelog člana u lokalnoj zajednici, dok u jednom centru za zaštitu mentalnog zdravlja predlažu da porodice budu aktivni participanti u planiranju, pripremi i eventualnim procesima *povratka* korisnika sa shizofrenijom iz zaštićene kuće/stana u svoju porodicu. Ovakvi stavovi profesionalaca u zdravstvenom/mentalno-zdravstvenom sektoru uticali bi na promjenu ranije opisanih razloga radi kojih zaposleni u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja smatraju da oboljeli od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja nemaju dovoljno razumijevanja ili podrške članova svojih porodica.

Tabela 9. Finansiranje zaštićenog stanovanja

Vlastito finansiranje	DA (%)	NE (%)
CZMZ (7 ili 77,78%)	5 (71,42%)	2 (28,58%)
DZ (2 ili 22,22%)	1 (50%)	1 (50%)
Ukupno (9 ili 100%)	6 (66,67%)	3 (33,33%)

Kao što je vidljivo iz Tabele 9, većina centara za zaštitu mentalnog zdravlja (71,42%) je mišljenja da je potrebno da model zaštićenog stanovanja treba imati **vlastito, odnosno nezavisno finansiranje**, sa čime se slaže i jedan dom zdravlja koji nema formiran centar za zaštitu mentalnog zdravlja. Samo dva centra za zaštitu mentalnog zdravlja (28,58%) nisu mišljenja da je potrebno da ovi modeli rehabilitacije u zajednici treba da budu nezavisno finansirani, sa čime se slaže i drugi dom zdravlja bez centra za zaštitu mentalnog zdravlja. Osim jednog centra za zaštitu mentalnog zdravlja, koji je mišljenja da samostalno finansiranje zaštićene kuće/stana nije u

praksi održivo “u cijelosti”, već treba biti “na nekom višem nivou”, detaljnije obrazloženje datih odgovora iz ostalih centara za zaštitu mentalnog zdravlja i domova zdravlja koji nemaju centar za zaštitu mentalnog zdravlja nismo dobili. Ipak, moguće je zaključiti da centri za zaštitu mentalnog zdravlja uglavnom **prepoznaju i podržavaju** potrebu za održivim i nezavisnim finansiranjem modela zaštićenog stanovanja u lokalnoj zajednici, bez šire elaboracije ovog pitanja.

B. CENTRI ZA SOCIJALNI RAD

Od 12 centara za socijalni rad u opštinama/gradovima veće regije u Bosni i Hercegovini, uključenim u projekat oko inicijative za formiranje malih kućnih zajednica u lokalnim zajednicama po tipu zaštićenog stanovanja za osobe koje žive sa shizofrenijom i shizofreniji sličnim oboljenjima, rezultati analize stanja u lokalnim zajednicama obuhvataju odgovore centara za socijalni rad iz **8 opština/gradova**, odnosno **značajne većine (66,67%)**, koji su poslali relevantne podatke u specifično načinjenom upitniku za potrebe ove Analize.

Slično kao kod upitnika za centre za zaštitu mentalnog zdravlja/domove zdravlja, upitnik je podijeljen u **4 dijela** koji obuhvataju strukturu/organizaciju centara za socijalni rad, saradnju/rad sa licima koja imaju psihotične poremećaje i članovima njihovih porodica, intersektorsku saradnju sa naglaskom na zajednički rad sa drugim lokalnim institucijama i organizacijama sa ovim populacionim grupama, te informisanost, kapacitete i mogućnosti centara za socijalni rad u vezi zaštićenog stanovanja.

I. STRUKTURA

Broj stanovnika koje pokriva 8 centara za socijalni rad iz kojih su dobijeni odgovori je oko **240000**, dok broj osoba koje su registrovane kao korisnici usluga koje pružaju centri za socijalni rad u svojim lokalnim zajednicama navode samo 2 opštine (25%) i on ne može biti pretpostavljen ili korišten kao pouzdan podatak. Ovde treba **napomenuti** da odgovori o broju stanovnika nisu dobijeni iz dvije veće i dvije manje lokalne zajednice, ali je broj stanovnika koje pokriva većina centara za socijalni rad iz ove regije većinski u odnosu na pretpostavljeni ukupni broj stanovnika u cijeloj regiji (oko 400000).

U Tabeli 10 prikazan je odnos ukupnog broja stanovnika prema broju zaposlenih svih profesionalnih/stručnih kvalifikacija u 8 centara za socijalni rad u opštinama ove regije.

Tabela 10. Struktura zaposlenih u CSR

Broj stanovnika	240.000						
Profesionalci u CSR	Socijalni radnici	Psiholozi	Diplomirani pedagog-psiholog	Pravnik	Defektolog	Pedagog	Ostali
Ukupno	24	6	2	11	1	3	5
Ukupno zaposlenih u CSR	52						

Uočljiv je mali broj psihologa u odnosu na broj stanovnika, ali je primjetan relativno zadovoljavajući broj socijalnih radnika i veći broj pravnika. Stručne timove centara za socijalni rad čine različiti profesionalci, u skladu i sa važećim pravilnicima, ali i sistematizacijama radnih mjesta u centrima za socijalni rad.

Stručnjaci iz sedam centara za socijalni rad (87,5%) navode da **imaju iskustva u radu** s osobama koje boluju od psihotičnih poremećaja, a najveći dio njih (iz 6 ili 85,7%) smatraju da su i **dovoljno edukovani** za rad s ovom grupom korisnika, u skladu sa nadležnostima koje imaju kao ustanove socijalne zaštite. Jedan centar za socijalni rad (14,3%) navodi da, iako ima iskustva svakodnevne prakse u radu sa oboljelima od shizofrenije, **nema dovoljnih ili potpunih znanja** koja bi im koristila za bolje prepoznavanje potencijalnih korisnika, uspostavljanje adekvatnije komunikacije sa njima ili rada na projektima kojima bi se unaprijedio i socijalni aspekt u kvalitetu života ovih osoba. Iz tog razloga u ovom centru za socijalni rad su mišljenja da bi bile potrebne i korisne dodatne i specifične obuke svih zaposlenih u timu centra za socijalni rad, za šta iskazuju motivaciju (poput predavanja, seminara i sličnih načina), uz obezbjeđivanje vozila za terenske posjete oboljelima, kao i bolju povezanost sa zdravstvenim ustanovama i policijskim službama u zajednici, a radi postizanja navedenih unapređenja u radu sa osobama koje imaju psihotične poremećaje iz spektra shizofrenije.

U samo **jednom** centru za socijalni rad (12,5%) **nemaju nikakvih iskustava** u radu sa oboljelima od shizofrenije, kada se navodi da bi radi adekvatne identifikacije potencijalnih korisnika ili preduzimanja pravovremenih ili preventivnih koraka trebalo da socijalni radnici zaposleni u tom centru za socijalni rad imaju prethodne adekvatne treninge.

II. KORISNICI I ČLANOVI NJIHOVIH PORODICA

Podaci o broju registrovanih korisnika usluga centara za socijalni rad sa psihotičnim poremećajima dobijeni su iz većine opština koje su poslale odgovor na upitnike načinjene za ovu Analizu (sedam ili 87,5%) i prikazani su u Tabeli 11. Ukupan broj registrovanih korisnika ove kategorije na području sedam opština (aproksimativni broj stanovnika je oko 200000) iznosi **344 ili 0,17%**, što predstavlja nešto nižu zastupljenost od očekivane. Među registrovanim korisnicima centara za socijalni rad u tim opštinama neznatno je veći broj **muškaraca** (52,03%) od **žena** (47,97%). Ove podatke poslalo je 6 CSR (75%). Najveći broj korisnika CSR je **srednje životne dobi** (30 - 59 godina, čak 89,81%), a najmanji je broj mladih korisnika starosti 18 – 29 godina (9,88%). Najveći broj korisnika sa psihotičnim poremećajima registrovanih u centrima za socijalni rad (podaci iz šest centara za socijalni rad), odnosno čak 72,22%, imaju **drugi izvor primanja** (uglavnom iz kategorije tuđe njege i pomoći, odnosno socijalnih davanja), a centri za socijalni rad, u skladu sa važećim propisima i nadležnostima, ne vode u svojim evidencijama nijednu zaposlenu osobu, pa ni one sa shizofrenijom. Sa porodicom živi 68,6% oboljelih evidentiranih u centrima za socijalni rad a od ostalih 2 osobe su označene kao beskućnici.

Tabela 11. Socio-demografski podaci korisnika CSR sa shizofrenijom

	Br. registrovanih	Starosna i polna struktura					Ekonomske prilike					Žive sami	Bez porodice	Beskućnici
		Ž	M	Godine starosti			Posao	Penzija	Druga primanja	Bez primanja				
				18-29	30-59	>60								
Ukupno /broj CSR-korisnika/	344 /7/	179 /7/	165 /7/	32 /6-324/	201 /6-324/	91 /6-324/	0 /6-324/	62 /6-324/	234 /6-324/	39 /6-324/	62 /7/	42 /7/	2 /7/	

Ovde je neophodno napomenuti da se podaci odnose samo na registrovane korisnike usluga centara za socijalni rad prema važećim propisima iz oblasti socijalne zaštite u najvećem dijelu regije za koju se radi Analiza i da je to veći broj od sveukupnog broja registrovanih osoba sa psihotičnim poremećajima u regiji. Potpuniji podaci iz jednog centra za socijalni rad nisu dostavljeni sa obrazloženjem: “Tačan broj korisnika sa psihotičnim poremećajima ipak nismo u mogućnosti dati zbog velikog broja korisnika prava na dodatak za pomoć i njegu drugog lica (oko 500), kao i prava na novčanu pomoć (300), koje nismo sada u mogućnosti revidirati. Među korisnicima koji koriste pravo na smještaj nalazi se troje lica sa psihijatrijskim dijagnozama (2 muškog i 1 ženskog pola), a pod starateljstvom su dvije muške osobe. Zbog toga ćemo se u daljem upitniku držati samo ovog broja – pet, iako je broj korisnika koji imaju psihotične smetnje veći.”

Zaposleni u centrima za socijalni rad su naveli da u okviru svojih poslova i nadležnosti, u **različitom obimu** rade s korisnicima koji imaju neki od psihotičnih poremećaja, a što zavisi od

uočenih potreba korisnika. Broj lica koji se obraćaju u centre za socijalni rad varira, te se rad sa ovom grupom korisnika u nekim centrima za socijalni rad kreće između **2 i 8 sati nedeljno**. **Svi stručni radnici** u timovima centara za socijalni rad, u okviru svojih poslova i nadležnosti, po procijenjenoj potrebi, rade sa licima koja boluju od shizofrenije. Načini rada obuhvataju različit spektar usluga koje pružaju stručni timovi centara za socijalni rad i prikazani su u Tabeli 12.

Tabela 12. Načini rada stručnog tima CSR sa oboljelima od shizofrenije

Oblik rada
Savjetodavni rad
Upoznavanje sa pravima iz socijalne zaštite, pomoć u objašnjavanju administrativnih procedura za ostvarivanje nekog prava
Pomoć i posredovanje u ostvarivanju prava po Zakonu o socijalnoj zaštiti
Godišnja revizija prava
Jačanje primarnih socijalnih mreža kroz pronalazak rodaka koji bi mogli pomoći korisniku u smislu praćenja stanja i pomoći za zadovoljavanjem životnih potreba
Psihosocijalni tretman
Procedure oduzimanja poslovne sposobnosti
Stavljanje pod starateljstvo
Saradnja sa nadležnim zdravstvenim ustanovama radi liječenja i smještaja u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu
Smještaj korisnika u socijalne ustanove
Regulisanje novčane pomoći

Kao što je vidljivo iz tabele, može se reći da stručni radnici centara za socijalni rad ipak obavljaju **širok spektar** intervencija ili poslova, koji su u njihovim nadležnostima da pomognu korisnicima sa shizofrenijom u zadovoljenju dijela socijalnog aspekta oporavka. Takođe je ispoljena **pozitivna motivisanost** za izlazak u susret oboljelima od shizofrenije u situacijama koje zahtijevaju intervenciju iz domena socijalne zaštite.

Manji broj centara za socijalni rad (dva ili 25%) nema **praksu susreta** sa svojim registrovanim korisnicima sa shizofrenijom van centra za socijalni rad (obilazak u kući korisnika). **Razlozi** koji su navedeni za to su **signifikantni za nepoznavanje prirode oboljenja** kakvo je shizofrenija i pristupima u rehabilitaciji oboljelih - da preporuke održavanog oporavka zahtijevaju biopsihosocijalne pristupe koristeći sve dostupne resurse zajednice. Tako u jednom centru za socijalni rad smatraju da mjesečne ili češće obilaskе registrovanim korisnicima sa psihotičnim korisnicima treba da obavljaju samo stručnjaci zaposleni u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja, dok su u drugom centru za socijalni rad naveli da “nema obaveze niti plana rada koji obavezuje stručne radnike da posjećuju, odnosno kako da rade sa licima sa psihotičnim smetnjama, **iz razloga što su u pitanju lica sa psihijatrijskim dijagnozama, te socijalni radnici ne obilaze te korisnike na terenu, osim po potrebi za reviziju, po prijavi i sl.**”, povezujući to sa striktnim zakonskim nadležnostima.

Ipak, ostala **većina** centara za socijalni rad (75%) navodi da **posjećuje mjesečno ili češće** između 6 i 20 korisnika, u sveukupnom broju **većem od 50** ili 15% od broja u centrima za socijalni rad registrovanih osoba sa shizofrenijom. Iako je ovaj broj dosta nizak u odnosu na sveukupni broj registrovanih korisnika usluga centara za socijalni rad koji imaju shizofreniju, ipak predstavlja **pozitivne primjere** potpunije brige i destigmatizujućeg pravca rada tih centara za socijalni rad prema oboljelima sa shizofrenijom i daje mogućnost za dalje unapređenje tog rada kroz povećavanje broja osoba koje bi se posjećivale van ustanove, a time i dobila potpunija slika o socijalnom aspektu oboljelih od shizofrenije.

Kada se radi o saradnji stručnih radnika centara za socijalni rad sa **članovima porodice** oboljelih od shizofrenije, ona se ostvaruje u **5** centara za socijalni rad (62,5%), sa značajno manjim brojem članova porodica oboljelih, svega oko 20, odnosno između jedne do 6 osoba u zavisnosti od centra za socijalni rad. Ta saradnja se najčešće ostvaruje tokom kućnih posjeta korisnicima sa shizofrenijom, ili rjeđe na drugačije načine: savjetodavnim radom, pomoći oko ostvarivanja prava iz domena socijalne zaštite i pomoći, dodjele novčanih sredstava, ali i davanjem informacija, a u nekim centrima za socijalni rad i podjelom štampanih materijala ili pomoći u uređivanju porodičnih odnosa. U manjem broju centara za socijalni rad (40%) u radu sa članovima porodica učestvuje samo pravnik, bilo redovno ili samo povremeno (kada se za to ukaže potreba), dok u ostalima (60%) učešće uzima kompletan stručni tim centra za socijalni rad. **Više od trećine** centara za socijalni rad (37,5%) **ne radi sa porodicama** oboljelih od shizofrenije.

Zaposleni u samo **jednom** centru za socijalni rad (14,28%) su mišljenja da **porodica pruža** dobru podršku svojim oboljelim članovima i iznosi stav da bi veći fokus trebalo da bude usmjeren na podršku porodici u kojoj živi osoba sa psihotičnim poremećajem, kao putu postizanja što boljeg kvaliteta života te osobe. Svi ostali centri za socijalni rad (85,72%) **ističu da porodica ne daje dovoljnu ili adekvatnu podršku oboljelom članu**, navodeći kao razloge za to slabo informisanje o bolesti i postojanje stigme prema duševnoj bolesti (najčešće stid ili strah od oboljelog), loše porodične odnose, slabe materijalne prilike ili hronični tok bolesti. Takvi stavovi zaposlenih u centrima za socijalni rad su vjerovatno proistekli i iz iskustva uključenosti značajno malog broja članova porodica u oporavak svojih članova zajedno sa stručnim radnicima centara za socijalni rad, prikazanih u prethodnom dijelu.

Svi centri za socijalni rad su imali iskustva u dosadašnjem radu koja se odnose na **institucionalno liječenje oboljelih**, a ono je vezano za njihove uloge u obezbjeđivanju uslova da se korisnici sa psihotičnim poremećajima liječe u zdravstvenim ustanovama u regiji. Svi centri za socijalni rad su naveli **ustanove sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite**, odnosno psihijatrijske klinike, bolnice i bolnička odjeljenja (u Modriči, Doboju, Tuzli, Sokocu i Vinkovcima) kao mjesta preporuke za liječenje osoba sa psihotičnim poremećajima za svoje korisnike. Primjetno je da **nisu** pomenute ustanove u lokalnim zajednicama (centri za zaštitu mentalnog zdravlja) kao ustanove mentalnog zdravlja za koje bi centri za socijalni rad davali preporuke svojim registrovanim korisnicima za liječenje.

Kada se radi o ulozi centara za socijalni rad u pomoći oboljelima oko **smještaja u ustanove produženog liječenja**, samo jedan centar za socijalni rad nema takvu vrstu iskustava, dok **većina** centara za socijalni rad (85,72%) **ima iskustva** u provođenju administrativnih procedura za smještaj oboljelih sa shizofrenijom u psihijatrijske ustanove za produženo liječenje (Modriča, Sokolac, Dobj-Istok, Bakovići, Tuzla i Fojnica). Ova vrsta rada sa oboljelima od shizofrenije je jedna od bitnih karika u obezbjeđivanju uslova za smještaj korisnika u takvu vrstu zdravstvenih ustanova, koje obezbjeđuju i mjere rehabilitacije i priprema za povratak u lokalnu zajednicu oboljelih nakon dužeg boravka u instituciji.

III. SARADNJA

Svi centri za socijalni rad su registrovani u skladu sa zakonskim propisima za obavljanje svoje djelatnosti. Zaposleni u centrima za socijalni rad ističu postojanje **kontinuirane saradnje** sa drugim javnim ustanovama/institucijama u lokalnim zajednicama (domovi zdravlja, centri za zaštitu mentalnog zdravlja koji pokrivaju mentalno-zdravstvenu zaštitu stanovnika u njihovim opštinama, vaspitno-obrazovne institucija, sudsko-tužilačke ustanove, policija, i druge), ali i organizacijama civilnog društva koje rade sa osobama sa mentalnim poremećajima u onim zajednicama u kojima one postoje. Najčešći oblici te saradnje su održavanje **periodičnih sastanaka** između zaposlenih u centrima za socijalni rad i predstavnika institucija i organizacija sa kojima saraduju, iako nije navedena učestalost održavanja takve vrste sastanaka. Drugi vid saradnje je **formalni**, zasnovan na potpisanim **protokolima/memorandima o saradnji** centara za socijalni rad i drugih institucija u skoro svim lokalnim zajednicama (85,7%), iako nije dobijen podatak sa kojim institucijama/organizacijama su ti memorandumi o saradnji potpisani, a sa kojima saradnja nije definisana tim vrstama dokumenata, kao ni koji su to konkretni oblici saradnje između centara za socijalni rad i drugih potpisnika memoranduma o saradnji. **Pozitivni nalaz** u okviru ove analize je da su svi centri za socijalni rad prepoznali potrebe međusobnog povezivanja sa drugim ustanovama i organizacijama u svojim sredinama i to formalizovali ili su na putu formalizacije saradnje kroz adekvatne dokumente sa različito definisanim obavezama svake od potpisnica, po svim pitanjima od važnosti za zajednicu i njeno stanovništvo. Na taj način centri za socijalni rad daju svoj doprinos i **brizi za oboljele od shizofrenije** i njihove članove porodice, kao ravnopravnim članovima zajednice u kojoj žive, a u skladu i okvirima svojih nadležnosti, ali i mogućnosti centara za socijalni rad. Sveukupno **zadovoljstvo** centara za socijalni rad ostvarenom saradnjom je **različito** (Tabela 13).

Tabela 13. Zadovoljstvo CSR saradnjom sa drugim institucijama/organizacijama

Zadovoljstvo	Nezadovoljni	Donekle zadovoljni	Zadovoljni	Veoma zadovoljni
CSR (8) (100 %)	0 (0%)	3 (37,5%)	2 (25%)	3 (37,5%)

Veoma pozitivno je da je **više od trećine centara za socijalni rad veoma zadovoljno saradnjom** sa drugim institucijama u lokalnoj zajednici, a rezultati zadovoljstva ostalih ne ukazuju na odsustvo volje za saradnjom ili manjkom želje za **daljim poboljšanjima i unapređenjima saradnje** centara za socijalni rad sa ostalima u lokalnoj zajednici. To se sigurno odražava pozitivno na saradnju i pomoć i osobama sa psihotičnim poremećajima, kao dijela rada stručnih radnika u centrima za socijalni rad zajedno sa ostalima, čime se podržava oporavak oboljelih i može uticati na kvalitet njihovog života.

Kada se radi o brizi o **osobama sa psihotičnim poremećajima**, centri za socijalni rad su mišljenja da **zajednička saradnja** treba biti intenzivna i kontinuirana. Iako postoje zajedničke poveznice oko brige o ovoj grupi stanovništva, ograničenja koja postoje u sadašnjim utvrđenim pravilima i zakonskim ovlaštenjima mogu biti određenom preprekom u pružanju potpunije/sveobuhvatnije brige o oboljelima od shizofrenije. Primjetno je da centri za socijalni rad **iskazuju volju za stalnom podrškom oboljelima** od psihotičnih poremećaja kao pozitivan trend koji bitno može uticati na destigmatizujući odnos prema oboljelima. Pored razmišljanja o usklađivanju postojećih zakonskih dokumenata iz oblasti mentalnog zdravlja u korist podsticajnijeg rada sa osobama sa shizofrenijom, jasnije definisane uloge svih subjekata brige i zaštite su zajednički imenitelj odgovora iz svih centara za socijalni rad. Tome bi pomogli zajednički protokoli o postupanjima u radu sa ovim licima. Postoji prepoznavanje i mogućeg razvijanja **modela zaštićenog stanovanja** korisnika sa psihotičnim poremećajima u lokalnim zajednicama, gdje bi opštinske uprave bile najvažniji faktor u administrativno-pravnom dijelu koji se odnosi na osnivanje i formiranje takvih zajednica, uz prethodne uticaje na zakonsku pripremu koja bi ta pitanja definisala. Uloge profesionalaca iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja bile bi u smjeru organizovanja terapijsko-rehabilitacionih aktivnosti kao dijela radnih zadataka psihologa i socijalnih radnika iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja (grupno-terapijske i okupaciono-radne, te socioterapijske aktivnosti), uz koordinaciju i rukovođenje psihofarmakološkim dijelom liječenja od strane psihijatarata, dok bi stručni timovi iz centara za socijalni rad (uglavnom socijalni radnici i psiholozi) pomagali korisnicima sa psihotičnim poremećajima oko ispitivanja i mogućnosti poboljšanja njihovih materijalnih prilika i radili na jačanju porodične podrške.

Centri za socijalni rad u tri opštine (37,5%) navode da postoje **udruženja osoba sa mentalnim poremećajima** u njihovim sredinama. U dvije opštine ostvaruju saradnju sa njima prevashodno

dajući preporuke svojim registrovanim korisnicima sa mentalnim poremećajima da se uključe u rad udruženja. Ipak, **ne dobija se utisak konkretne saradnje** u tim opštinama, negdje radi nepostojanja formalnih uspostavljenih odnosa ili obima posla u centrima za socijalni rad koji onemogućuju direktni angažman stručnih saradnika (iako u jednoj opštini uspijevaju da se uključe manjim dijelom kroz volonterski rad). Zaposleni u centrima za socijalni rad su mišljenja da treba održavati redovne sastanke sa predstavnicima udruženja i sticati uvid u njihove potrebe ili mogućnosti za aktivnosti u lokalnim zajednicama, ali im i pružati podršku edukovanjem njihovih članova iz oblasti vezanih za socijalna prava ili unapređenje socijalnih vještina. U ostalih pet opština gdje ne postoje korisničke inicijative, nisu dati prijedlozi mogućih oblika saradnje centara za socijalni rad sa takvim organizacijama u sredinama u kojima već postoje ili u slučajevima kada bi se formirale u lokalnim zajednicama. Ovakvi **rezultati** govore u prilog **određenom, mada ne značajnom**, stepenu razumijevanja potrebe postojanja korisničkih inicijativa u lokalnim zajednicama, **manjem** stepenu razumijevanja njihovih uloga, kao i o **prosječnom** interesu za aktivniju saradnju sa njima kroz konkretne zajedničke aktivnosti.

IV. ZAŠTIĆENO STANOVANJE

Kao dio priprema za dobijanje podataka za izradu ove Analize, predstavnici centara za socijalni rad kroz edukativni ciklus dobili su adekvatne i dovoljne informacije i materijale o pojmu zaštićenog stanovanja lica sa psihotičnim poremećajima u malim kućnim zajednicama, kao dijela kontinuiteta rehabilitacije i oporavka te populacione grupe, što značajno utiče na podsticanje korištenja preostalih kapaciteta ličnosti i sveukupni kvalitet života oboljelih.

Mišljenja o **lokaciji** zaštićene kuće/stana su različita, ali ipak najveći broj centara za socijalni rad (75%) smatra da bi one trebalo da budu **u lokalnoj zajednici**, dok su u jednom centru za socijalni rad (12,5%) mišljenja da to treba da bude **u nekom drugom gradu/opštini**, iz razloga nedovoljnog broja lica koja bi koristila ovaj vid vaninstitucionalne rehabilitacije. Odgovor iz jednog centra za socijalni rad (12,5%) nije dobijen, vjerovatno iz razloga što u njihovoj sredini postoji ovaj model stanovanja osoba sa shizofrenijom. Ono što je **karakteristično i pozitivno** je da nijedan centar za socijalni rad nije naveo da zaštićeno stanovanje nije model koji se preporučuje, odnosno da nije potreban u opštini u kojoj neki od centara za socijalni rad postoje, što je i u skladu sa željom i postojećim aktivnostima većine centara za socijalni rad u radu sa oboljelima od psihotičnih poremećaja.

Centri za socijalni rad su spremni da **pruže podršku radu** zaštićene kuće/stana i osobama sa shizofrenijom koje bi u njima živjele, uglavnom iz domena sadašnjih nadležnosti: ispitivanje materijalnih prilika, jačanje porodične podrške i veza, pomoć u ostvarivanju prava iz domena socijalnih prava/zaštite, posredovanja ili posjetama stručnih radnika centara za socijalni rad jedinici zaštićenog stanovanja, dok su u jednom centru za socijalni rad naveli i podršku oko priprema za realizaciju formiranja zaštićene kuće/stana. U zajednici u kojoj postoji ovakav vid stanovanja spremni su da se uključe u podršku i saradnju sa ukućanima prema njihovim procijenjenim potrebama uz isticanje zakonskih ovlaštenja koje stručni radnici tog centra za socijalni rad imaju.

Aktuelni broj registrovanih korisnika usluga iz šest centara za socijalni rad (75%) za koje je procijenjeno da bi mogli biti **potencijalni stanovnici** zaštićene kuće/stana je između 1 i 14, u sveukupnom broju od **49**, što predstavlja oko 15% od ukupnog broja osoba sa shizofrenijom koje ti centri za socijalni rad imaju kao registrovane korisnike. Ovaj broj je vjerovatno i veći jer jedan centar za socijalni rad (12,5%) nije poslao ovaj podatak, a korisnici iz jednog centra za socijalni rad (12,5%) su trenutno smješteni u neku od ustanova za produženo liječenje i da bi za to trebalo načiniti dodatnu analizu i procjenu broja oboljelih od shizofrenije koji bi bili unutar okvira zbrinjavanja kroz model zaštićenog stanovanja.

U svim centrima za socijalni rad **prepoznala se potreba, ali i važna uloga članova porodice** oboljelih od psihotičnih poremećaja koji bi bili smješteni u zaštićenu kuću/stan. Ona je prevashodno usmjerena na stalnu podršku oboljelim članovima porodice koji žive u zaštićenoj kući/stanu, a pojedini centri za socijalni rad smatraju da bi možda uključivanje porodice trebalo biti i kroz pomoć u obavljanju dijela svakodnevnih aktivnosti uz održavanje rodbinskih veza putem redovnih posjeta, čime bi se pomagalo njihovoj resocijalizaciji. U jednom centru za socijalni rad iznijeli su i konkretnije načine porodičnog involviranja u model zaštićenog stanovanja: ustupanje zemljišta za izgradnju kuće i za obrađivanje, učešće u troškovima smještaja i funkcionisanja domaćinstva, dok jedan centar za socijalni rad navodi da je šira podrška članovima porodice kroz formiranje mreže podrške porodici (informacije, grupe samopomoći, porodična terapija) jedan od dobrih načina za aktivnije i sveobuhvatnije uključivanje porodice u podršku i pomoć oboljelom članu koji živi u zaštićenoj kući/stanu.

Pored porodice, kao značajne za rad zaštićene kuće/stana centri za socijalni rad ističu i **uloge drugih ustanova i organizacija u lokalnim zajednicama**. Svi su mišljenja da to treba da budu centri za zaštitu mentalnog zdravlja, u polovini (50%) i opštinske uprave, a najmanji broj prepoznaje druge javne ustanove i institucije ili organizacije lokalne zajednice (Crveni krst, nevladine organizacije, policijske stanice) kao dio mreže ustanova i organizacija koje bi se uključile u rad zaštićene kuće/stana i širu podršku njenim ukućanima. U samo jednom centru za socijalni rad je navedeno nadležno ministarstvo kao značajan faktor za pružanje usluga zaštićenog stanovanja oboljelima od psihotičnih poremećaja. Centri za socijalni rad **adekvatno prepoznaju** potrebu interdisciplinarnu saradnje u podršci zaštićenom stanovanju, ali je prevashodan način razmišljanja ipak još u okvirima užeg zdravstveno-socijalnog vida brige i podrške oboljelima koji su uključeni u ovaj vid rehabilitacije unutar lokalne zajednice.

Većina centara za socijalni rad (62,5%) je mišljenja da bi model zaštićenog stanovanja trebalo da ima **vlastito finansiranje**, dok po jedan centar za socijalni rad (25%) smatraju da to nije adekvatan način ili nisu sigurni u davanju odgovora na ovo pitanje (Tabela 14).

Tabela 14. Finansiranje zaštićenog stanovanja

Samostalno finansiranje	DA	NE	Nisam siguran	Ostalo
CSR (8) (100 %)	5 (62,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)

Centar za socijalni rad koji u lokalnoj zajednici ima zaštićenu kuću (12,5%) navodi da ona ima finansiranje u okviru zdravstvene ustanove u kojoj postoji, ali da bi bilo potrebno finansijski pronaći rješenja u smjeru proširenja kapaciteta i poboljšanja uslova stanovanja. Ni u jednom navedenom mišljenju centara za socijalni rad **nema prijedloga** koji bi to bili izvori samostalnog finansiranja zaštićenih kuća/stanova u lokalnim zajednicama u kojima se formiraju ili proširenja finansijske podrške postojećoj zaštićenoj kući u jednoj lokalnoj zajednici.

U uskoj vezi sa finansiranjem modela zaštićenog stanovanja su i stavovi većine centara za socijalni rad u vezi **radnog statusa profesionalaca** koji bi bili angažovani u radu i saradnji sa ukućanima zaštićene kuće/stana (Tabela 15).

Tabela 15. Status profesionalaca u modelu zaštićenog stanovanja

Angažman profesionalaca	Zaposleni u ustanovi	Zaposleni u zaštićenoj kući	Zaposleni u ustanovi i zaštićenoj kući	Bez odgovora
CSR (8) (100 %)	1 (12,5%)	2 (25%)	4 (50%)	1 (12,5%)

Najveći broj centara za socijalni rad, odnosno polovina, kao najpovoljniji način angažovanja profesionalaca (prevažodno iz centara za socijalni rad ili centara za zaštitu mentalnog zdravlja) vidi kroz honorarno uključivanje ili volonterski rad u zaštićenoj kući/stanu. U sredini koja ima zaštićeni model stanovanja mišljenja su da angažman treba ostati na nivou ustanove kojoj zaštićena kuća pripada (aktuelno stanje), dok četvrtina centara za socijalni rad za dobro funkcionisanje zaštićenog stanovanja iznosi mišljenje stalnog angažmana profesionalaca.

Važno je napomenuti da centri za socijalni rad uglavnom imaju **pozitivan stav prema modelu zaštićenog stanovanja** u svojim sredinama i spremni su što adekvatnije podržavati takav način rehabilitacije osoba sa psihotičnim poremećajima.

C. LOKALNI ORGANI UPRAVE – OPŠTINE

Kao jedna od važnih komponenti u procesu brige o osobama sa mentalnim, a posebno sa psihotičnim poremećajima u lokalnim zajednicama prepoznati su lokalni organi uprave, odnosno opštine/gradovi. Za potrebe ove Analize načinjen je specifičan **upitnik** koji se osvrće na **dva glavna dijela**: postojanje i načini saradnje sa lokalnim institucijama/organizacijama koje su uključene u rad sa oboljelima od psihotičnih poremećaja (intersektorska saradnja), sa jedne strane, uz informisanost, kapacitete i mogućnosti opštinskih/gradskih uprava u vezi zaštićenog stanovanja, sa druge strane. Kao dio pripreme za dobijanje odgovora na upitnike u svih **12 opština/gradova** jedne veće regije u Bosni i Hercegovini (Regija Doboje, Posavski kanton i Distrikt Brčko, sa aproksimativno oko 400000 stanovnika) poslani su i prezentovani podaci o projektnoj inicijativi osnivanja zaštićenih kuća/stanova u regiji sa dovoljnim stepenom informacija o modelu zaštićenog stanovanja, uz primjere ranijih ili još postojećih modela u nekim od Analizom obuhvaćenih opština/gradova.

Odgovori na upitnike pristigli su iz **8 opština/gradova** (66,67%), odnosno većine uključenih u prikupljanje podataka potrebnih za ovu Analizu (Tabela 16).

Tabela 16. Broj opština/gradova koji su ispoljili interes za uključenost u Analizu

	Opštine/gradovi
Broj	12
%	100
Broj odgovora	8
%	66,67

I. SARADNJA

Najveći broj opštinskih/gradskih uprava (87,5%) navodi da **postoji saradnja** sa ustanovama iz oblasti socijalne i zdravstvene zaštite u lokalnoj zajednici (centar za zaštitu mentalnog zdravlja i centar za socijalni rad), dok u jednoj od opština (12,5%) nemaju u potpunosti takvu vrstu saradnje, obzirom da u lokalnoj zajednici nemaju centar za zaštitu mentalnog zdravlja.

Saradnja se provodi na **različite načine**: izvještaji o radu tih ustanova, redovni sastanci, zajednički projekti, planiranje, zajedničko rješavanje nekih specifičnih problema iz oblasti socijalne ili zdravstvene zaštite, kroz poslove koji se tiču budžeta centra za socijalni rad (budući

da je centar za socijalni rad budžetska organizacija), dodjela jednokratnih pomoći socijalno ugroženom stanovništvu, te izrada opštih akata za centar za socijalni rad. Ovo ukazuje na pozitivan interes opštinskih/gradskih uprava za praćenjem i podršku radu socijalnih i zdravstvenih ustanova u zajednici i u oblasti zaštite mentalnog zdravlja svojih stanovnika.

U svim analiziranim opštinama ova saradnja je ocijenjena kao **dobra**, a stepen zadovoljstva ovom saradnjom prikazan je u Tabeli 17.

Tabela 17. Zadovoljstvo saradnjom

Zadovoljstvo	Nezadovoljni	Donekle zadovoljni	Zadovoljni	Veoma zadovoljni
Opštine (8) (100 %)	0 (0%)	0 (0 %)	2 (25%)	6 (75%)

Primjetno je **odsustvo nezadovoljstva saradnjom** između opštinskih/gradskih uprava sa ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite građana, kao pozitivan trend involviranja u problematiku zdravstvene i socijalne zaštite stanovništva u tim opštinama/gradovima.

Predstavnici **većine** opština/gradova su naveli da su **dobro upoznati** sa problematikom mentalnog zdravlja u svojoj lokalnoj zajednici (**62,5%**), u dvije opštine (25%) su **nedovoljno upoznati**, a samo u jednoj opštini (12,5%) **nisu uopšte upoznati** sa problematikom u mentalnom zdravlju u svojoj lokalnoj zajednici. Ovo govori da i opštinske/gradske uprave daju fokus i na ovaj segment zdravstvene i socijalne zaštite stanovnika sa mentalno-zdravstvenim poteškoćama.

Ipak, i pored iskazanog interesa za problematiku u vezi mentalnog zdravlja stanovništva u svojim lokalnim zajednicama, organi uprave u najvećem broju opština/gradova (čak **87,5%**) **nemaju planirana budžetska sredstva** za problematiku u mentalnom zdravlju uopšte, kao ni za zbrinjavanje hroničnih duševnih bolesnika. Samo lokalna uprava **jedne zajednice** (12,5%) **redovno planira** u opštinskom budžetu dio sredstava za ovu vrstu problematike (1000,00 konvertibilnih maraka). Obzirom da nisu elaborirani razlozi izostajanja dodjele sredstava za ovu problematiku u većini opština/gradova, kao ni razlozi nepovećavanja dodijeljenih sredstava u jednoj lokalnoj zajednici, nije moguće detaljnije analizirati ovo pitanje.

Kada se radi o **drugim vidovima pomoći** koje opštine/gradovi pružaju osobama sa problemima u mentalnom zdravlju, a prvenstveno oboljelim sa psihotičnim poremećajima postoje različiti, uglavnom **skromni** stepeni uključivanja opštinskih/gradskih uprava. Prema dobijenim podacima usmjeravaju se na podržavanje aktivnosti iz djelokruga rada centara za socijalni rad, jer su te ustanove direktno vezane za lokalne uprave, kao budžetske institucije. Intervencije lokalnih uprava su svedene samo na periodično obezbjeđivanje **jednokratnih intervencija** ili prema procijenjenoj potrebi (najčešće za materijalne ili troškove liječenja i nabavke lijekova), ili kroz podršku drugim aktivnostima koje su u nadležnostima centara za socijalni rad u tim opštinama.

U samo jednoj opštini (12,5%) postoji direktna uključenost lokalne uprave u pružanju podrške u radu **udruženju korisnika** i jednom dnevnom centru za specifičnu grupu korisnika, uz podršku centra za socijalni rad (u sklopu zajedničke saradnje). U samo jednoj opštini (12,5%) ne navode se bilo koji načini pomoći koji bi bili pruženi osobama koje boluju od shizofrenije.

Dakle, u najvećem broju opština/gradova još uvijek **nije ili je nedovoljno definisan** specifični način uključenosti ili direktne pomoći u rješavanju problematike osoba sa psihotičnim poremećajima koji žive u tim lokalnim zajednicama. **Ispoljen interes** za uključivanjem u ovu problematiku, sa druge strane, otvara mogućnosti za promjenom trenutne situacije u skoro svim opštinama/gradovima, a **pozitivni primjeri** dvije opštine (budžetska stavka ili podrška lokalnim organizacijama korisnika sa mentalnim poremećajima) mogu biti podsticajne za razmjenu iskustava i unapređenje ovog dijela brige o specifičnoj grupi stanovnika lokalnih zajednica, kao dijela dalje senzibilizacije lokalnih organa upravljanja za probleme osoba sa shizofrenijom.

II. ZAŠTIĆENO STANOVANJE

Predstavnici većeg dijela opština/gradova su **upoznati sa modelom** zaštićenog stanovanja kao vrstom vaninstitucionalnog zbrinjavanja hroničnih duševnih bolesnika (Tabela 18)

Tabela 18. Upoznatost sa modelom zaštićenog stanovanja

	Opštine/gradovi	DA	NE
Broj	8	6	2
%	100	75	25

U samo **jednoj lokalnoj zajednici postoji** jedna zaštićena kuća koja je dio zdravstvene ustanove sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, sa čime su dobro upoznati predstavnici lokalne uprave. U svim ostalim opštinama/gradovima (čak **87,5%** lokalnih zajednica) **ne postoji niti je ranije postojao** ovaj vid zbrinjavanja oboljelih od shizofrenije, te samim tim **ne postoje ni izdvajanja** sredstava za zaštićeno stanovanje u tim lokalnim zajednicama.

Što se tiče **stavova o modelu zaštićenog stanovanja** kao adekvatnog vida zbrinjavanja hroničnih duševnih bolesnika većina analiziranih opština (čak **75%**) navodi ovaj model kao **pozitivan**. Data **obrazloženja** za ovakve stavove su: brža rehabilitacija i socijalizacija bolesnika, omogućavanje hroničnim duševnim bolesnicima da žive normalniji život, ukoliko zdravstveno stanje to omogućava, posvećivanje pažnje u kontinuitetu, osposobljavanje oboljelih za samostalan život, uz stalnu pomoć i nadzor od strane stručnih lica, te da predstavljaju humaniji i primjereniji pristup osobama sa hroničnom duševnom bolesti od aktuelnih mogućnosti koje im stoje na raspolaganju (kraći ili duži boravci u institucijama ili mogućnost socijalne zapuštenosti

van institucija). Zaštićeno stanovanje **ne predstavlja** adekvatan vid zbrinjavanja hroničnih duševnih bolesnika za dvije opštine/grada, odnosno 25%.

Na osnovu takvih stavova, isti broj opština/gradova (75%) iznosi stav **da žele da učestvuju** i pomognu u osnivanju i funkcionisanju zaštićenog stanovanja u svojim lokalnim zajednicama kroz prijedloge različitih vidova **uključivanja/pomoći**: povezivanje sa lokalnim kompanijama, ustupanje prostora (stan, kuća), budžetska sredstva za početak rada i pomoć/preporuke pri zaposlenju ukućana, ali da aktuelne mogućnosti za finansijske i druge pomoći zavise od politike raspoloživih budžetskih sredstava, a sa druge strane i važećih zakonskih akata, koja za ovu oblast još uvijek nisu adekvatno definisana. Iako u ostale dvije opštine/grada (25%) **ne smatraju** da je zaštićeno stanovanje adekvatan vid zbrinjavanja osoba sa shizofrenijom, a samim time ne misle ni da je potrebno da se tom vidu brige o hronično duševno oboljelim osobama treba pomoći, ipak je **značajan većinski pozitivan stav** ostalih opština/gradova, koji bi mogao uticati i na lakše razvijanje zaštićenog stanovanja u jednoj ili više zajednica, ali i na stavove manjeg broja opština koje to ne prepoznaju kao dio brige zajednice o dijelu specifične grupe svojih stanovnika.

Što se tiče **lokacije zaštićene kuće** u većini lokalnih uprava (50%) razmišljaju u smjeru da bi zaštićena kuća trebalo da postoji u svim lokalnim zajednicama u kojima postoji potreba ovog vida zbrinjavanja zbog blizine njihovih porodica, odnosno da je najbolja opcija da bude smještena **u istom gradu**, ali ukoliko ne postoje mogućnosti za to, najpovoljnije za korisnike je da budu smješteni u gradu iz bližeg okruženja. **Manji broj** lokalnih zajednica (25%) navodi da zaštićena kuća treba biti u bilo kojem bližem gradu u okruženju u kojem već postoji kuća ili zgrada koja bi se sa malo ulaganja mogla osposobiti i namjeniti za zaštićeno stanovanje ili da se radi na proširenju kapaciteta postojeće zaštićene kuće u drugoj lokalnoj zajednici. Po mišljenju predstavnika lokalne uprave jedne od zajednica (12,5%) koje ne vide zaštićeno stanovanje kao model adekvatnog zbrinjavanja oboljelih od shizofrenije, u slučaju da lokalna politika prihvati model zaštićenog stanovanja zbrinjavanja hroničnih duševnih bolesnika, radi imovinsko-pravnih regulativa zaštićena kuća/stan treba da bude locirana u svojoj lokalnoj zajednici. Predstavnici samo jedne lokalne uprave (12,5%) nisu dali svoje mišljenje o lokaciji zaštićene kuće/stana, jer im „nije poznata problematika“.

Ukoliko bi oboljele osobe iz jedne opštine bile smještene u zaštićenu kuću **u drugom gradu/opštini** lokalne zajednice bi svom rezidentu **pomagali** na sledeće načine: pomoć pri distribuciji proizvoda kućne djelatnosti u svojim lokalnim zajednicama ili djelomično i finansijski (ali u zavisnosti od toga kako bi to bilo uređeno kroz budžete odgovarajućih ministarstava). **Prepreka** finansijskoj podršci smještaja ili troškova zaštićene kuće su nepostojeće zakonske regulative za ovu oblast, a postojeća legislativa ovaj vid brige o hronično oboljelim licima sa duševnim bolestima još uvijek ne prepoznaje.

Kao način **finansiranja** modela zaštićenog stanovanja ispitanici su naveli kombinovanje različitih izvora novčanih sredstava: socijalna izdavanja za smještene korisnike, budžetska stavka opštine/grada po smještenom korisniku iz te lokalne zajednice, primanja i/ili imovina korisnika (ukoliko ih imaju), učešće članova porodice korisnika (ukoliko ih imaju), sredstva nadležnih ministarstava, kao i sredstva koja bi obezbijedili domaći i strani donatori. Ovo govori o svjesnosti lokalnih uprava o problematici ne samo osnivanja, već i kontinuiteta održivosti

modela zaštićenog stanovanja u njihovim ili drugim opštinama. Ali, sveukupno ipak postoji **značajno veliki stepen prepoznavanja** potrebe i za ovim načinom pomoći oboljelima od shizofrenije i srodnih oboljenja iz njihovih lokalnih zajednica, što može biti dobrim pokretačem budućih inicijativa i realizacije modela zaštićenog stanovanja u ovoj regiji.

D. PORODICE OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA

Značaj mišljenja članova porodice osoba sa psihotičnim poremećajima je veliki, jer su oni **direktni učesnici u procesu liječenja i oporavka** svojih oboljelih članova i **iznose najveći teret** brige o njima (teret hronične duševne bolesti). Kao priprema za izradu ove Analize, sa članovima porodica osoba sa shizofrenijom obavljena je edukacija o mentalnom zdravlju, shizofreniji i zaštićenom stanovanju kroz dvodnevnu interaktivnu radionicu, u sklopu koje su imali prilike radom kroz fokus grupu podijeliti svoja razmišljanja o svojim oboljelim članovima, koji se odnose na oboljenje, samostalnost i moguće načine dodatne ili drugačije brige o njihovom zdravlju i kvalitetu života.

U radu fokus grupe učestvovali su **članovi porodica** osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja iz opština obuhvaćenih projektom koji implementira UG „Budućnost“ Modriča u partnerstvu sa Specijalnom bolnicom za hroničnu psihijatriju Modriča, uz podršku UNDP.

Rezultati koji su proistekli iz rada fokus grupe sa članovima porodice osoba koje imaju shizofreniju su sljedeći:

- Kada se radi o **zdravstvenom stanju** oboljelih članova, porodice smatraju da je ono **neizvjesno ili poboljšano** uz terapiju. Takođe, porodica je mišljenja da njihovi oboljeli članovi **nisu sposobni za samostalan život** uslijed njihovog zdravstvenog stanja i iz tog razloga im je potreban svakodnevni nadzor.
- Porodice oboljelih misle da njihovi članovi **treba da imaju češću medicinsku brigu**. Tri člana porodice osoba sa shizofrenijom (33,3%) navode da su njihovi članovi trenutno u bolničkim ustanovama i smatraju da oni dobijaju adekvatnu stručnu pomoć.
- **Sve porodice** su istakle da su **veoma opterećene** vođenjem brige o svom oboljelom članu sa shizofrenijom. Tu vrstu opterećenosti su opisali na sljedeće načine: **“1000% smo opterećeni“**, **“Ogromno i beskrajno opterećenje“**, **“Stalno“** i **“Maksimalno opterećenje“**. Stepenn opterećenosti varira u odnosu prema težini oboljenja oboljelog člana porodice, tako da neki članovi porodice navode da opterećenje brigom za oboljelog nije preveliko i da uspijevaju da se nose sa tim opterećenjem. **Niko od članova porodice nije naveo da ne postoji opterećenost u vođenju brige o oboljelim članovima.**

Većina članova porodica smatra da njihov oboljeli član **ne bi mogao da živi samostalno** u slučaju da ostane sam, kao i da mu je zbog prirode njegove bolesti **potrebna svakodnevna pomoć i nadzor**. Članovi porodica sa oboljelima od težih oblika bolesti smatraju da je pomoć oboljelima potrebna u smislu svakodnevnih životnih aktivnosti, poput održavanja lične higijene, higijene prostora, pripremanja obroka i slično.

Kao najbolja rješenja za život njihovog člana porodice sa duševnom bolesti, ukoliko oni ne bi mogli da vode brigu o njemu, članovi porodice navode uglavnom „**zaštićeno stanovanje**“, a u slučaju nepostojanja takvih oblika zbrinjavanja „**medicinske ustanove (bolnice)**“, prevashodno misleći na duže ili produžene boravke u bolničkim ustanovama. Primjetno je da porodica **ne prepoznaje centre za zaštitu mentalnog zdravlja** u lokalnim zajednicama kao dio mreže podrške rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije.

Članovi porodica osoba sa psihotičnim poremećajima se veoma **pozitivno** izražavaju o modelu zaštićenog stanovanja kao vida zbrinjavanja njihovih oboljelih članova porodice:

“Mislim da je rješenje ta kreativnost, zamisao da se oni trebaju nečim baviti i da je to dobra terapija.”

Neki od članova porodice su kod svojih oboljelih ukućana **prepoznali potrebu da se osamostale** na neke od navedenih načina: odvajanjem od roditelja, promjenom sredine ili novim društvenim kontaktima. Članovi porodica osoba sa shizofrenijom smatraju da bi im to pomoglo u ozdravljenju, da bi se *“osjećali bolje”* i *“prije bi se izvukli iz krize”*. Iz tih razloga vid zbrinjavanja svojih oboljelih rođaka kroz model zaštićenog stanovanja smatraju *“idealnim”*.

Članovi porodica su se takođe **pozitivno izrazili** o ideji da njihovi oboljeli žive u istoj kući ili stanu sa još nekoliko osoba koje imaju istu duševnu bolest, zajedno sa medicinskom sestrom. Naveli su da nisu upoznati sa svim detaljima organizacije zaštićenog stanovanja, ali su takođe iznijeli zanimljive prijedloge o izboru stanara u zaštićenoj kući/stanu: *„da se grupe pacijenata prave prema zajedničkim interesovanjima, hobijima i sličnom, kako bi bolje funkcionisali zajedno“*.

Oni članovi porodica koji kao najbolje rješenje za svoje oboljele navode kontinuirani boravak u bolnicama mišljenja su da zbog aktuelnog zdravstvenog stanja njihovi oboljeli članovi ne bi bili pogodni za ovakav vid zbrinjavanja. Naveli su da je razlog za to potreba „stalnog nadzora“ zbog prethodnog agresivnog ili autoagresivnog ponašanja, a kao argument tom razmišljanju navode da su im u vanbolničkom okruženju dostupni predmeti kojima bi njihov oboljeli član mogao povrijediti sebe ili druge osobe u kući ili van nje. Ovakva razmišljanja se mogu povezati sa ranijim iskustvima članova porodice, ali i sa prisutnim **stigmatizujućim stavovima** članova porodica prema svojim oboljelima koji pate radi shizofrenije.

Takođe, članovi porodica su mišljenja da treba da postoje **kriterijumi** za izbor stanovnika kuće navodeći *„konzilijum ljekara“*, koji bi odredio da li je njihov oboljeli član sposoban za ovakav vid smještaja. Međutim, čak i oni koji su naveli da njihovi duševno oboljeli članovi porodice zbog težine oboljenja trenutno ne bi bili sposobni za život u zaštićenoj jedinici stanovanja, ocjenjuju ovaj model zbrinjavanja dobrim i ne isključuju ga kao moguć vid smještaja svog oboljelog člana u budućnosti, kada mu to njegovo zdravstveno stanje dozvoli.

Samo **tri** člana porodica čiji su oboljeli smješteni u Bolnicu za hroničnu psihijatriju u Modriči su upoznati sa zaštićenom kućom koja postoji u okviru ove bolnice (Kladari kod Modriče), dok **ostali nisu** do momenta edukacije **imali znanja ili informacije** o tom vidu zbrinjavanja osoba sa

psihotičnim poremećajima. To govori o slabijoj informisanosti, a vjerovatno i **slabijim saradnjama** članova porodica sa ustanovama u zajednici koje učestvuju u liječenju i rehabilitaciji njihovih oboljelih članova (poput centara za zaštitu mentalnog zdravlja i centara za socijalni rad kao mogućih davalaca tih informacija).

Kada bi njihov član porodice živio u zaštićenoj kući/stanu svi članovi porodica su izrazili spremnost da im, u skladu sa svojim materijalnim mogućnostima i obavezama, **pruže podršku** u različitom stepenu. To bi bilo uglavnom putem posjeta, obezbjeđivanjem životnih namirnica ili slanjem novca. Iz tih razloga se može zaključiti da bi članovima porodica oboljelih od psihotičnih poremećaja najviše odgovaralo da se zaštićena kuća/stan nalazi **u lokalnoj zajednici**.

Ako bi njihov član porodice koji boluje od shizofrenije bio smješten u zaštićenom stanu/kući u **drugoj lokalnoj zajednici** porodice navode da bi im to predstavljalo **određeni problem**, u smislu rjeđih posjeta radi većih troškova putovanja do drugog grada. Ipak, ako bi to bilo optimalno rješenje za njihovog oboljelog člana, **potrudili bi se da nađu načine da se prilagode** radi pomoći i podrške svojim članovima koji žive u zaštićenoj kući/stanu.

Praveći razliku između institucionalnog (bolničkog) zbrinjavanja i zaštićenog stanovanja, svi članovi porodica su **prednost dali zaštićenom stanovanju**, kao adekvatnijem vidu zbrinjavanja njihovih oboljelih članova. Od prednosti zaštićenog stanovanja su naveli: **druženje**, čime bi se izbjegao osjećaji odbačenosti i usamljenosti koje njihovi oboljeli imaju, a istovremeno bi oboljeli bili **aktivniji i imali bi više volje za radom**.

“ U zaštićenom stanovanju bi oboljeli imali približno normalan život, imali bi neke aktivnosti koje ima običan čovjek, a što nije moguće izvesti u bolnici.”

ZAKLJUČAK

Posljednjih nekoliko godina, reformski procesi u oblasti mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini usmereni su u više pravaca, sa zajedničkim ciljem: briga o mentalnom zdravlju cjelokupnog stanovništva kroz prevenciju ili rano prepoznavanje mentalnih poremećaja, uz njihov pravovremeni tretman, kao veoma važan segment izliječenja ili stabilanijeg i dugotrajnijeg oporavaka.

Naročiti značaj se daje razvijanju i kontinuiranom unapređivanju rehabilitacije oboljelih od različitih psihijatrijskih poremećaja i oboljenja u zajednici, podsticanjem zajedničkog rada servisa koji bi trebalo da budu pristupačniji i efikasniji svim korisnicima njihovih usluga, prije svega centara za zaštitu mentalnog zdravlja i centara za socijalni rad u lokalnim sredinama. Poseban akcenat se daje na polimorfnost zaštite osoba koje imaju shizofreniju i slična oboljenja (grupa psihotičnih poremećaja), kao najtežih duševnih oboljenja sa hroničnim tokom. Lica sa psihotičnim poremećajima imaju multiple potrebe, u zavisnosti od više faktora, među kojima su stepen razvijenosti bolesti i očuvanost preostalih kapaciteta ličnosti među najvažnijima. Iz tog razloga se treba naročito voditi računa o rehabilitaciji oboljelih i njihovoj resocijalizaciji, te kada je god moguće to obavljati u poznatom okruženju u kojem oboljeli živi. U važnim reformskim dokumentima vezanim za mentalno zdravlje (politike i strategije, zakonski akti) takođe se podržava ovaj pristup u kome se predlažu i preporučuju svi mogući i u zajednici u kojoj oboljeli žive provodivi načini koji bi pomogli njihovom što boljem integrisanju u sredinu u kojoj su odrastali i sticali životna iskustva u različitom stepenu. Time se direktno utiče na redukciju stigmatizujućeg odnosa prema osobama sa mentalnim poremećajima, a naročito oboljelima od shizofrenije, prema kojima je stigma i u današnjem vremenenu najviše ispoljena, širom svijeta.

Uz ostale načine adekvatnijeg vraćanja u zajednicu njenih oboljelih članova, jedan od značajnih vidova pomoći ostvarenju i ovog strateškog cilja su modeli tzv. zaštićenog stanovanja u lokalnoj zajednici, kao modeli koji omogućavaju oboljelima da što više razvijaju ili obnove socijalne vještine, podstaknu ih na ponovo korištenje znanja ili talenata, čime se bitno utiče na kvalitet njihovog života i pomaže redukovanju povrataka u bolnice ili slične ustanove radi čestih i ozbiljnijih pogoršanja njihove bolesti. U tome procesu kao glavni saradnici oboljelih treba da važnu ulogu imaju zdravstvene, socijalne i upravne strukture lokalne zajednice, ali i rođaci oboljelih. Primjeri pozitivnih praksi iz svijeta, ali i iz naše zemlje govore o mogućnostima implementiranja i ovog modela brige o osobama sa shizofrenijom u našoj zemlji.

Ova Analiza ima za cilj procjenu kapaciteta jednog dijela lokalnih zajednica za stvaranje mogućih uslova kojim bi se formirale male kućne zajednice oboljelih od shizofrenije u većem regionu u Bosni i Hercegovini koji obuhvata 12 opština/gradova, sa aproksimativnim brojem od oko 410000 stanovnika. U tom regionu postojali su ili i dalje postoje primjeri pozitivne prakse zaštićenog stanovanja u zajednici, što je bio dodatni motiv izbora za izradu ove Analize.

Analizom su obuhvaćeni, s jedne strane, prepoznati subjekti lokalne zajednice institucionalnog tipa (centri za zaštitu mentalnog zdravlja, centri za socijalni rad i lokalne gradske/opštinske

uprave), a sa druge strane članovi porodica osoba sa shizofrenijom, kao neposredni učesnici u liječenju i oporavku svojih oboljelih članova, bilo da sa oboljelima žive u istoj zajednici ili su razdvojeni (iskustvo tereta hronične duševne bolesti).

Dobijeni podaci su, kao što je i očekivano, heterogeni od strane javnih ustanova/institucija, ali su sve tri grupe izabranih institucija poslale podatke **iz većine opština/gradova** ove regije (centri za zaštitu mentalnog zdravlja iz 77,8%, centri za socijalni rad iz 66,7% i organi lokalnih uprava iz 66,67% obuhvaćenih opština/gradova). U Analizi su korišteni podaci dobijeni od članova porodica oboljelih iz većine opština/gradova obuhvaćenih ovom analizom (50%). Time se uspio steći dobar uvid u organizaciju, međusobnu povezanost, saradnju sa oboljelima i stavove o zaštićenom stanovanju u lokalnim zajednicama u regionu, kao i dobiti dovoljan broj relevantnih podataka za izradu ove Analize.

A. JAVNE USTANOVE/INSTITUCIJE

Sve institucije/javne ustanove uključene u ovu Analizu su formalno-pravna tijela sa adekvatnim uslovima za obavljanje svojih djelatnosti.

I. ZDRAVSTVENI SEKTOR

- Većina zdravstvenih ustanova je ispunila i provodi u svom radu važeće standarde unapređenja kvaliteta usluga koje pružaju, te u skladu sa time imaju i adekvatno praćenje tog ustanovljenog načina rada. Dio centara za zaštitu mentalnog zdravlja uspio je ostvariti uslove i višeg stepena unapređivanja pružanja usluga iz oblasti mentalnog zdravlja kroz uspješno provedene procese akreditacije. Sve to govori o **volji i motivisanosti** profesionalaca iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja da se kontinuirano angažuju u radu sa osobama sa mentalnim poremećajima, ali i da **razumiju svoje uloge** u tome. Broj profesionalaca koji rade u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja, iako je usklađen sa standardima utvrđenim za njihov rad u okvirima zakonskih propisa, ipak se čini **nedovoljnim**, obzirom da u većini opština/gradova postoji po jedan osnovni ili, bitno rjeđe, prošireni tim profesionalaca, koji treba da odgovore na različite potrebe osoba sa mentalnim poremećajima. To može voditi i **bržem iscrpljivanju** njihovih kapaciteta te radi toga u nekima su mišljenja da treba **povećati broj** profesionalaca u timovima centara za zaštitu mentalnog zdravlja.
- Rezultati govore u prilog **značajnom angažmanu** profesionalaca u radu sa osobama koje imaju shizofreniju, gdje je primjetno da je usvojen **timski pristup** u radu, obzirom da se angažuju svi profesionalci iz timova u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja, a naročito značajan dio vremena odvajaju medicinske sestre/tehničari, sa kojima se korisnici susreću kod svakog dolaska u centar za zaštitu mentalnog zdravlja. Ipak, većina profesionalaca smatra da je njihova **edukacija** za rad sa osobama sa shizofrenijom nedovoljna i da bi se trebala **unaprijediti** u specifičnim pravcima, ali i da bi od velike koristi bila i **dodatna sredstva** za kvalitetnije i sveobuhvatnije obavljanje rada sa oboljelima sa psihotičnim poremećajima (npr., vozilo za obavljanje kućnih posjeta).

- Prema dostupnim podacima utvrđeno je da je **broj registrovanih korisnika sa shizofrenijom** u odnosu na ukupan broj osoba sa mentalnim poremećajima koji se javljaju radi različitih potreba **značajan** (13,25%). Obzirom na kompleksnost oboljenja kakva je shizofrenija i multiple potrebe ove grupe oboljelih, moguće je zaključiti da postoji značajna opterećenost svih profesionalaca u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja. Na to može uticati i **loša ili veoma loša socio-ekonomska situacija oboljelih**, koja je jedan od rizika mogućih pogoršanja stanja oboljelih, čime se povećavaju obimi rada profesionalaca u sanaciji tih stanja. Rad i saradnja profesionalaca iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja sa **članovima porodica oboljelih** od shizofrenije značajnije je **manji od očekivanog** ili poželjnog i profesionalci iz tog razloga smatraju da **ne postoji dovoljan interes ili angažman porodice** da podrži ili pomogne u liječenju svom oboljelom članu.
- Iako sve zdravstvene ustanove navode postojanje nekog vida **saradnje** sa manjim ili većim brojem institucija i organizacija u svojim lokalnim zajednicama, **sveukupno zadovoljstvo** tom saradnjom je **djelomično** ili postoji u dovoljnoj mjeri, dok apsolutnost zadovoljstva nije ispoljena ni u jednom centru za zaštitu mentalnog zdravlja. Zato je potrebno sadašnji stepen zadovoljstva saradnjom unapređivati, naročito kada je ona usmjerena prema oboljelima sa shizofrenijom ali i konkretizovati u redovnim zajedničkim aktivnostima. Svakako da postoje razlike u nadležnostima između ustanova i organizacija što može uticati na tu saradnju kroz određena ograničenja, ali primjenom principa mentalno-zdravstvene zaštite u zajednici, centri za zaštitu mentalnog zdravlja imaju prilike uticati na unapređenje saradnje i biti zastupnicima oboljelih od shizofrenije i drugih mentalnih poremećaja. Takođe, primjetan je značajno mali broj **korisničkih inicijativa (udruženja korisnika)** u lokalnim zajednicama, sa kojima centri za zaštitu mentalnog zdravlja ostvaruju određenu saradnju, ali koja se treba podići na viši nivo, gdje bi profesionalci imali konsultantsku i suportivnu ulogu u povezivanju korisničkih udruženja sa ostalim ustanovama u zajednici i podsticanjem svojih korisnika da se uključe u takvu vrstu aktivnosti koje bi pomagale održavanju postignutog oporavka. Svakako, u sredinama u kojima nema korisničkih udruženja (većina) profesionalci iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja bi trebalo da podstiču njihovo organizovanje, koristeći i postignute vidove saradnje sa ostalim institucijama i organizacijama u svojoj sredini.
- Zaposleni u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja prepoznaju model zaštićenog stanovanja kao **pozitivan pristup rehabilitaciji i resocijalizaciji** oboljelih od shizofrenije unutar lokalne zajednice, smatrajući da bi time značajan broj oboljelih dobio mogućnost primjerenog vaninstitucionalnog zbrinjavanja i uticaja na poboljšanje kvaliteta njihovog života. Za sve centre za zaštitu mentalnog zdravlja najbolje rješenje bi bilo da zaštićena kuća ili stan budu **u lokalnoj zajednici iz koje su oboljele osobe**, tj. da bi trebalo da postoji više takvih kuća i stanova u regionu koji je obuhvaćen Analizom. U tim jedinicama stanovanja bi u aktuelnom trenutku moglo da boravi čak **oko 10%** registrovanih korisnika sa shizofrenijom. Profesionalci iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja su spremni da ulože svoje kapacitete u stručno-medicinskom smislu kao dio

pomoći i podrške ukućanima, a navodi se i da je zaštićeno stanovanje prepoznato u akreditacionim standardima, kao jedna od usluga kojom se značajno unapređuje rad centara za zaštitu mentalnog zdravlja. Svakako, tu bi modeli **uspostavljenih saradnji** sa drugim institucijama, organizacijama i porodicama oboljelih bila od posebne važnosti za rad i funkcionisanje zaštićene kuće/stana. **Posebno se treba naglasiti** da je u jednoj lokalnoj zajednici postojao dugogodišnji saradnički rad sa jednom zaštićenom jedinicom kroz djelatnosti centra za zaštitu mentalnog zdravlja, što može biti dobrom osnovom za izradu pozitivnih smjernica oko ovoga pitanja. Aktuelno postojeća zaštićena kuća u drugoj lokalnoj zajednici takođe može biti odlična osnova za sticanje vlastitih iskustava, mada se ne stiče utisak potpune ili sveobuhvatne saradnje sa tom zaštićenom kućom/stanom. Većinsko mišljenje profesionalaca iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja je da model zaštićenog stanovanja treba imati **nezavisne oblike finansiranja**, bez elaboracije ovog pitanja.

II. SOCIJALNI SEKTOR

- U centrima za socijalni rad većeg dijela regiona koji je bio uključen u ovu Analizu primijećeno je da je gotovo polovina od zaposlenih u kategoriji socijalnih radnika, ali se čini da je sveukupni broj zaposlenih, a naročito specifično edukovanih stručnih radnika za rad sa osobama sa mentalnim, a posebno psihotičnim poremećajima ipak **nedovoljan**. I pored navođenja ostvarenja kontakata sa oboljelima od shizofrenije, sveukupni **period rada** sa ovom specifičnom populacijom je **minimalna** (do 8 sati nedeljno), što se ne može smatrati uslovom za adekvatno i dovoljno sagledavanje sveukupne problematike ovog dijela stanovništva, koje radi psihijatrijske bolesti predstavljaju grupu oboljelih sa multiplim potrebama, na šta može uticati i mišljenje većine centara za socijalni rad da stručni timovi nemaju adekvatna ili dovoljna znanja o shizofreniji.
- Nepotpunost podataka iz svih opština govori u prilog da je ukupan broj oboljelih od shizofrenije koji su registrovani u centrima za socijalni rad bitno manji od onoga iz centara za zaštitu mentalnog zdravlja i da je najveća većina oboljelih vezana za centre za socijalni rad **materijalnim davanjima** iz nadležnosti centara za socijalni rad (tuđa njega i pomoć). Za većinu oboljelih ta skromna primanja su jedini izvor finansija, što potvrđuje i rezultate o **veoma lošem socio-ekonomskom statusu** oboljelih, kao faktoru lošijeg kvaliteta života i riziku od češćih pogoršavanja bolesti. Iako veći dio zaposlenih u centrima za socijalni rad navodi da ima kontakte sa oboljelima i van ustanove, **manji dio** centara svojim stavovima koji u potpunosti isključuju takvu vrstu rada sa oboljelima doprinosi nedovoljnim znanjima o ulozi socijalnih službi u kompletnom oporavku osoba sa psihotičnim poremećajima, što **ostavlja utisak stigmatizacionog odnosa** prema osobama sa shizofrenijom. Iako **u ostalim** centrima koji imaju kombinovane prakse dobijamo utisak **pozitivne motivisanosti** za pomoć oboljelima u što većoj domeni rada centara za socijalni rad, potrebno je uspostavljati **bolju saradnju** između centara za socijalni rad u regiji i izmjenjivati pozitivna iskustva u prevazilaženju praksi koje mogu imati prizvuk stigmatizacije oboljelih. Iskustva zaposlenih u centrima za socijalni rad sa

članovima porodica osoba sa shizofrenijom, slično onima koja su dali profesionalci u centrima za zaštitu mentalnog zdravlja, je **slabo i nedovoljno**, a kao posljedica bitno manjeg broja članova porodica od broja oboljelih od shizofrenije koji sarađuju sa stručnim radnicima je i stav zaposlenih u centrima za socijalni rad da je učešće i **podrška porodice** oboljelom članu **nedovoljna ili izostaje**.

- Svi centri za socijalni rad imaju formalno uspostavljene odnose sa drugim ustanovama koje se sreću u svom radu sa oboljelima od shizofrenije, čime se ostvaruje **saradnja** sa njima u različitom stepenu i na različite načine. To su uglavnom zdravstvene ustanove različitog tipa, a u nekim sredinama i druge ustanove ili organizacije (Crveni krst, školske ustanove, policijske službe). Obzirom na **različite ocjene saradnje** sa drugim ustanovama, poželjno je da se kontinuirano iznalaze načini njenog unapređivanja uz više zajedničkih koraka kojima bi se pomogla rehabilitacija osoba sa psihotičnim poremećajima u zajednici. Tome mogu doprinositi primjeri zajednica koje su tu saradnju ocijenile kao veoma dobrom (33,33%). Najkonkretnija saradnja i iskustva koju imaju centri za socijalni rad su sa **ustanovama za liječenje ili produženi boravak** (bolnice), što govori u prilog oslanjanju na instituciju kao sigurnijeg rješenja za tretman oboljelih od shizofrenije. U ovom segmentu je primjetno da su centri za socijalni rad napominjali da postoje i **zakonski određene nadležnosti** koje određuju stepen i način saradnje sa ustanovama, organizacijama, ali i samim korisnicima. Ne dobija se utisak postojanja konkretne uključenosti u saradnju sa korisničkim udruženjima u sredinama u kojima takva udruženja postoje, uz razumijevanje potrebe njihovog postojanja.
- Centri za socijalni rad **prepoznaju** model zaštićenog stanovanja uglavnom kao doprinos vaninstitucionalnoj brizi o korisnicima sa psihotičnim poremećajima u različitom stepenu. Najveći broj centara za socijalni rad zaštićenu kuću/stan vidi u **vlastitoj sredini**, kao najzgodnije i najpovoljnije administrativno-pravno rješenje, obzirom na trenutne razlike procedura i stepena ovlaštenja/nadležnosti centara za socijalni rad u različitim dijelovima regiona (Republika Srpska, Federacija Bosne i Hercegovine i Distrikt Brčko). Svi centri za socijalni rad iskazuju **spremnost da se uključe u podršku** životu u ovoj vrsti zajednice u okvirima svojih nadležnosti. Aproximativni broj potencijalnih korisnika ovog modela rehabilitacije je oko **15%** od ukupnog broja registrovanih korisnika u centrima za socijalni rad. U zaštićenim kućama/stanovima je kao najbolje rješenje uglavnom predloženo da **zaposleni** profesionalci budu angažovani kroz **moгуćnost ugovorenih angažmana**, uz saglasnost matičnih centara za socijalni rad u kojima su profesionalci zaposleni (50%), mada je četvrtina centara za socijalni rad mišljenja da u tim jedinicama treba da budu zaposleni profesionalci kao dio timova unutar zaštićene kuće/stana u potpunosti, obzirom da je najbolje rješenje za finansiranje zaštićenog stanovanja u smjeru **samostalnog finansiranja**, bez elaboracije načina kojim bi se to finansiranje ostvarivalo.

III. SEKTOR UPRAVE

- Lokalne uprave u opštinama/gradovima ističu **visok stepen zadovoljstva** saradnjom sa centrima za socijalni rad i zdravstvenim ustanovama (domovi zdravlja sa centrima za zaštitu mentalnog zdravlja) u svojim sredinama. Na osnovu te saradnje u najvećem broju gradova/opština postoji **dobra upoznatost** sa problematikom u oblasti mentalnog zdravlja u lokalnim okvirima, zahvaljujući redovnim izvještajima i sastancima sa predstavnicima ustanova socijalnog i zdravstvenog sektora koji se nalaze u njihovim opštinama/gradovima. Utisak je da opštinske/gradske uprave imaju **pozitivan trend** involviranja i podrške radu ovih ustanova u brizi za mentalno zdravlje stanovnika, ali uglavnom u domenu dijela socijalnih potreba. Sa druge strane, samo u jednoj opštini postoji **planirana budžetska stavka** za mentalno zdravlje, u skromnijem iznosu, bez specifikovanja namjene i načina iskorištenja tih sredstava tokom godine, a u jednoj **podrška lokalnoj organizaciji korisnika** koji imaju specifičnu vrstu oboljenja. To ukazuje na potrebu razmatranja pojave takvog specifičnog izdvajanja u svakoj od opština, sa razmatranjem većeg procenta odvajanja sredstava za različite problematike osoba sa mentalnim poremećajima, a naročito osoba sa shizofrenijom, koji su populaciona grupa sa multiplim potrebama (direktno usmeravanje ili kroz korisničko udruženje).
- **Veoma pozitivni stavovi** o modelu zaštićenog stanovanja oboljelih sa shizofrenijom dolaze iz lokalnih uprava, koji uglavnom **imaju dovoljno znanja** o toj oblasti, smatrajući to humanijim i primjerenijim pristupom u brizi za članove njihovih zajednica koji žive sa shizofrenijom. Iz tog razloga, većinski stav lokalnih uprava je da bi **željeli da se uključe** u pomoć oko realizacije zaštićenog stanovanja, bilo da je **lokacija zaštićene kuće** u njihovoj (većina) ili drugoj sredini (manji broj). Ipak, kao preduslov za bilo kakve ozbiljnije inicijative potrebno je adekvatno **urediti zakonske akte** koji bi se odnosili na ovu oblast, a radi izbjegavanja situacija koje bi imale domen sukoba ili prekoračenja ovlaštenja bilo koje ustanove, institucije ili organizacije koje bi bile podrška ukućanima u ostvarenju glavnih ciljeva modela zaštićenog stanovanja (pozitivna rehabilitacija i reintegracija oboljelih u lokalnu zajednicu). Time bi se stvorili i uslovi za definisanje finansiranja zaštićene kuće/stana u svakoj zajednici gdje se formiraju, koje bi trebalo biti iz više različitih izvora: lokalna zajednica, nadležna ministarstva i donatorska sredstva.

B. PORODICE OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA

- Članovi porodica osoba sa shizofrenijom i sličnim oboljenjima su **veoma opterećeni** brigom oko svojih oboljelih članova, jer je radi **neizvjesnosti toka bolesti** onemogućen samostalan život oboljelih i da bez njihove ili tuđe pomoći oboljeli ne bi mogli da žive sami.
- Zato kao rješenja vide načine zbrinjavanja oboljelih van bolnica, gdje je **zaštićeno stanovanje** percipirano kao **odlična mogućnost** i za sticanje samostalnosti, uz održavanje porodičnih veza. Kod manjeg broja članova porodica je boravak u bolnici pod stalnim nadzorom razmišljanje proisteklo iz ranijih iskustava koji su doprinijeli

formiranju stigmatizujućih stavova prema oboljelim članovima njihove porodice (agresivno ponašanje, strah i slično).

- Porodice su mišljenja da bi trebalo da postoji **kriterijum za izbor stanara** i da on treba obuhvatiti i **zajedničke interese** svakog od njih, što bi podstaklo lakši i plodonosniji zajednički život. Sa svoje strane, članovi porodice bi mogli da se **uključuju u rad** zaštićene kuće/stana puno lakše ako bi bio **u lokalnoj zajednici**, ali bi pronalazili načina da daju podršku svom oboljelom članu ako bude smješten u zaštićeni stan/kuću i u drugom gradu/opštini.

PREPORUKE

Na osnovu dobijenih podataka iz svih opština/gradova u regionu koji je obuhvaćen ovom Analizom (Regija Doboj u Republici Srpskoj, Posavski kanton u Federaciji Bosne i Hercegovine, te Brčko Distrikt) **generalna preporuka je da je model zaštićenog stanovanja potreban i poželjan, kao dio kvalitetne brige o osobama sa psihotičnim poremećajima** (shizofrenija i srodna oboljenja).

Potvrdu ovoj preporuci daju **pozitivni stavovi** uključenih javnih ustanova (centri za zaštitu mentalnog zdravlja, domovi zdravlja, centri za socijalni rad i lokalni organi uprave), ali i članova porodica oboljelih od psihotičnih poremećaja. Iskazana je **spremnost za podršku** ovome načinu vaninstitucionalne brige o oboljelima. Sa druge strane, izneseni **broj potencijalnih korisnika** koji bi trebalo da budu obuhvaćeni ovim načinom rehabilitacije je dovoljan, a i visok (oko 100 osoba).

Ipak, kao jedna od važnih napomena istaknuto je nepostojanje aktuelnih administrativno-pravnih regulativa za ovu oblast, koja bi imala lokalnu uključenost u većem stepenu. Postojanje jedne zaštićene jedinice u ovoj regiji, kao i prethodna iskustva dugogodišnjeg rada još jedne zaštićene kuće, koja više nije aktivna, mogu biti **osnov za pronalaženje zajedničkih rješenja za pokretanje inicijative** oko formiranja jedne ili više zaštićenih kuća/stanava sa iznalaženjem adekvatnih rješenja za finansiranje.

Lokalne uprave mogu imati značajnu ulogu, kroz uticaj na administrativnu podršku (zemljište, kuća, stan), finansijsku podršku (budžetska stavka, donatorska sredstva) i dodatnu podršku (lokalne kompanije). **Centri za socijalni rad i centri za zaštitu mentalnog zdravlja** imaju volju i dovoljan kapacitet da se uključuju u rad zaštićene kuće/stana, kroz povremene angažmane u radu sa ukućanima unutar zaštićene jedinice stanovanja. Sve javne ustanove bi trebalo da podrže osnivanje i rad zaštićene kuće/stana u lokalnoj zajednici i nekom vrstom preporuke prema nadležnim ministarstvima (zdravlja, socijalne zaštite, porodice, lokalne samouprave).

Razvijanje korisničkih inicijativa ili intenzivnije angažovanje postojećih (u kojima su zastupljeni oboljeli, članovi njihovih porodica i dijelom profesionalci) mogli bi biti takođe inicijatori i nosioci aktivnosti oko formiranja i rada ovog vida brige o osobama sa

shizofrenijom. Tome mogu doprinijeti i osmišljene programske aktivnosti sa održivosti i kontinuitetom, uz podršku koju bi dale javne ustanove, te posebno lokalne uprave. Iz toga razloga veze i saradnja korisničkih udruženja i članova porodica treba da budu intenzivnije, čvršće i sveobuhvatne.

Prema sadašnjem stanju, moguće je naći načine da u barem još jednoj lokalnoj zajednici bude formirana zaštićena kuća/stan, koja bi svojim radom i rezultatima bila primjer dobre prakse i podsticaj za nove jedinice zaštićenog stanovanja u ovom regionu, kao direktne podrške postignutim oporavcima osoba sa shizofrenijom.

U slučaju neiznalaženja adekvatnih rješenja ili do dostizanja stepena u kome bi se u legislativama iznašli adekvatni i podržani načini podrške zaštićenog stanovanja, preporučuje se da se ide u pravcu proširenja kapaciteta postojeće zaštićene kuće u Kladarima, koja djeluje u sklopu Specijalne bolnice za hronične duševne bolesti Modriča, u smislu formiranja i funkcionisanja nove stambene jedinice koja bi imala direktniju podršku institucija u lokalnim zajednicama ovoga regiona.



**Izradu publikacije podržala Američka agencija za međunarodnu saradnju (USAID).
Stavovi izneseni u ovoj publikaciji ne odražavaju nužno stav Američke agencije za
međunarodnu saradnju (USAID) niti Vlade SAD-a, već isključivo autora.**