

Мирослав Љ. Бркић*Факултет политичких наука, Универзитет у Београду*

УСЛУГЕ У ЗАЈЕДНИЦИ - ПРЕТПОСТАВКЕ ПРОЦЕСА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ*

Сажетак

Више од милион деце и одраслих живи у домовима широм Европе, најчешће изоловани од локалне заједнице, осујећени у задовољавању бројних људских права. Историјски посматрано, Европски систем социјалне заштите карактерисао је примат резиденцијалног смештаја над услугама у заједници. Под окриљем потребе за дуготрајном негом и подршком, већина оних који са становишта функционалистичких перспектива не могу да допринесу прогресу и стабилности друштва (деца, особе са инвалидитетом, стари) смештани су у домове. Временом су домови постајали својеврсна „гета“, у које су људи долазили као деца и остајали до краја живота. Ова појава је нарочито била изражена код душевно оболелих и особа са интелектуалним тешкоћама. Са савременим цивилизацијским тековинама, које фаворизују људска права, без обзира на различитости, стање је почело да се поправља. Процес институционализације замењује деинституционализација, која уместо домског наглашава значај живота у заједници. У Србији, као и осталим земљама у региону, овај процес је на самом почетку. Потребно је обезбедити много системских претпоставки да би се из начелне подршке прешло у практичну имплементацију. У овом раду анализирају се идеје и принципи деинституционализације, као и основне претпоставке за његову примену у Србији.

Кључне речи: деинституционализација, домски смештај, услуге у заједници, људска права, социјална заштита, одрживост система.

* Рад је настао у оквиру пројекта *Родна равноправност и култура грађанског статуса: историјска и теоријска утемељеност у Србији*, број 47021, Министарство просвете, науке и технолошког развоја.

1. ПОЈАМ И КАРАКТЕРИСТИКЕ ПРОЦЕСА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈЕ

Идеје деинституционализације тесно су повезане са појавом тзв. „социјалног модела”, по којем се инвалидност објашњава као резултат социјалних баријера које спречавају ове особе да се потпуно укључе у друштвене токове. Социјални рад, а самим тим и социјалне службе, дуго су биле под утицајем *медицинског модела*, који узроке проблема проналази у дисфункцијама и дезорганизацијама које своје примарно порекло имају у сфери личног. Човек је посматран као изоловано биће, отргнуто од своје социјалне и животне средине, релација, трансакција, интеракција које се унутар ње одигравају. Терминологија преузета из медицине (анамнеза, дијагноза, терапија, рехабилитација, прогноза) није била само израз неразвијености категоријално-појмовног апарата, него и показатељ циљева и садржаја социјалног рада у том периоду¹⁾. У таквом миљеу развијан је „*институционализовани систем заштите*” базиран на патерналистичком приступу, по којем потпуну контролу услуга, па самим тим и начина живота, врше стручњаци у специјализованим установама. Особе са инвалидитетом посматрају се као неспособне, услед чега им је потребна дуготрајна и надзирана заштита, што неминовно води до њихове социјалне изолације. Овакав приступ има „*онеспособљавајући ефекат*”, јер спречава особе са инвалидитетом да достигну и остваре свој пуни потенцијал у смислу независности и учешћа у друштву²⁾.

Са почетком 60-их година све су учествовали питања о корисности пресликавања медицинских модела у социјални рад и социјалне службе. Постепено се напуштају концепти по којима „болесно” треба тражити у појединцу, евентуално у породици. Пажњу стручњака све више закупају фактори средине, процеси међусобног повезивања и реципрочних утицаја између човека и његовог социјалног и животног окружења³⁾. Корисник се све ређе посматра као изолована (болесна) јединка, а све чешће као део система, у којем различите и многобројне трансакције, интеракције и релације утичу на квалитет живота, потреба и проблема. На настанак процеса деинституционализације снажно је утицала

- 1) Милосављевић Милосав, Мирослав Бркић, *Социјални рад у заједници*. Републички завод за социјалну заштиту, Београд, 2010, стр. 32
- 2) Charlotte Axelsson, Pascal Granier i Lisa Adams, *Изван деинституционализације: Нестабилна транзиција ка систему који пружа могућности у југоисточној Европи*. Disability monitoring initiative South East Europe, Београд, 2004, стр. 48-50.
- 3) Милосављевић Милосав, Мирослав Бркић, *Ibidem*, стр.33

и чињеница да средином седамдесетих година држава بلاگостања запада у прве озбиљније кризе. Оштрице критика усмерене су ка њеној економској нерентабилности, гломазности, спорости, патерналистичко-заштитарском карактеру помоћи, која је у супротности са партиципативно-демократским начелима грађанског друштва. Све ово допринело је формулисању захтева за децентрализацијом и деинституционализацијом система социјалне заштите и преузимању одговорности локалне заједнице за задовољавање социо-заштитних потреба грађана. У склопу тих захтева развија се модел **community care**, чији се основни циљеви испољавају на неколико различитих нивоа:

1. Реорганизацији гломазног институционално-административног система социјалне заштите на мање, функционалније и флексибилније целине унутар локалне заједнице.
2. Подстицању креативности, активног деловања и међусобне одговорности професионалаца и корисника, како би се избегла њихова пасивизација и дуготрајна зависност од туђе помоћи.
3. Укључивању примарних, неформалних група, односно целокупног волонтерског сектора у планирање и реализацију социо-заштитних програма⁴⁾.

Значајан разлог за развој ових приступа потекао је из незадовољства ефикасношћу и квалитетом рада институција. Оне су нарочито подстакнуте критикама и приказима тоталних институција⁵⁾, што је још снажније подржало идеје деинституционализације и децентрализације социјалних служби.

Упоредо са новим друштвеним токовима у области социјалног рада и социјалне заштите, организације особа са инвалидитетом развијају *филозофију самосталног живота*, са нагласком на концепту личне контроле, права и одговорности. Деинституционализација услуга постаје водећи тренд у Западној Европи и Северној Америци у раним седамдесетим годинама 20. века. Поједине земље, као Италија, Шведска и Норвешка, почеле су плански да затварају резиденцијалне установе великих размера и развијају услуге у заједници, пре свега у области социјалне и здравствене заштите. Нагласак је био на обезбеђивању адекватног смештаја у заједници (различити облици становања уз подршку), пружању

4) Malcom Payne, *Social Care in the Community*, London, 1986, Macmillan, pp 148.

5) Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Penguin, 1967, pp. 212 – 287.

различитих облика подршке за укључивање у свакодневни живот у заједници (персонална асистенција) и запошљавању, било на бази интегративног приступа или у оквиру наменски формираних социјалних предузећа.

Временом деинституционализација постаје принцип, начело социјалне правде које је много више од кретања појединаца из установа ка заједници. У том смислу може се дефинисати као **„процес у коме се систем првобитно намењен заштити особа са инвалидитетом тако што ће их искључити из друштва, трансформише у систем подршке који има за циљ да их интегрише у друштву нудећи им широк спектар услуга у заједници, уз поштовање принципа избора и одлучивања”**⁶⁾

Из ових разлога, поједини аутори наглашавају да деинституционализацију треба разликовати од трансформације резиденцијалних установа⁷⁾. Деинституционализација је шири појам, чији је крајњи циљ успостављање *система који пружа могућности*, подржавајући особе са инвалидитетом у остваривању и одржавању оптималног нивоа самосталности и друштвеног учешћа, узимајући у обзир личне чиниоце, окружење и очекивања⁸⁾. Са друге стране, трансформација је процес реформисања мандата резиденцијалних установа, односно услуга које пружају. Услуге смештаја трансформишу се у услуге у заједници, у циљу стварању система могућности. У том смислу, трансформација установа је битна карика у остваривању жељеног исхода, али се не може поистоветити са деинституционализацијом, која представља радикалну промену у свим сферама друштвеног живота, промену свести, прелазак са медицинског на холистички приступ, заснован на принципима права и пуног учешћа. У једном таквом систему особе са инвалидитетом имају једнак приступ свакодневним службама и услугама које постоје на нивоу заједнице (образовање, здравство, запослење и социјалне службе), индивидуализовану процену и планирање у складу са ресурсима на различитим нивоима, право на активну партиципацију у спровођењу и евалуацији мера које се односе на њихов живот.

6) Jim Mansell, Martin Knapp, Julie Beadle-Brown, Jeni Beecham, *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs*. Report of a European Study, 2007, Volume 2, str. 12

7) Charlotte Axelsson, Pascal Granier i Lisa Adams, *Ibidem*, str. 14

8) European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels, 2012. Dostupno na www.deinstitutionalisationguide.eu

2. ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ УСЛУГА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ

У најширем смислу услуге социјалне заштите деле се на оне које се пружају у природном окружењу корисника и у оквиру институционалног миљеа⁹⁾. У Србији, као и осталим бившим социјалистичким државама, резиденцијални смештај доминирао је у односу на ванинституционални. Последњих десетак година чине се напори да се развију услуге у заједници, а смањи број корисника домског смештаја. Позитивни резултати су постигнути када је реч о деци и младима без родитељског старања, док нема значајнијег напретка у односу на особе са инвалидитетом, независно од узрастних карактеристика.

Хранитељство је преузело примат у односу на смештај деце и младих без родитељског старања у установама. Према подацима Центра за породични смештај број деце и младих на хранитељству повећан је за 140 % у 2012. у односу на 2011, а скоро 14 пута у поређењу са 2008¹⁰⁾.

Са друге стране, број особа са интелектуалним тешкоћама и душевно оболелих смештених у домове, показује константу свих ових година.

У 15 установа за одрасле и старије са телесним, интелектуалним или менталним тешкоћама на смештају је у 2012 било 4552 корисника. Овај број са мањим осцилацијама присутан је свих протеклих година¹¹⁾. Оно што много више забрињава од самог броја је чињеница, да већина њих дуги низ година борави у дому. Између 11 и 19 година на смештају је 27,15% корисника, 24,01% је од 6 до 10 година, а 20 и више година чак 20.5% корисника. Више од две трећине (71,66%) је у установи више од 6 година а скоро половина више од 11 година¹²⁾. Ови подаци несумњиво говоре о недовољној ефикасности институционалног смештаја која доприноси социјалној изолацији корисника и немогућности интеграције у друштво. У прилог томе иде и чињеница да је највећи проценат корисника (88%) са територије других општина, што их уз претходно изнети податак о дужини боравка, реално онемогућава да се интегришу у локалну заједницу. Заправо, поставља се питање којој заједници

9) Мирослав Бркић, „Децентрализација система социјалне заштите у Србији: Између жељеног и могућег.“ *Српска политичка мисао*. Институт за политичке студије. Београд. Година XIX, вол. 35, бр. 1/2012, стр. 273-289.

10) У 2008 години на хранитељском смештају било је 191 дете, 2011-1083, а 2012 – 2622 деце и младих, Републички завод за социјалну заштиту, 2013а.

11) Поређења ради 2011. износио је 4623, Републички завод за социјалну заштиту, 2012.

12) Републички завод за социјалну заштиту, 2013б

припадају, оној из које воде порекло или оној на чијој територији су смештени, а нису укључени у њене свакодневне активности? Одговор је релативно једноставан. Не припадају локалној, већ домској (институционалној) заједници. У односу на презентоване податке, не чуди што 33,4% њих нема контакте са сродницима, а 14,8% има врло ретке. Кад је реч о старосној структури, најбројнија је популација између 45-59 година старости (38%), али је значајно присутна и категорија младих од 18-30 година са 11%¹³⁾. Дакле, ради се о особама које се са становишта узрасног критеријума, могу уз одговарајућу подршку укључити у заједницу.

Ситуација је слична када је реч о домовима за децу и младе са сметњама у развоју. Оно што додатно забрињава је податак да од укупно 1548 корисника, чак 49,9% чине одрасли и старији. Имајући то у виду и не чуди што 62% нема или има врло ретке контакте са родбином, односно што 56% борави у дому више од 11 година, а чак 28,4% преко 20 година¹⁴⁾. „Кад је реч о домовима за смештај деце и младих са интелектуалним тешкоћама, у Србији је присутан тренд својеврсне „негативне трансформације“, из домова за децу и младе у домове за одрасле и старије“¹⁵⁾. Очигледно да је већина лица изнад 26 година у установе дошла као деца, а у међувремену су доспели до зрелих година. Ови резултати несумњиво показују да домски смештај има све карактеристике трајног смештаја, својеврсног „гета“, изолованог од живота у заједници.

У најширем смислу, услуге се дефинишу као „активности пружања подршке и помоћи појединцу и породици ради побољшања, односно очувања квалитета живота, отклањања или ублажавања ризика неповољних животних околности, као и стварање могућности да самостално живе у друштву“¹⁶⁾. У том контексту услуге у заједници су оне које се обезбеђују у природном окружењу корисника, подстичу интеграцију и спречавају улазак у институције. Према Закону о социјалној заштити деле се на: дневне услуге у заједници, услуге подршке за самосталан живот, саветодавно терапијске и социо- едукативне услуге¹⁷⁾.

Према подацима центара за социјални рад у 137 локалних заједница, укључујући и српске енклаве на Косову и Метохији,

13) Републички завод за социјалну заштиту, *Ibidem*

14) Републички завод за социјалну заштиту, *Ibidem*

15) Miroslav Brkic, Aleksandar Jugovic, Nenad Glumbic, „Residential care for children with intellectual disabilities in the Social Protection system in Serbia.“, *European Journal of Social Work*, Taylor and Francis, London, 17(2), 2014, pp. 237-251.

16) Закон о социјалној заштити, члан 5. *Службени Гласник Републике Србије*, бр. 24/2011, Београд, 2011.

17) Члан 40. *Ibidem*.

укупан број услуга у заједници је 351¹⁸⁾. У 2012. години користи-ло их је 22.138 грађана. На први поглед, ови подаци делују задовољавајуће, али и површнија анализа показује да нису све услуге равномерно развијене, те да немају подједнак значај за процесе деинституционализације, посебно особа са инвалидитетом. Тако, у 37 општина не постоје социјалне услуге које се финансирају из буџета локалне самоуправе. Доминирају услуге помоћи у кући намењене старијим суграђанима, које се пружају у 78 општина. Са 11.446. корисника чине око 50% од укупног броја корисника услуга у заједници. Потом следе, дневни боравци за децу и младе са сметњама у развоју које се обезбеђују у 62 локалне заједнице, са 2039 корисника (9,2% од укупног броја корисника), а затим клубови за старе са 1572 корисника (7,1%). Услуге које су од изузетног значаја за процесе деинституционализације, у смислу превенирања одласка, односно напуштања институције, према расположивим подацима занемарљиво су присутне. Тако се становање уз подршку за особе са инвалидитетом обезбеђује се у само 7 општина са укупно 20 корисника. Услуге персоналне асистенције пружају се у 7 локалних заједница, при чему не постоје подаци о укупном броју корисника, вероватно и зато што су махом пројектно развијане. Дакле, очигледно је да доминирају услуге за старије (око 60%) свих корисника, док су рудиментално развијене оне које спадају у подршку за самосталан живот. Ови подаци несумњиво показују да су процеси деинституционализације особа са инвалидитетом још увек начелно подржани, те да су потребни организован и системски приступ да би значајније заживели у пракси.

3. ПРЕДУСЛОВИ ЗА УСПЕШНУ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈУ

Искуства многих земаља показују да је процес преласка из институционалног у контекст који подржава деинституционализацију, прилично дуг, те да траје између 15 и 20 година. Разлози се проналазе у многим системским променама које треба изазвати и одржати. Вероватно је најзахтевнији изазов промена свести, прелазак из медицинског у социјални модел, прихватање особа са инвалидитетом као пуноправних чланова друштва.

Према препорукама Европске експертске групе за транзицију из институционалне ка заштити базираној на услугама у заједници, постоји неколико корака или фаза у процесима деинституционализације које се морају испунити.

18) Годишњи извештај центара за социјални рад, Републички завод за социјалну заштиту 2013ц, Београд

3.1. Стварање друштвене и политичке климе за спровођење деинституционализације

За испуњење овог циља неопходно је да владе усвоје Европске смернице и стратешка документа и да се јасно одреде за деинституционализацију. Србија је потписала и ратификовала најзначајнија међународна документа: Конвенцију о правима особа са инвалидитетом и опциони протокол¹⁹⁾, Конвенцију о правима детета²⁰⁾, Европску и ревидирану Европску повељу. Потписујући ова документа Србија се определила да ће поштовати достојанство, индивидуалну самосталност, право на властити избор и независност, уважавање разлика и прихватање особа са инвалидитетом као пуноправних чланова друштва. На бази ових међународних докумената донети су национални закони и стратегије: Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом²¹⁾, Закона о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом²²⁾, Закона о забрани дискриминације, Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом у Републици Србији од 2007. до 2015. године²³⁾. Тиме је створен основни правни оквир за спровођење процеса деинституционализације. Међутим, пут од доношења закона до њихове примене у пракси је често дуготрајан и оптерећен различитим проблемима.

3.2. Процена ситуације

Ова фаза се сматра кључном за израду свеобухватне стратегије деинституционализације и акционих планова. Укључује системску анализу, процену доступних ресурса и прикупљање информација о постојећим услугама у заједници. Системска анализа треба да идентификује основна ограничења у социјалном, здравственом и образовном систему, који се сматрају круцијалним са становишта успешне деинституционализације. Ту се пре свега мисли на доступност услуга, утврђивање разлога за смештај, примену инклузивног образовања, стереотипе и предрасуде које постоје код

19) Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом, „Службени гласник РС“ – „Међународни уговори“, број 42/09

20) Република Србија је по основу сукцесије од 2001. године чланица Конвенције о правима детета

21) Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом, „Службени Гласник РС“, број 33/06

22) Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом „Службени гласник РС“, бр. 36/09. и 32/13.

23) Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом „Службени гласник РС“, број 1/07.

професионалаца и јавног мњења, да ли су професионална усмерења заснована на патернализму или оснаживању. На основу различитих анализа може се закључити да су у Србији услуге још увек недовољно доступне особама са инвалидитетом, да се су сиромаштво породице и немогућност да се брину о свом члану основни разлози за смештај, да се инклузивно образовање суочава са многобројним тешкоћама, те да многи професионалци још увек сумњају у могућности самосталног живота особа са инвалидитетом, посебно душевно оболелих и лица са интелектуалним тешкоћама.

Процена ресурса обухвата: људске, финансијске и материјалне/инфраструктурне ресурсе. У будућности, запослени у институцијама могу се ангажовати на пружању нових услуга. На тај начин добија се квалитетна радна снага и што је такође битно људи не остају без посла. Анализа финансијских и материјалних ресурса, треба да утврди најпогодније начине за развијање нових услуга, уз коришћење постојеће инфраструктуре и усмеравање новчаних токова у складу са смањењем броја корисника у домовима²⁴).

На крају, прикупљање информација о постојећим услугама, треба да укаже на њихове капацитете са становишта броја корисника, запослених, финансијских и инфраструктурних ресурса, типа пружаоца услуга (јавни, приватни, непрофитни). Претходно наведени подаци показују да не постоје свеобухватне анализе, те да поједине услуге у заједници нису довољно развијене. Овај закључак се не односи само на систем социјалне, већ и здравствене заштите, односно образовања. У том смислу, недостају центри за ментално оболеле особе у здравственом систему, док је о потешкоћама везаним за инклузивно образовање већ било речи.

3.3. Доношење стратегије деинституционализације и акционих планова

Анализе извршене у претходној фази, треба да допринесу изради свеобухватне националне стратегије, која ће јасно дефинисати рокове, исходе, носиоце, мораториј на пријем нових корисника и што је нарочито битно опредељење за планско затварање услуга за дуготрајни смештај. Посебан изазов представља усвајање акционих планова, који представљају конкретизацију стратеги-

24) У Србији се тренутно реализује пројекат ЕУ „Унапређење положаја корисника резиденцијалних установа са интелектуалним и менталним потешкоћама кроз стварање услова за њихово укључивање у друштво и локалну заједницу“ који треба да доведе до израде планова трансформације у 11 резиденцијалних установа за одрасле душевно оболеле и лица са интелектуалним тешкоћама, измештања једног броја њих у локалну заједницу, стварању основних претпоставки за деинституционализацију, укључујући и процене ресурса у институцијама и окружењу.

је. У Србији се тек планира доношење Стратегије деинституционализације²⁵⁾.

3.4. Доношење законске основе за развој услуга у заједници

Може се рећи да је у односу на овај захтев Србија највише напредовала. Закон о социјалној заштити дефинише основна начела²⁶⁾ и услуге у заједници. По први пут су препознате услуге становање уз подршку и персонална асистенција, што је од изузетне важности за деинституционализацију. Од посебног значаја је и чињеница да је у 2013. години усвојен Правилник о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите. Развијан је у широком консултативном процесу, односи се на све пружаоце услуга и прецизно дефинише структуралне и функционалне стандарде које треба испунити. Може се очекивати да ће неке одредбе претрпети измене, пре свега оне које се односе на становање уз подршку. Наиме, Правилник не прави разлику у односу на различите типове ове услуге (лимитирана, континуирана подршка), те је за очекивати да ће се ови недостаци исправити. Такође, треба напоменути да је у току израда закона који јасно дефинише услове под којима се могу ограничавати права и слободе лица са различитим хендикепима. У складу са европским законодавством, предвиђено је да се укине институт потпуног лишавања пословне способности, као и низ контролних мера које треба да онемогуће самовољу и произвољност у односу на људска права и слободе.

3.5. Развој мреже услуга у заједници

Ово се може сматрати једним од најзахтевнијих задатака, имајући у виду привредни развој и константан недостатак буџетских средстава. Олакшавајућа околност је што ће Србији бити доступни предприступни фондови ЕУ, из којих се делом може финансирати процес деинституционализације, односно развој услуга у заједници. Међутим, без планског приступа, рационалног трошења новчаних средстава и, што је можда још важније, промене ставова код многих доносилаца одлука да је улагање у социјалну заштиту „чист трошак или нужно зло“, значајнији резултати се не могу постићи. У циљу одрживости услуга и обезбеђивања стабил-

25) У оквиру поменутог пројекта ЕУ планирано је да се изради Национална стратегија, коју би Влада требало да усвоји до краја 2015.

26) Начела поштовања интегритета и достојанства корисника, забране дискриминације, најбољег интереса корисника, најмање рестиктивног окружења, ефикасности и благовремености социјалне заштите, целовитости социјалне заштите, унапређења квалитета социјалне заштите, јавности рада, доступности и индивидуализације социјалне заштите.

них извора финансирања, може се размишљати и о увођењу изворних прихода за услуге социјалне заштите. Базирали би се на солидарном издвајању новчаних средстава током радног века, како би се обезбедила дуготрајна заштита по потреби у старости, услед настанка инвалидности, односно за посебно осетљиве групе.

Такође, поред социјалних услуга, неопходно је развијати и здравствене, односно услуге у области запошљавања. Пре свега се мисли на центре за ментално здравље у заједници, односно различите облике социјалних предузећа и кооператива.

3.6. Алокација људских и финансијских ресурса

О овом захтеву је углавном било речи. Оно што треба истаћи је нужност увођења принципа „новац прати корисника“. Наиме, тренутно се у Србији услуге домског смештаја финансирају „по кревету“, односно јединици смештаја. Овакав начин отежава процес деинституционализације, јер домови нису мотивисани да га подрже, пошто одласком корисника губе и финансијска средства. У наредном периоду неопходно је успоставити цену у односу на услуге. Тако би корисници независно од услуге које добијају располагали са новцем који им је доступан.

У циљу алокације људских и организационих ресурса потребно је развијати концепт регионалних услуга. Уместо једног пружаоца домског смештаја, формирале би се организације, лиценциране за пружање различитих услуга (нпр. домског смештаја, становања уз подршку, помоћи у кући) које би своје услуге пружале на територију које укључују више општина. На тај начин би се обезбедила већа ефикасност и економичност.

3.7. Израда индивидуалних планова

Процес деинституционализације је усмерен ка конкретним људима, са именом и презименом, снагама и ограничењима. Из тих разлога, потребна је израда индивидуализованих планова, који ће јасно утврдити жељене исходе, динамику, услуге и активности, неопходне корисницима за вођење што самосталнијег живота у заједници. Један од проблема са којима се тренутно суочава систем социјалне заштите је што су планови углавном формализовани и не наглашавају индивидуалност корисника. Развијањем методологија за процену и континуираним едукацијама последњих пар година чине се напори да се ови недостаци отклоне. За очекивати је да ће процеси деинституционализације убрзати овај процес, јер уместо планирања за живот у дому, планира се излазак из њега, што је квалитативно и садржински веома различито.

3.8. Израда инструмената за мониторинг и евалуацију услуга

Праћење ефеката предузетих мера и активности мора се континуирано пратити, како би се сагледали постигнути ефекти и правовремено отклањали недостаци. У том смислу неопходно је израдити одговарајуће инструменте за мониторинг и евалуацију, а то је могуће једино уколико се дефинишу јасни планови на свим нивоима са прецизним активностима и исходима. Искуства других земаља (нпр. Чешке) показују да је неопходно формирати посебно тело/одбор на нивоу републике или региона које ће водити процес деинституционализације, подржавати све актере, контролисати и перманентно евалуирати постигнуто.

3.9. Континуирана едукација професионалаца

Континуирана едукација професионалаца је саставни део процеса деинституционализације, јер од њих у крајњој инстанци зависе коначни резултати. Од круцијалног је значаја отклањање предрасуда и стереотипија о могућностима особа са инвалидитетом, стручних приступа заснованих на патерналистичко-заштитарским основама. Тек кад они који непосредно раде са корисницима, почну истински да верују у њихове способности и људска права свих, могуће је у потпуности спровести деинституционализацију. Да би се ово и догодило није довољна само едукација, већ и константна подршка, побољшање услова рада, бољи структурални и кадровски стандарди.

Очигледно је да се пред Србијом налазе многобројни изазови у процесима деинституционализације. Успех се не може постићи за кратко време, зато је потребно јасно политичко опредељење да назад не постоји. Уз овај услов и систематско планирање могуће је постићи резултате на задовољство свих, а пре свега оних социјално искључених, маргинализованих и депривилегованих.

ЛИТЕРАТУРА

- Axelsson Charlotte, Granier Pascal, Adams Lisa. *Изван деинституционализације: Нестабилна транзиција ка систему који пружа могућности у југоисточној Европи*. Disability monitoring initiative South East Europe, Београд, 2004.
- Бркић Мирослав. „Децентрализација система социјалне заштите у Србији: Између жељеног и могућег.“. *Српска политичка мисао*. Институт за политичке студије. Београд, година XIX, вол. 35, бр. 1/2012.

- Brkic Miroslav, Jugovic Aleksandar, Glumbic Nenad, „Residential care for children with intellectual disabilities in the Social Protection system in Serbia.“, *European Journal of Social Work*, Taylor and Francis, London , 17(2), 2014.
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brussels, 2012. Доступно на: www.deinstitutionalisationguide.eu
- Goffman Erving, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Penguin, 1967.
- Mansell Jim, Knapp Martin. Beadle-Brown Julie, Beecham Jeni, *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs*. Report of a European Study. Volume 2, 2007.
- Милосављевић Милосав, Бркић Мирослав, *Социјални рад у заједници*. Републички завод за социјалну заштиту. Београд, 2010.
- Републички завод за социјалну заштиту а (2013). Синтетизовани извештај о раду центара за породични смештај и усвојење деце и омладине за 2012. годину. Београд.
- Републички завод за социјалну заштиту б (2013). Синтетизовани извештај о раду установа за смештај старијих у Србији за 2012 годину. Београд.
- Републички завод за социјалну заштиту ц (2013). Синтетизовани извештај о раду центара за социјални рад у Србији за 2012. годину. Београд
- Стратегија унапређења положаја особа са инвалидитетом „Службени гласник РС”, број 1/07.
- Payne Malcom, *Social Care in the Community*, London, Macmillan, 1986.
- Закон о социјалној заштити, члан 40. *Службени Гласник Републике Србије*, бр. 24/2011, Београд, 2011.
- Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом, „Службени гласник РС“– „Међународни уговори“, број 42/09
- Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом, „Службени Гласник РС“, број 33/06
- Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом „Службени гласник РС”, бр. 36/09 и 32/13.

Miroslav LJ.Brkić

COMMUNITY BASED SERVICES – ASSUMPTIONS OF THE PROCESS OF THE DE-INSTITUTIONALISATION

Resume

Deinstitutionalization process should lead to the inclusion of vulnerable social groups in local community, to take over to more control their own lives. In Serbia, this process is on the beginning. To achieve this aim, deinstitutionalization needs to be planned and implemented in the phases, with evocation largest systematic changes, among which the most important are: political decisions about gradual closure the large institutions, moratorium on the reception new users, development

community based services, securing sustainability sources for their financing, transformation from medical to social model interpretation of the handicap with full participation users in all phases of professional procedures.

Key words: deinstitutionalization, residential institutions, community based services, human rights, sustainability of the system.

* Овај рад је примљен 19. јуна 2014. године а прихваћен за штампу на састанку Редакције 18. септембра 2014. године.