

УДРУЖЕЊЕ СТРУЧНИХ РАДНИКА
СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ СРБИЈЕ

АКТУЕЛНОСТИ

*Београд
Бр. 5-6/2009.*

АКТУЕЛНОСТИ – Информативни билтен Удружења стручних радника социјалне заштите Републике Србије

За издавача:

Ђорђевић Србијанка

УРЕЂИВАЧКИ ОДБОР

Чуровић Миленко – председник

Грубић Биљана

Захар Кери Гизела

Јулинац Нада

Крањц Силвија

Милачић Зоран

Милојевић Славица

Олујић Снежана

Поповић Славица

Стевановић Снежана

Главни и одговорни уредник

Славица Милојевић

Лектор и коректор

др Ана Гавриловић

Штампа

Чигоја штампа

Београд

Тираж

350 примерака

Година X

Број 5–6/2009

Билтен издаје:

Удружење стручних радника
социјалне заштите Републике Србије
Геронтолошки центар Београд
Марије Бурсаћ 49, 11080 Земун

Телефон Удружења:

(011) 267–1040 локал115

Електронска пошта Удружења:

udruzenjetk@yubc.net

Електронска пошта Билтена:

aktuelnosti@gmail.net

Текући рачун:

205–20184–64 код КОМЕРЦИЈАЛНЕ БАНКЕ
БЕОГРАД

САДРЖАЈ

ПРЕДГОВОР	5
-----------------	---

Из рада Удружења

<i>Милка Миловановић-Минић, Председница секције дефектолога</i> ИЗВЕШТАЈ СА СТРУЧНОГ СКУПА ДЕФЕКТОЛОГА	7
<i>Миодраг Л. Талпеш, Председник секције социјалних радника</i> СТРУЧНИ СКУП СОЦИЈАЛНИХ РАДНИКА „ШУМАРИЦЕ-2009“	10

Из праксе за праксу

<i>Бранка Милошевић, медицинска сестра техничарка</i> <i>Геронтолошки Центар Обреновац</i> ДЕМЕНЦИЈА СТАРИХ	13
<i>Гордана Борас Вељковић, дипл. социјална радница</i> <i>Специјална болница за болести зависности</i> ПРЕВЕНЦИЈА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ	16
<i>Јеловац Марија, виша медицинска сестра</i> <i>Геронтолошки центар Панчево</i> ПОШТОВАЊЕ СТАНДАРДА И КРИТЕРИЈУМА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ У ГЕРОНТОЛОШКОМ ЦЕНТРУ	20
<i>Невена Драгићевић, физиотерапеут, Геронтолошки центар Шабац</i> КИНЕЗИТЕРАПИЈА У ГЕРИЈАТРИЈИ	22
<i>Нишавић Урош, Завод за смештај одраслих лица „Мале пчелице“</i> МАНИЧНО ПОНАШАЊЕ	24

<i>Сретен М. Јелић, доцент др, Пољопривредни факултет Земун, Београд</i> СОЦИЈАЛНО – ЕКОНОМСКИ АСПЕКТИ ЖИВОТА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ.....	27
---	----

Нове услуге у социјалној заштити

<i>Ива Бранковић, Саветница за професионалну обуку</i> <i>Републички завод за социјалну заштиту</i> ПРОФЕСИОНАЛНА ОБУКА У ФУНКЦИЈИ ТРАНСФОРМАЦИЈЕ РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИХ УСТАНОВА И УСПОСТАВЉАЊА УСЛУГА У ЗАЈЕДНИЦИ.....	39
---	----

<i>Данијела Звеккић дипл. социологисткиња</i> <i>Љиљана Поповић дипл. социјална радница</i> <i>Центар за социјални рад Града Суботице</i> РАЗВОЈ НОВЕ УСЛУГЕ У ЛОКАЛНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ – „ДНЕВНИ ЦЕНТАР ЗА ДЕЦУ И ОМЛАДИНУ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ У ПОНАШАЊУ“	42
--	----

<i>Жељка Бургунд, руководилац програма „СОС дечија линија“</i> <i>Центар за заштиту одојчади деце и омладине Београд- развој услуга</i> СОС ДЕЧИЈА ЛИНИЈА – програм телефонског саветовања за децу и младе	49
---	----

<i>Радовановић Јелена,</i> <i>дипломирана социјална радница, Центар за социјални рад Бајина Башта</i> ИСКУСТВА У ПРУЖАЊУ УСЛУГЕ „ПОМОЋ У КУЋИ ЗА ДУШЕВНО БОЛЕЛА ЛИЦА“	56
--	----

Инострана искуства

<i>Фиона Кој</i> МОДЕЛ ДИФЕРЕНЦИРАНОГ ОДГОВОРА У СТРУЧНОМ РАДУ СА ЗЛОСТАВЉАНОМ ДЕЦОМ НА НОВОМ ЗЕЛАНДУ	61
---	----

ПРЕДГОВОР

Поштовани читаоци,

Пред вама се налази последњи двоброј информативног билтена Удружења стручних радника социјалне заштите Србије за 2009. годину. Ова година представља својеврсни јубилеј – 15 година рада Удружења, али је истовремено и међународни јубилеј – 20 година Конвенције о правима детета, усвојене на Скупштини УН 20. новембра 1989. године.

У том контексту, потрудили смо се да у овом броју прикажемо активности Удружења, кроз приказ три стручна скупа – Секције дефектолога, Секције здравствених радника и Секције социјалних радника. Такође, прикупили смо и приредили смо и део савремених искустава из праксе социјалне заштите, као и практична искуства у конципирању савремених услуга и праксе у систему социјалне заштите у Србији. Како нашу читалачку публику чине стручни радници свих профила, потрудили смо се да уврстимо и теме које су актуелене у брзи о старим лицима, превенцији болести зависности и брзи о особама са инвалидитетом.

Потрудили смо се и да пренесемо искуства квалитетне праксе из иностранства, те у овом броју представљамо превод текста о стручном раду са злостављаном децом на Новом Зеланду, ауторке Фионе Кеј.

У складу са тежњама да континуирано унапређујемо стручне часописе у нашој области, током наредне године ћемо у садржај и концепцију „Актуелности“ унети одређене промене, о којима ћемо вас благовремено информисати. Верујемо да ћете и у том процесу бити уз Редакцију и да ћете и те измене препознати као део заједничких напора ка унапређењу квалитета наше професионалне праксе.

Драги читаоци, као што сте и сами уочили, уређивачка редакција „Актуелности“ претрпела је и једну измену: због професионалних обавеза, г-дин Мр Војин Виданић је онемогућен да обавља функцију главног и одговорног уредника и овом приликом му захваљујемо на досадашњем ангажовању, уверени да ће у складу са могућностима остати сарадник часописа. Као даљи уређивачки приступ, определили смо се да имамо гост-уредника.

Захваљујемо на спремности да редовно шаљете своје стручне текстове и подсећамо вас да своје прилоге можете слати на **aktuelnosti@gmail.com**

Свим колегама, сарадницима и члановима Удружења желимо успешну 2010. годину, у професионалном и личном животу.

Гост уредник
Славица Милојевић
Београд, новембра 2009. године



Из рада Удружења

Милка Миловановић-Минић
Председница Секције дефектолога

ИЗВЕШТАЈ СА СТРУЧНОГ СКУПА ДЕФЕКТОЛОГА

Стручни скуп Секције дефектолога под називом „Улога дефектолога у реформисаном систему социјалне заштите“ одржао се 29. септембра у конгресној сали Дома за децу и омладину ометену у развоју „Сремчица“. Овај стручни скуп имао је циљ да афирмише улогу дефектолога запослених у установама социјалне заштите и да артикулише проблеме и недоумице са којима се овај стручни профил суочава у свакодневном раду.

У раду скупа учествовали су дефектолози запослени у установама социјалне заштите: домовима за децу, омладину и одрасле особе ометене у развоју; центрима за социјални рад; дневним боравцима; домовима за децу без родитељског старања и невладиним организацијама. Укупно 70 дефектолога из ових установа и организација, уз подршку професора са матичног факултета, представника ресорног министарства, Друштва дефектолога и Синдиката скренуло је пажњу јавности на значај овог стручног профила у процесу трансформације установа социјалне заштите и свеукупне реформе система.

Програмом рада скупа предвиђене су четири радионице које су биле усмерене ка јасном дефинисању

компетенција и улога дефектолога у институционалним и ванинституционалним моделима подршке у светлу актуелне реформе система социјалне заштите. Поред тога, у радионичарском раду истакнут је значај постојања униформних дефектолошких образаца за детекцију, дијагностику, третман и евауацију ефеката примењеног третмана који се посматрају као предуслов за израду индивидуалних и генералних планова заштите корисника.

ЗАКЉУЧЦИ СА РАДИОНИЦЕ БР. 1

КОМПЕТЕНЦИЈЕ КОЈЕ ПОСЕДУЈУ ДЕФЕКТОЛОЗИ И ОНЕ КОЈЕ БИ ТРЕБАЛО ДА РАЗВИЈАЈУ У БУДУЋНОСТИ

Проф. др Власта Миладиновић
Вања Аничкић, дипл. дефектолог

1. Организовати различите облике доедукација у виду специјализација (у оквиру факултета) и других облика едукација (семинари, стручно усавршавање, саветовање).

2. Удружење стручних радника социјалне заштите треба да се активно укључи у израду нормативних аката, стандарда и правилника, као и свих других правила и норми којима се регулише положај корисника у установама резиденцијалног типа.
3. Да се задржи статус стручних радника (како не би дошло до деградирања и девалвирања професије).
4. Да се у новој мрежи установа форме установе намењене збрињавању корисника са вишеструком ометеношћу, јер је у порасту проблем мултихендикепираности.
5. Да се унапреди сарадња између установа социјалне заштите, Министарства за рад и социјалну политику и факултета.
6. Подржава се настојање да се формира „Комора стручних радника у социјалној заштити,,“

ЗАКЉУЧЦИ СА РАДИОНИЦЕ БР. 2

*ПЛАНОВИ И ПРОГРАМИ –
ИНДИВИДУАЛНИ ПЛАН ТРЕТМАНА И
ГЕНЕРАЛНИ ПЛАН ЗАШТИТЕ
КОРИСНИКА*

Проф. др Горан Недовић
Емина Пушкаревић, дипл. дефектолог

1. Дефинисати дефектолошку службу у области социјалне заштите.
2. Уједначавати методологију рада на нивоу свих установа.
3. Израдати базе података .
4. Усвојити и развијати нове услуге и технологије.

5. Користити јединствену терминологију.
6. Обезбедити међусобну размену информација.
7. Јачати струковно удружење.
8. Увести јединствене стандарде – структуралне и функционалне.
9. Примењивати савремена научна достигнућа из области рехабилитације особа ометених у развоју.

ЗАКЉУЧЦИ СА РАДИОНИЦЕ БР. 3

*УЛОГА ДЕФЕКТОЛОГА У
УСТАНОВАМА СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ*

Проф. др Власта Миладиновић
Доц. др Горан Јованић
Владимир Савић, дипл. дефектолог

1. Учесници радионице бр. 3 сматрају да је потребно да Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију на квалитетнији и потпунији начин упознаје студенте са условима рада у установама социјалне заштите (више часова практичног рада).
2. Велики број корисника у групи представља неповољне услове рада и значајно отежава реализацију индивидуалног програма третмана.
3. Потребно је размотрити статус стручних сарадника у складу са пословима које обављају са корисницима.
4. Оснивати специјализоване установе за кориснике са комбинованим сметњама пошто за тим постоји очигледна потреба.
5. Неопходно ја да се стручни тимови ЦСР значајније укључују у реализацију рехабилитације корисника, и да заједно са стручним тимом установе врше

процену напретка корисника након одређеног времена проведеног у установи, како би се сагледала могућност повратка истих у локалне заједнице из којих су дошли у установу

ЗАКЉУЧЦИ РАДИОНИЦЕ БР. 4

УЛОГА ДЕФЕКТОЛОГА У ВАН ИНСТИТУЦИОНАЛНИМ МОДЕЛИМА –

САРАДЊА ИНСТИТУЦИЈА И НВО У ПЛАНИРАЊУ И РЕАЛИЗАЦИЈИ УСЛУГА У ЗАЈЕДНИЦИ

Владан Јовановић, дипл. правник
Јелена Јосифов, дипл. дефектолог

1. Услуге које се пружају у ПАРТ-НЕРСТВУ са НВО и институција квалитетније су него услуге које институције и НВО организују самостално.
2. УСЛУГЕ у јавном сектору морају бити КВАЛИТЕТНЕ, без обзира ко их пружа НВО – или установе.
3. ДРЖАВА је дужна да направи јасан систем и правила, по којима НВО пружају услуге.
4. НВО често могу више и лакше да бирају кориснике којима ће пружати услуге, него државне институције
5. Дефектолози и професионалци у НВО, могу користити знање и искуство дефектолога у установама социјалне заштите, да би добили важне информације о корисницима и њиховим потребама.
6. Развој услуга у заједници ПРЕ-ВЕНИРА улазак корисника у установе социјалне заштите.

Овај стручни скуп је имао циљ да афирмише улогу дефектолога запослених у установама социјалне заштите. Кроз његов рад артикулисани су проблеми и недоумице са којима се дефектолози суочавају у свакодневном раду, а који су повезани са тешкоћама интеграције овог стручног профила у реформисани систем социјалне заштите.

Учесници овог скупа очекују да ће усвојени закључци иницирати промене у Закону о социјалној заштити како би се могло адекватно утицати на измене и допуне делова закона којима се регулише:

1. улога дефектолога у установама социјалне заштите
2. права и обавезе дефектолога
3. стручне компетенције и
4. стручно усавршавање.

Скupu су, поред дефектолога из свих сродних установа у систему социјалне заштите, присуствовали и представници ресорног министарства, Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију, Факултета политичких наука, локалне самоуправе, Републичког завода за социјалну заштиту ...

Миодраг Л. Талпеш
Председник секције социјалних радника

СТРУЧНИ СКУП СОЦИЈАЛНИХ РАДНИКА „ШУМАРИЦЕ-2009“

У јубиларној години када Удружење стручних радника у социјалној заштити обележава 15 година свога постојања и рада, са задовољством можемо констатовати да су у пракси потврђене вредности за које се исто од свог оснивања залагало, а да је у оквиру њега и Секција социјалних радника свакако стремилa приоритету третирања тема и активности које су исходиле суштинском циљу – обезбеђењу услова колегама за унапређење рада са крајњим корисницима.

Конституисање Секретаријата

Секретаријат је конституисан на седници одржаној у Специјалној психијатријској болници „Др Славољуб Бакаловић“ у Вршцу, 23. VI 2008. год. у следећем саставу, председник: Талпеш Миодраг и чланови: Новаков Мирјана, Радисављевић Светлана, Чуровић Миша, Чеперковић Раде и Петровић Драган.

Раду Секретаријата активан допринос дали су поред наведених чланова и: Ђорђевић Србијанка – председница Удружења стручних радника социјалне заштите, Гајић Живорад – директор Републичког завода за социјалну зашти-

ту, представнице Покрајинског завода за социјалну заштиту Тања Грнчарски и Снежана Ђорић, као и представници Друштва социјалних радника Бранка Балабан и Тасић Миодраг.

У тим околностима акценат у раду Секретаријата је дат разматрању оних питања која на најдиректнији начин доприносе успостављању кредибилне позиције професије социјални радник, али и механизмима подизања квалитета, стручности и ефикасности самог стручног рада у установама, што бољој увезаности теоретских и истраживачких сазнања, са реалним могућностима примене истих у свакодневној пракси непосредног социјалног рада

Стручни скуп социјалних радника „ШУМАРИЦЕ-2009“

Како би сва наведена питања, као и многа друга која нису до сада привукла пажњу Секретаријата могла да добију потврду и од највечег броја колега социјалних радника, – од 4-6 новембра у Хотелу „Шумарице“ у Крагујевцу организован је дводневни стручни скуп социјалних радника, у организацији Удружења стручних радника

у социјалној заштити, и уз учешће Друштва социјалних радника.

Наравно, да смо свесни чињенице да су неки други облици стручног усавршавања у појединим ситуацијама можда чак и сврсисходнији, али чланови Секретаријата су били мишљења да организација једног оваквог стручног скупа социјалних радника обезбеђује и сплет позитивних елемената, тако што се на једном месту обезбеђује боље међусобно упознавање, као и успостављање непосредних контаката и сарадње, али и размене мишљења и искустава међу колегама из физички врло удаљених средина, као и колега из различитих профила установа у оквиру система социјалне заштите, али и оних који су запослени ван система социјалне заштите.

Бавећи се централном темом наведеном у тексту, стручни скуп је био подељен у три тематске целине:

- „У сусрет закону о социјалној заштити
- „Развој локалних услуга и трансформација резиденцијалних установа“
- „Актуелности о образовању социјалних радника и горућа питања статуса“

Након званичног отварања скупа и поздравне рећи председника Секције социјалних радника Миодрага Талпеша, скупу се обратила и зажелела угодан боравак у овом граду и представник града домаћина г-ђа Славица Савелић, члан већа задужена за социјалну политику града Крагујевца.

Одмах након тога више од 200 колегиница и колега пристиглих из свих крајева наше земље имали су задовољство да чују презентацију Помочника министра за рад и социјалну политику, проф. Др. Мирослава Бркића: „У сусрет Закону о социјалној заштити“. У скоро једночасовном излагању проф. Бркић је изнео битне идеје

и концепте нових законских решења и сагледавању у овом тренутку, уз наглашавање да текст закона још увек није коначно дефинисан из разлога што је неопходно ускладити га са реалним материјалним могућностима друштва. Али оно што је по нашем мишљењу важно јесте да се исти базира на лиценцирању услуга, њиме се унапређује квалитет рада, а систем инспекције и стручног надзора се чини функционалнијим. Утврђују се различити системи финансирања, исти се базира на подзаконским актима, дефинишу се начела и права корисника, као и групе услуга социјалне заштите. Уводе се новине у новчаној социјалној помоћи. Обезбеђење услуга се дефинише путем јавних набавки, као и у непосредном уговарању и коришћењу услуга. Улога коморе социјалне заштите, лиценцирање, финансирање и многа друга питања су такође отворена у овој презентацији која је са изузетном пажњом пропраћена од свих присутних.

Други дан скупа, који је ударно био посвећен теми: „Развој локалних услуга и трансформација резиденцијалних установа“ започео је уводном презентацијом г-дина Љубомира Пејаковића, саветника у Републичком министарству за социјалну политику на тему: „Свеобухватни план трансформације резиденцијалних установа социјалне заштите за децу 2009/2013. год.“ Овај план иначе обухвата све установе за смештај деце, и то: деце без родитељског старања, деце са сметњама у развоју и установе за васпитање деце и омладине. Презентовани су нормативни оквири, као и конкретизација појединих сагледавања везаних за перспективе појединих установа за децу, што је наишло на веома високу саинтересованост колега.

У наставку преподневног рада следиле су следеће презентације:

- Ива Бранковић из Републичког завода за социјалну заштиту:

- „Професионална обука у функцији трансформације резиденцијалних установа у успостављању услуга у заједници“
- Уместо службено спречене г-ђе Славице Савељић испред града домачина презентацију исте на тему: „Ризици и одрживост локалних услуга у Крагујевцу“ говорила је г-ђа Весна Димитријевић, начелник одељења за социјалну заштиту у градској управи Крагујевца
 - Татјане Лазор из Поктајинског завода за социјалну заштиту: „Мониторинг развоја социјалних услуга у АП Војводини“.
 - У поподневном раду скупа представљен је рад у оквиру започете теме, следечим презентацијама:
 - Љиљане Поповић из Центра за социјални рад Суботица, на тему: „Развој нове услуге у локалној заједници – проблеми и изазови“
 - Снежана Николић из Центра за социјални рад Књажевац: „Заједнички кораци локалне самоуправе и ЦСР у развоју нових услуга из области социјалне заштите“
 - Ливиа Вранић-Варади из општинске управе Кањижа: „Успостављање и одрживост услуге – примери добре праксе из Кањиже“
 - Презентација Гордане Калнак, члана Општинског веча Вршац: „Међуопштинско саветовалиште за предбрачне, брачне и породичне односе, као нова услуга на регионалном нивоу“ која је била најављена у званичном програму отказана је због болести г-ђе Калнак.

У наставку поподневног рада требало је да се отвори треча тематска

целина: „Актуелности у процесу образовања социјалних радника“, презентацијом проф. др. Ане Чекеревац, продекана за основне студије на ФПН У Београду: „Болоњска де-кларација и перспективе образовања социјалних радника / Потребне за реформама образовног система на ФПН у Бгд“ али је због болести професорке исто отказано. Због чега смо одмах прешли на рад округлог стола којим је руководио председник Секције социјалних радника Миодраг Талпеш, на тему: „Утврђивање реалног интереса колега са ВИ степеном стручне спреме за наставак студија на ФПН у Београду“. Уследила је врло успешна дискусија у којој су поред веома великог броја високо заинтересованих колега и колегиница, врло конструктивно учествовали и директор Асоцијације центара за социјални рад Србије Раде Чеперковић и председник Синдиката запослених у социјалној заштити Миша Чуровић. Донети су закључци да се е-маилом упуту свим установама социјалне заштите образац упитника са коментаром, како би заинтересоване колеге могле у року до 30 дана да се изјасне о својој одговорној заинтересованости за евентуални наставак студија.

Стручни скуп је по плану завршен Закључним разматрањима скупа (које је такође било веома добро посећено), где су доминирале оцене да је исти веома добро организован и за услове (грип и финасије) изузетно добро посечен, али би убудуће требало више пажње посветити медијском представљању, као и обезбедјењу финансијских средстава да се одштапају и одговарајући материјали, презентације и сл.



Бранка Милошевић,
медицинска сестра техничарка
Геронтолошки центар Обреновац

ДЕМЕНЦИЈА СТАРИХ

О деменцији

Деменцију људи обично зову сенилност. Представља постепено погоршање интелектуалних способности све до потпуног оштећења социјалног и радног функционисања. Најистакнутији симптоми су: тешкоће у памћењу (посебно недавних догађаја), дезорјентисаност у времену и простору, тешкоће у говору, промене расположења и понашања (напади агресивности, несаница, параноидност, узбуђеност, халуцинације, губитак иницијативе, чак не признају ни своје најближе, лоше одржавање хигијене до потпуне неконтролисаниости обављања физиолошких потреба).

Деменције се обично деле на две категорије: примарну и секундарну.

Примарна, тј. Алцхајмерова (Alzheimer) болест, настаје директно оштећењем можданог ткива и чини 50% деменције међу старима. Болест је чешћа код жена него код мушкараца, а смрт наступа 10-12 година након појаве симптома болести, где мождано ткиво неповратно пропада. Најчешће се јавља код особа изнад 60 година старости, мада се може јавити и раније

(око 45. године), са учесталашћу код особа старијих од 85 година.

Тренутно у свету болује око 15 милиона људи од Алцхајмерове болести. На листи земаља са најстаријом популацијом, који су постављени на научном скупу Српске академије наука и уметности, према

подацима из октобра прошле године, Република Србија заузима четврто место. Болест је практично неизлечива и тешка, али се може утицати на спорост њеног тока. Деградира личност, наследна је, изазива велике материјалне трошкове за појединца, његову породицу и цело друштво. То су све разлози зашто се у последње време врше интензивна истраживања етиопатогенезе болести и уводе нови лекови.

Секундарна деменција је узрокована болестима које не нападају мозак директно: депресија, хормонална неравнотежа, лекови, артериосклероза, мождани удар, различите инфекције (АИДС, упала плућа и сл.).

Где сместити дементну особу

Нега дементне особе је велика обавеза за породицу. Брига о болеснику

траје 24 сата и подразумева облачење, помоћ при обављању личне хигијене, узимању оброка, шетњи, одласку код лекара. Чланови породице, у почетку болести, покушавају да помогну, доводе дементну особу код себе или је обилазе, унајмљују неговатељицу, али ни једно од тих решења, најчешће, није задовољавајуће ни за болесника ни за породицу којој угрожава њен квалитет живота.

Смештај у геронтолошки центар

Имајући у виду да је потреба да се дементне особе сместе у домове за стара и дементна лица из разлога неге (генерално гледајући, мада има и особа које себи могу приуштити такву услугу ван дома), доводи до чињенице да се у домовима може обезбедити квалитет неге кроз активности о којима се брине ТИМ:

- *лекари* – постављањем тачне дијагнозе, прописивањем адекватне медицинске терапије;
- *медицинске сестре* – спровођењем прописане терапије, свакодневним праћењем здравственог стања корисника и правовременим обавештавањем лекара о свакој промени здравственог стања, подстицањем комуникације;
- *неговатељице* – одржавањем хигијене простора у коме дементна особа борави као и њене личне хигијене (код инконтинентних пацијената пелене за одрасле треба мењати 3-4 пута на дан; кожа оболелог у сваком тренутку мора бити чиста и сува);
- *физиотерапеути* – применом физикалне терапије (електро, кинези, хидро терапија) омо-

гућавају очување угрожених функција локомоторног система (јер „болест“ у свом току носи и губитак телесних способности, снаге и покретљивости). Ход треба очувати што дуже, иако пацијент није у стању да направи више од пет корака. Ако је пацијент потпуно непокретан, највећа опасност за њега је „декубитус“. Спречавање настанка декубитуса постиже се форсираним одржавањем циркулације угрожених подручја масажом и пасивним вежбама. Примена антидекубиталних душека такође има велики значај за овакве пацијенте.

- *радни терапеути* – применом радне терапије омогућавају да се стање оболелих од деменције побољша, да појединац поново стекне и одржи вештине потребне за учешће у свим аспектима живота, да се мотивише и анимира, учи координацији, буди креативност коју је поседовао раније. Оболели се подстичу да се уз разне хобије попуни слободно време у складу са њиховим психичким и физичким могућностима. То може да буде ручни рад (дрво, канап, платно), гајење цвећа, шетња, излети, посета биоскопима, музејима, другим геронтолошким центрима и сл.
- *социјални радници* – који својим радом, сем адекватног контакта са сродницима корисника, обезбеђују да се корисници упознају са својим правима у области социјалне и здравствене заштите.

Све ово указује да је задатак за ТИМ изузетно комплексан, а посебно за медицинску сестру у процесу здравствене неге дементне особе, процени стања и потреба такве особе и

активностима на спровођењу прописане терапије.

Медицинска сестра мора поседовати одређене комуникационе способности и вештине ради анимирања пацијента на сарадњу са здравственим особљем. Иако је брига и пажња чланова породице незамењива, медицинска сестра је особа која највише времена проводи са пацијентом, запажа све његове промене и потребе и чини емотивну подршку пацијенту, што доводи до тога да су медицинске сестре незамењиви елемент у процесу рада са дементним особама. Медицинска сестра мора бити способна да разуме осећања и понашања дементних особа како би се даљи рад ТИМА са таквим особама усмерио у правом смеру.

Имајући све ово у виду, медицинска сестра мора:

- бити упозната са могућностима збрињавања људи у заједници и коришћењем разних сервиса у остваривању здравствених, социјалних и других потреба;
- бити оспособљена за сестринску дијагнозу, тријажу и збрињавање болесника у амбулантама примарне здравствене заштите;
- владати вештинама процене потреба за сестринском и здравственом негом, те пружања највишег нивоа сестринске неге у дому корисника, као и у здравствено-социјалним институцијама;
- знати одреди приоритете и планирати здравствену негу;
- знати проценити потребе за едукацијом појединца, породице и заједнице и провести едукацију, користећи најпримереније методе, а у сврху унапређења и очувања здравља, спречавања болести, самопраћења и препознавања здравствених поремећаја и самозбрињавања;

- поседовати способност за рад у мултидисциплинарном тиму.

С друге стране, медицинска сестра треба да помогне особи:

- да очува достојанство,
- да најбоље искористи своје способности,
- да одржи комуникацију,
- да употреби подсетнике за памћење,
- да подржи независност оболеле особе,
- да помогне у избегавању сукоба, тј. да активно учествује у праћењу, пружању помоћи и усмеравању дементних особа.

Као закључак навела бих, да, сем потребе рада на превенцији деменције, упоредо треба радити и на ставарању најповољнијих услова за живот дементних особа и на едукацији кадра, усвајањем нових и унапређивањем усвојених вештина. Квалитет живота оболелих може се знатно унапредити и побољшати адекватним уређењем амбијента у коме бораве (чисте и уредне просторије обојене живим бојама на којима се налазе слике, сувенири и слични предмети из млађих дана пацијената).

Сви ћемо ми доћи до неких година које се зову старост и до онога што је карактерише, али како је то рекао Saint-Beuve Augustin Charles, француски песник, (1804-1869):

„Старити није пријатно, али је то једини досад познат начин да би се дуго живело“.

Гордана Борас Вељковић,
дипл. социјална радница

ПРЕВЕНЦИЈА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ

Зависност од психоактивних супстанци је комплексан друштвени проблем, примарно социопатолошки, а секундарно медицински (тек при појави менталних и физичких оштећења здравља, насталих као последица злоупотребе ових супстанци).

Познавање и праћење трендова у развоју зависности на глобалном плану је неопходно за превенцију овог проблема на локалном нивоу, имајући у виду да се ради о динамичкој појави. Трендови се сагледавају:

- у кретању броја зависника: у земљама где је злоупотреба илегалних супстанци раније почела, постојећи ниво зависности се одржава; у земљама у транзицији, епидемиолошки скок се не зауставља, преваленца злоупотребе расте;
- у променама врсте и начина конзумирања дрога: све више се користе синтетизоване дроге као и комбиновано узимање различитих супстанци;
- у односу на свест заједнице о ризико-факторима и реалној процени присутности постојећег и пратећег ризика;
- у производњи, доступности и маркетингу дрога;

- легислацији и спровођењу закона о забрани и ограничавању легалних и илегалних дрога.

Недовољно познавање комплексне природе ове појаве, резултирало је њеним сврставањем у болести зависности, што је довело до психијатризације проблема као и превасходног ангажовања здравственог сектора у њеном решавању. Без адекватног ангажовања заједнице и свих њених ресурса, ни једна неинфективна епидемија се не може спречити и сузбити.

Мултифакторска етиологија зависности од дрога отежава бројне истраживачке покушаје на плану утврђивања доминантног типа личности са којим се може повезати настанак и развој зависности (преморбидна структура или тип личности који се везује за развијени облик зависности). Дескриптивно-феноменолошки тип анализе, чији је циљ описивање одређених типова у понашању, породичним релацијама, васпитним ставовима и вредносним оријентацијама (без амбиције да се генерализују до нивоа типологије) је зато много заступљенији. На нивоу креирања специфичних превентивних програма као и у социјалној реинтеграцији, ова

настојања имају значајне практичне импликације.

Превентивне активности имају динамичку перспективу и усмерене су на индивидуу и социјалну средину. Приступу усмерени ка менталном здрављу теже да елиминишу изворе емоционалне тензије и заснивају се на раној детекцији и едукацији за усвајање неопходних социјалних вештина (комуникација, адекватна реакција на стрес, самокорекција, квалитетне породичне релације ...). Приступу усмерени ка заједници у први план стављају редукацију, елиминацију и корекцију негативних друштвених утицаја (незапосленост, отуђење, маргинализација ...). Јавно-здравствени приступи се базирају на динамичкој интеракцији три фактора, који имају пресудну улогу у настанку, развоју и превенцији зависности: агенс, личност и средина.

Понашање може бити веома ефективан протективни фактор али и чинилац на који се лакше делује и утиче него на друге детерминанте зависности, па је због тога когнитивно-бихевиорални приступ у превенцији најзаступљенији. У фокусу су понашање и његове детерминанте:

- здраво понашање, као протективни фактор у настанку и развоју зависности,
- ризично понашање, као детерминишући (предиспонирајући, омогућавајући и одржавајући) фактор зависности,
- зависничко понашање, као последица зависности од дрога.

Примарна превенција зависности од дрога у заједници

Овај ниво превенције је континуирана, конзистентно организована активност целокупне заједнице, усме-

рена на унапређење здравља и минимизацију ризика за настанак злоупотребе и зависности. Кључна подручја деловања примарне превенције су:

- промоција (очување и унапређење) здравља,
- преношење иницијативе, одговорности и обавеза на заједницу,
- развој индивидуалних социјалних вештина и знања
- преоријентација здравственог сектора.

Организација заједнице је један од најважнијих и најделотворнијих примарно-превентивних приступа. По дефиницији (СЗО) заједница је *«група индивидуа које живе заједно у условима специфичне организације и друштвене кохезије; њени чланови су различитом снагом повезани одређеним заједничким карактеристикама (економским, социјалним, политичким) као и заједничким интересима и аспирацијама, укључујући и оне у вези са здрављем»*. Деобом одговорности за здравље и координацијом различитих друштвених активности, остварује се максимално могућ здрав потенцијал. Основни циљ овог приступа је мобилизација свих потенцијала заједнице, сензибилизација различитих друштвених сегмената и омогућавање континуитета у активностима. Зависност од дрога се етиолошки и феноменолошки мора посматрати у локалном контексту, те се и примарна превенција конципира у односу на специфичности сваке заједнице. Прва фаза у организацији заједнице је анализа потреба. Гринова (Green) концептуализација дијагнозе заједнице укључује постављање социјалне, епидемиолошке, бихејвиоралне, срединске, едукативне и организационе дијагнозе.

Социјална дијагноза је едукативни процес који се заснива на процени квалитета живота у заједници и има јасно диференциране циљеве: мотивисање

популације да поправи квалитет животних садржаја, утврђивање статуса заједнице у односу на узроке проблема и социјалне добите од решавања приоритетних потреба. Епидемиолошка дијагноза утврђује приоритете – најважније проблеме као и факторе који су утицали на њихов настанак и развој. Важност проблема се утврђује класичним индикаторима здравственог стања (стопе морталитета, морбидитета ...) на основу инциденције и преваленције појединих проблема у заједници.

Бихејвиорална дијагноза је анализа повезаности понашања појединца и проблема, који су дефинисани претходно описаним поступцима.

Дијагноза средине је паралелна анализа оних фактора у социјалној и физичкој средини који одређују понашање идентификовано бихејвиоралном дијагнозом као циљ (здравље или квалитет живота). Грин (Green) дефинише колективну узрочност помоћу три врсте фактора:

- предиспонирајући: знање, вештине, ставови и доживљаји који опредељују понашање појединца и групе (већина њих има когнитивну и афективну димензију),
- омогућавајући: потенцијали средине од којих зависи могућност извршења акције појединца и групе (доступност здравствене и социјалне заштите, услови живота и рада, важећи закони),
- подржавајући: социјална подршка као последица позитивних ефеката примењених програма и активности.

Са јавно-здравственог аспекта, најважнији циљ примарне превенције је очување и унапређење здравља, развој здравих стилова живота у заједници, посебно код деце и адолесцената. Сузбијање штетних навика и ризичних видова понашања, посебно код вул-

нерабилних група (млади, социјално депривирани слојеви) је од огромног значаја за превенирање адиктивних образаца.

- Дугорочни циљеви примарне превенције у заједници:
- промоција и унапређење здравља,
- афирмација здравих видова понашања
- отклањање и смањење ризичних облика понашања,
- развој активне толеранције у заједници,
- промена улоге и функција породице, школе, вршњачке групе.

Краткорочни циљеви:

сензибилизација и мобилизација субјеката заједнице,

- информисање о узроцима, последицама и раширености злоупотребе,
- развој социјалних вештина за одупирање притисцима да се почне са злоупотребом дрога,
- смањење ризичних облика понашања код група под ризиком.

Тимови задужени за реализацију програма, састављени су од представника свих релевантних субјеката заједнице (социјални, образовни, здравствени, правосудни, политички ...). Спровођење активности се заснива на договору, подели одговорности, интеграцији и усклађивању циљева свих учесника.

Информације упућене циљним групама, морају бити јасне, директне, примењиве у различитим животним областима и ситуацијама, прилагођене образовном и културолошком нивоу корисника, подстицајне, а не осуђујуће и моралистички обојене, усмерене на промену понашања, ставова и предрасуда.

Двосмислене, нејасне, осуђујуће, као и поруке у циљу застрашивања, увек су контрапродуктивне.

Лечење већ настале зависности, са мноштвом различитих социјалних и здравствених компликација је изузетно дуг и скуп процес, са често неизвесним исходом. У свеобухватном третману зависности од дрога, активности усмерене на унапређење здравља и спречавање настанка злоупотребе дрога имају прворазредни значај.

Коришћена литература

- Green LW., Kreuter MW. (1991): Health Promotion Planning. Mayfield Publishin Company. Toronto, London.
- Ненадовић М. (1995): Нарко-маније и алкохолизам, Београд.

Јеловац Марија,
виша медицинска сестра
Геронтолошки центар Панчево

ПОШТОВАЊЕ СТАНДАРДА И КРИТЕРИЈУМА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ У ГЕРОНТОЛОШКОМ ЦЕНТРУ

Геронтолошки центар Панчево има капацитет за смештај 200 корисника.

Тренутно је смештено 192 корисника од којих је непокретних 132, покретних 62 .

Просечна старост корисника је 79 година.

Најчешће дијагнозе су :

1. Болести крвних судова – чије последице корисника доводе у стање потпуне зависности од здравствене неге (С. V. I., senilis demencija; СМР, КМР, inkontinencija, dijabet, не-могућности одржавања хигијене и остало).
2. Шећерна болест са раним и позним компликацијама, које доводе корисника у стање да му је неопходна здравствена нега.
3. Дегенеративне болести коштаног-зглобног система, као и падови и последице падова, који су условљени основном болешћу и као последица узимања одређених лекова.
4. Опструктивне болести плућа
5. Малигне болести.

Оно што свакако треба нагласити је да се ради о старим лицима, те је неопходна додатна брига и нега, а

самим тим и веће ангажовање особља за негу.

Све ово говори о неопходности здравствене неге тј. полуинтензивне неге:

- За кориснике код којих је отежана или онемогућена моторна активност
- За кориснике који се хране у постељи, уз помоћ другог лица
- За кориснике којима је потребна помоћ при обављању физиолошких потреба или због инконтиненције
- За кориснике којима је потребна помоћ при обављању личне хигијене и
- За спровођење терапије (пер-ос И.М. ИВ инфузије и остало)

Да би се могла пружити професионална здравствена нега корисницима, неопходно је поставити стандарде и критеријуме здравствене неге.

У здравственој нези, према Бироу за сестринство СЗО стандард је професионално договорени ниво пружања неге, примерен популацији на коју се односи, може се посматрати, мерити, остварити и вреди га имати.

Да би стандарде могли спровести потребни су услови за то:

1. Адекватно образовање
2. Оспособљавање кадрова
3. Опрема (медиц. тех. опрема, бол. кревети)
4. Простор

Стандардима треба утврдити:

- Квалитет
- Квантитет
- Врсту неге примерену потребама одређене популације (у случају Геронтолошког центра, старих особа).

Да би се ово постигло, велики број питања мора се решавати на нивоу заједнице, а донекле и на нивоу установе.

Поред стандарда, критеријуме у здравственој нези представљају и показатељи као што су :

- Ниво образовања
- Знање
- Вештине медицинско-техничких радника
- Квалитет особља за негу

У сваком случају примена стандарда и критеријума здравствене неге, користила би здравственој служби у целини због тога што:

1. Омогућава бољу организацију рада, као и координацију
2. Успешнију контролу, а самим тим и смањење грешака
3. Могућност вредновања сопственог рада
4. Правилну и бољу поделу рада у оквиру службе

Све ово би допринело пружању квалитетније неге корисницима, што основни циљ, а такође и заштити целокупне здравствене службе, од често неоснованих оптужби.

Може се, такође, рећи да би стандарди и критеријуми здравствене неге у установама социјалне заштите олакшали установи добијање средстава за обезбеђење наведених услове потребних за боље спровођење здравствене неге, а такође и за добијање неопходног броја здравствених радника, неговатељица и хигијеничарки.

Невена Драгићевић,
физиотерапеут
Геронтолошки центар Шабач

КИНЕЗИТЕРАПИЈА У ГЕРИЈАТРИЈИ

Сметње периферне и централне циркулације и респираторне болести

Из физиологије старости и старења, сазнајемо да стара особа нарушеног здравља има следеће потешкоће:

1. Ослабљену периферну и централну циркулацију, што може бити потенцирано дефицитом функције срчане пумпе или падом активности, а и смањеним луменом крвних судова услед атеросклерозе.

Периферну циркулацију доњих екстремитета који, мање него горњи, учествују у кретањима око самозбрињавања, а представљају и даљну периферију, решавамо активним покретима са оптерећењем. Тиме се максимално ангажују мишићи, а самим тим и поспешује циркулација.

Контракцијом мишића се максимално повећава попречни дијаметар. У крвним судовима долази до усисавања крви. Релаксација или ексцентричне контракције изазивају супротне ефекте, смањују лумен крвних судова, па се они тако празне. То је посебно битно за венозни и лимфни систем, који не подлеже непосредном раду срца. Тако

ће контракције мишића, којима се максимално повећава попречни дијаметар, ефикасније утицати на циркулацију. То су дијагонални покрети са максималним оптерећењем.

- За старије особе препоручују се вежбе које се изводе у лежећем или седећем положају:
- Дорзифлексија стопала са инверзијом, што у предњој ложи постиже прилив, а у задњој групи мишића потколенице истискивање крви. Отпор се пружа дланом на предео метатарзалне кости у смеру према плантарној флексији и еверзији.
- Плантарна флексија и еверзија утиче на повећан лумен крвних судова у задњој групи мишића, док на предњој долази до истискивања крви. Отпор се пружа дланом на плантарној страни четврте и пете метакарпалне кости у смеру дорзифлексије и инверзије.
- Дорзифлексија и еверзија изазива повећање попречног дијаметра у фибуларној групи мишића и тибијалис антериору, а смањује лумен или истискивање крви у задњој и медијалној ложи потколенице. Отпор се пружа

на дорзалној страни, четврте и пете метатарзалне кости у смеру плантарне флексије и инверзије.

- Плантарна флексија и инверзија изазива повећање волумена у задњој и медијалној, а истискивање крви у предњој и латералној ложи потколенице. Отпор се пружа на плантарној страни прве метатарзалне кости у смеру дорзифлексије и еверзије.

Дијагонални покрети одговарају смеру деловања мишића потколенице и стога ангажују све фасцикулусе мишића, било кроз концентричну или ексцентричну контракцију. Код изражене слабости, вежбе снаге започињемо дијагоналним покретима без оптерећења, као и код других случајева поремећаја циркулације, стару особу едукујемо за активан ход, шетње и стајање, што је најчешће планирано у релаксацији старих особа.

2. Респираторне вежбе

Старије особе су најчешће респираторни болесници. Астма, емфизем и хронични бронхитис отежавају нарочито фазу експирације. У кинезитерапији кључно место заузима едукација респираторних вежби експираторног типа, искашљавање, а код повећаног секрета дренажни положаји. За правилно дисање основно је научити болесника релаксацији без које нема издашног издисаја. Типични положај трупа и рамена намеће особи старије доби трајни инспираторни положај, који не дозвољава издисај. Стога сваког појединца едукујемо прво торакалном издисају и удисају, а затим абдоминалном у удобном релаксативном положају. Стара особа треба да запази акције помоћне респираторне мускулатуре као и смерове ширења

торакса. Тако ће свесно утицати на врсту и дужину респираторног акта. Најчешће су потребне вежбе експираторног типа с мануелним притисцима на базама ребара и горњим деловима торакса.

Тада се дужина експирације повећава и временски контролише. Експираторне вежбе спроводимо у бочним положајима, код којих на тежином имобилисаној страни очекујемо мање, а на слободној страни веће ефекте експанзије.

Код сувишног секрета често је присутно отежано искашљавање. Стару особу треба научити да је кашаљ форма експлозивног експириума, који се не може ефикасно извести само покретима торакса, већ је потребано максимално ангажовати абдоминалну мускулатуру. Како се често код старих ради о слабости трбушне мускулатуре, искашљавање потпомажемо додатним ослонцима на абдоминалну, притиском длановима и флексијом трупа. То повећава интраабдоменални притисак и олакшава искашљавање. Супротно тој акцији, када је контраиндикована активност абдоминалне мускулатуре, стару особу учимо коришћењу торакалног експиријума, уз мобилизацију базалних делова грудног коша. Уколико стара особа пати од примарно хроничне респираторне болести, потребно је применити обимније програме респираторних вежби и дренажних положаја, којима се чисте дисајни путеви од секрета.

Наведене вежбе се користе у лечењу код поменутих оштећења и болести. Резултати у лечењу су задовољавајући, тамо где се може остварити добра сарадња са старом особом.

Урош Нишавић,
Задвод за смештај одраслих лица
„Мале пчелице“

МАНИЧНО ПОНАШАЊЕ

1. Увод

Психички поремећаји чијом клиничком сликом доминира патолошки измењено расположење, примећени су још у античка времена када су се у списама неких хронимара појављивали описи у којима се представљало стање дубоке потиштености или пак необуздане веселости неких историјских личности.

Данас се истиче потреба да се примарна афективна обољења деле на биполарне и униполарне облике. У почетку термин «биполаран» примењиван је само у случајевима код којих су се јавиле и депресивне и маничне фазе, а термин «униполаран» за оне који су имали само депресивне или само маничне фазе. Међутим, данас се инсистира на томе да се термин биполаран користи за болеснике који су имали манију без обзира на то да ли јој је претходила депресивна епизода.

2. Узроци болести

Етиологија биполарних поремећаја је утврдила да су они резултат сложеног деловања многих фактора, биолошких, психолошких и социјалних.

Сматра се да у патогенези значајну улогу има генетска компонента. Значајна је депривација сна, као и митохондријална дисфункција.

Психо-социјални стрес често претходи првој маничној епизоди, али њи-хов утицај није уочен при појављивању следећих епизода.

Психодинамске теорије сматрају манију као одбрамбену реакцију на депресију. Експанзивни стил маничне особе представља контензаторну реакцију на основни осећај израженог ниског самопоштовања.

3. Ризични фактори за биполарне афективне поремећаје

Хередитет претставља значајан фактор ризика за биполарне поремећаје, уз генетско оптерећење, као и млађа животна доба. Најчешће се први симптоми јављају у раној младости (између 15 и 19 година) и у раним двадесетим (20-24 године). Остали ризични фактори су виши економски статус, психосоцијални стресови, злоупотреба алкохола и дрога, особе пикничке конституције.

4. Манични синдром и доминантни симптоми

Већи број синдрома у склопу других дијагностичких категорија, који према доминантним симптомима у клиничкој слици веома подсећају на манију али се од ње у суштини дубоко разликују, називамо маничним синдромима, чиме их одвајамо од маније као фазе у клиничком испољавању манијако-депресивне психозе.

Маничне синдроме, односно манијачно понашање срећемо и код оболелих од шизофреније, епилепсије, олигофреније.

Од доминантних симптома срећемо моторички немир са логорејом и безразложном еуфоријом, која лако прелази у раздражљивост. Јавља се неумерена хиперактивност, немогућност концентрације и задржавања пажње, сумануте идеје величине, неумерени оптимизам, агресивност, повишен сексуални нагон, некритичност у понашању, неувиђавност у сопствено стање. Халуцинације нису типичне, али се срећу код маничног понашања у оквиру шизофреније.

4.1. Понашање маничног болесника

Болесник је у сталном немиру, виче, рецитије, пева, испољава идеје величине и моћи, а у складу са тим захтева послушност околине, издаје «наређења» вулгарним речима, вређа, «непослушне». Тешко га је, или чак немогуће, прекинути у говору. На безначајне поводе од стране околине упада у стање раздражљивости. Пун је оптимизма и великих планова. Одева се упадљиво, екстравагантно, користи јаке, дречаве боје, сложене без мере и укуса. Мушкарци су обично накинђурени разним «ознакама» високог положаја, а жене накитом и упадљиво су нашминкане.

5. Циљеви рада

- Укључивање у обављање различитих задатака на одељењу (постаће ангажован у радној и окупационој терапији, стално ће присуствовати терапијским заједницама)
- Учинити да се пацијент осећа корисним;
- Успостављање бољег ритма спавања (дању ће бити радно ангажован, а ноћу ће спавати);
- Успостављање контроле над задовољавањем телесних потреба – исхране, облачења, одржавања хигијене;
- Повећање оријентације у времену, простору, према личностима;
- Прихватање сложенијих разговора преко здравог дела личности и смањивање патолошког језгра;
- Пацијент ће успоставити адекватну комуникацију, разумљиво ће учествовати у усмеравајућем разговору о себи, постељи, лековима, кућном реду итд.;
- Пацијент ће бити у стању да свакодневно присуствује и учествује у активностима и терапијској заједници (мале и велике групе, радна терапија и друге активности на одељењу);
- Пацијент ће бити у стању да успостави и одржава самоконтролу, тако што ће више учествовати у обичним разговорима, више ће говорити о себи, а томе ће помоћи медицинска сестра, тако што ће га подстицати, мотивисати, бити стрпљива.

5.1. Сестринске интервенције

1. Одредити специфичне сестринске активности, везане за сваки

- проблем појединачно – исхрана, сан лична хигијена;
2. Током разговора са болесником гледати га право у очи, говорити полако, јасно, игнорисати његове сумануте идеје моћи и величине;
 3. Преузети активну, усмерену и контролишућу функцију;
 4. Обезбедити непрекидну, добро-намерну опсервацију;
 5. Усмерити вербалну комуникацију ка реалитету;
 6. Допустити логореју због смањења унутрашње напетости;
 7. Окупирати пацијентову пажњу;
 8. Запослити га кратким и динамичним задацима;
 9. Усмерити га на рад који може да савлада;
 10. Приметити свако пацијентово залагање;
 11. Похвалити га по извршеном задатку;
 12. Спречавати радње којима би могао да нашкоди себи и другима;
 13. Пратити пацијентово понашање при свакодневним активностима;
 14. Кориговати приступ самонези;

5.2. Сестринске дијагнозе

- Нарушена вербална комуникација;
- Измењена исхрана;
- Измењен ритам спавања;
- Опасност од самоповређивања и повређивања других;
- Измењен мисаони процес;
- Туговање

6. Предлог мера

Радити на примарној превенцији менталних поремаћаја,

- Радити на превенцији стварања здравих односа у породици и улагање друштвених напора за стабилизацију брака,
- Стварати људима могућност за добијање психолошке подршке и помоћ изван здравствених и психијатријских установа кроз саветовалишта,
- Обратити пажњу здравственом просвећивању, посебно разбијању заблуда о болестима и искорењивању штетних навика и предрасуда,
- Организовати редовну контролу пратећих болести, дефеката, мана и оштећења.

7. Закључак

Сусрет са пацијентом је понекад скидање велова са његове, али и наше маске. Стога се морамо наоружати речима које су налик на мелем, људски топле, да дуго греју и оне људске унутрашње светове до којих не допире сунце. При сваком сусрету са човеком, у психијатрији посебно, речи су најчешће најбољи и једини лек.

Литература

- Павле Поповић, Јадранка Ђорђевић (2000): *Практични приручник из психијатрије*, Београд
- Јован Букелић (2000): *Психијатрија*, Београд
- Борка Стојковић (2006): *Здравствена нега*, Београд.

Доцент др Сретен М. Јелић,
Пољопривредни факултет Земун, Београд

СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ АСПЕКТИ ЖИВОТА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Резиме

Питање особа са инвалидитетом је једно од општих проблема у нашем друштву и у свету. Инвалидност прати човечанство од најранијег периода његовог развоја. Као и у свету, тако и у српском друштву део становништва су особе са инвалидитетом који живе у градским и руралним насељима. Многе особе са инвалидитетом су оставиле значајне трагове у развоју друштва у људској делатности, на више поља. Особе са инвалидитетом својим способностима могу да се издигну изнад околине без обзира што њихова инвалидност даје и одређену специфичност њиховом деловању.

Први кораци да се инвалидима помогне почели су у 18. веку, иако тада више локалног значаја. Тек у 20 веку пришло се много озбиљније овом проблему, а то је условила и сама индустрија. Наиме, прелазак на индустријску производњу, развој механизације и саобраћаја утицали су на појаву већег броја несрећа. Од тада, губитак способности за привређивање делимично се компензује кроз симболична новчана давања. То су први зачеци осигурања против несрећа на послу. Са развојем индустријализације дошло је

до губитка квалификоване радне снаге, а што је представљало тежак губитак за друштво у целини. Повећање броја особа са инвалидитетом почело је да ствара социјалне, економске и друге проблеме у друштву. У том смислу почело се мислити о управљању ризиком на радном месту и радној околини и оспособљавању повређених. Проблеми су евидентни у готово свакој делатности. Наиме, за особе са инвалидитетом издвајају се значајна средства и издаци за пензије, с једне стране, а с друге стране велики број људи испада из активног рада. У том смислу, тежиште проблема премешта се на њихово поновно оспособљавање за активно учествовање у процесу рада и самим тим за активно привређивање.

Целокупно друштво треба да створи услове како би особе са инвалидитетом могле да остварују сва права и обавезе као и остали чланови друштва.

Кључне речи: особе са инвалидитетом, инвалидност, социјално-економски аспект, оспособљавање, рехабилитација.

Инвалидност – појам, историјат појаве и узроци

Особа са инвалидитетом јесте лице са трајним последицама телесног, сензорног, менталног или душевног оштећења или болести које се не могу отклонити лечењем или медицинском рехабилитацијом, која се суочава са социјалним или другим ограничењима од утицаја на радну способност или могућност запослења или одржавања запослења и која нема могућности или има смањене могућности да се, под равноправним условима, укључи на тржиште рада и да конкурише за запошљавање са другим лицима.¹

Први кораци у пружању организоване помоћи особама са инвалидитетом започели су у 18. веку, међутим, они су били сасвим локалног карактера, и везани су за веће занатско-инавалидске и трговачке центре. Тек у 20. веку овом проблему пришло се свеобухватније, и то захваљујући убрзаном развоју индустрије. Прелазак на масовнију индустријску производњу, развој механизације и саобраћаја, довели су до повећања броја несрећа и броја инвалидизираних лица. Од тада, у организованим друштвима, губитак способности за привређивање почиње се делимично компензовати кроз симболична новчана давања, и то представља зачетак осигурања против повреда на раду.

Инвалидност прати човечанство од најранијег периода његовог развоја. Током историје и развоја друштва мењао се и број особа са инвалидитетом и то тако да је растао.

Антрополошке студије указују на то да у различитим друштвима и

различитим епохама постоји широк дијапазон схватања о инвалидности и особама са инвалидитетом. Схватања се крећу, с једне стране, у веровању да је одређен облик инвалидности дар више силе, посебно обележје које издваја појединца као миљеника богова и указује на поседовање посебних, натприродних моћи, односно, с друге стране, у веровањима да је инвалидност казна натприродне силе за личне грехе или предака.

Инвалидност, као објективна различитост ретко је остављала равнодушним остале припаднике истог друштва. Особе са инвалидитетом су, у складу са опште усвојеним веровањем, биле или слављене или осуђиване, прихватане или ескомунициране, али скоро увек третиране као изузетне, као суштински различите од других, што је посебно било изражено у раним фазама развоја друштва.

Телесна и душевна оштећења која су основа инвалидности могу да настану примарно или секундарно.

Примарни узроци настанка инвалидности везани су за одређене наследне поремећаје, анормалије и сл., а који за последице имају бројна физичка и психичка оштећења.

Секундарни узроци инвалидности везани су за штетне спољне утицаје који су деловали на организам док је био у развоју, или за време његовог функционисања у зрелом добу или старости. Међу секундарне узроке спадају сви они фактори који доводе до професионалних обољења, оштећења или повређивања у процесу рада.

Инвалидност као појава има два нераздвојна аспекта: физички дефект и психички комплекс, као његову последицу.

Физички дефект представља физичко оштећење организма које у потпуности или делимично онемогућава редовно одвијање човекових активности.

¹ Министарство рада и социјалне политике Србије, Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Београд, 2009, стр.1

Психички комплекс настаје као последица физичког оштећења организма, а на повређену особу манифестује се као скуп оштећења мање вредности, несигурности, промашености и бесперспективности.

Професионална и радна рехабилитација

Инвалидност нарушава постојећи интегритет личности, и крајњи циљ сваке рехабилитације треба да буде изградња и успостављање интегритета личности на једном новом нивоу, који је нужно другачији (никако не значи и лошији) од онога који је постојао пре појаве инвалидности. Чак, и у случају тежих дефеката, код појединаца остаје очуван читав низ способности које могу бити упо-требљене у различитим животним активностима. На тај начин делимично се надокнађују уништене способности и функције. У процесу рехабилитације оријентација је на преостале способности и капацитете личности, њихово развијање и учвршћивање.

Под професионалном рехабилитацијом особа са инвалидитетом подразумева се организовање и спровођење програма, мера и активности ради оспособљавања за одговарајући посао, запошљавања, напредовања или промене професионалне каријере.

Професионална рехабилитација особа са инвалидитетом спроводи се применом мера и активности које обухватају:

- каријерно вођење, професионално информисање, саветовање и индивидуални план запошљавања;
- радно оспособљавање, доквалификацију, преквалификацију, и програме за стицање, одржавање и унапређивање радних и

радно- социјалних вештина и способности;

- појединачне и групне, опште и прилагођене програме за унапређење радно-социјалне интеграције;
- развој мотивације, техничку помоћ, стручну подршку, праћење и процену резултата професионалне рехабилитације;
- индивидуални саветодавни рад, који укључује помоћ у прихватању сопствене инвалидности са становишта могућности укључивања у рад и поједине мере професионалне рехабилитације;
- едукацији и тренинг семинаре за послодавце, стручна лица за радно оспособљавање и професионалну рехабилитацију особа са инвалидитетом и друга лица;
- предлоге и обуку за примену адекватних техничких и технолошких решења у циљу подизања ефикасности особе са инвалидитетом у учењу и раду, као и сличне подршке;
- друге активности.²

Да би била успешна, рехабилитација мора да буде непрекидан процес, од момента повреде или болести појединца, све до његовог максималног оспособљавања. Она, поред тога, мора бити комплексан процес, који чине следеће, тесно повезане, компоненте: здравствена, психолошка, професионална, радна и социјална рехабилитација.

Здравствени рехабилитациони процес започиње доласком особе у здравствену установу у којој треба да јој се укаже прва медицинска помоћ и потом се наставља, у истој или, зависно од потребе, у некој другој, специја-

² Исто, стр. 4

лизованој установи у којој се обавља лечење. У овој фази често је потребан и превентиван рад са породицом, у циљу што адвекатнијег прихватања инвалидизованог члана. Након тога, по повратку у породицу, особа са инвалидитетом бива оштрије суочена са још једним одвајањем које је доживела, а то је одвајање од својих дотадашњих активности на радном месту.

Само обољење или повреда значе за појединца бол, физичку и психичку патњу, осећај беспомоћности, страха и неизвесности. У том смислу, потребно је већ на овом првом кораку онеспособљеном појединцу, поред медицинске, пружити и психолошку подршку у превазилажењу таквог стања, тако што ће се код њега изградити сигурност и поверење у стручност и спремност медицинских стручњака да чине све што је могуће да се настали поремећај или оштећење отклони или ублажи.

Инвалидизовано лице на медицинском рехабилитационом третману најчешће бива одвојено од своје породице, и подршке коју му она може пружити, јер се рехабилитација одвија у саставу специјализованих установа, често веома удаљених од места становања.

Решавање социјално правних питања статуса особа са инвалидите-том доприноси превазилажењу егзи-стенцијалне угрожености ових особа. С друге стране, активно укључивање особа са инвалидитетом у неки вид професионалне рехабилитације, уколико њихове преостале способности то допуштају, одмах по завршетку здравствене рехабилитације, омогућава да се премости често присутан јаз између особа са инвалидитетом и процеса рада, односно да се одржи релативан непрекидан контакт између особа са инвалидитетом, радне и друштвене средине. Између осталог и због тога што особе са инвалидитетом, поред здравствене терапије, у медицинским

центрима бивају скоро редовно повргнуте и разним врстама рекреативних и радних терапија.

Радна рехабилитација, дакле, може да се изводи у болничким условима (медицински рехабилитациони центри), али носилац професионалне рехабилитације, поред организације надлежне за послове запошљавања, могу бити и предузећа за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом, образовне установе и други облици организовања који испуњавају услове, критеријуме и стандарде за спровођење мера и активности професионалне рехабилитације.

Мере и активности професионалне рехабилитације спроводе одговарајући носиоци тих послова на основу програма који садржи:

- опис мере и активности, односно опис посла и појединих операција;
- теоријске поставке и начин практичног извођења мере и активности;
- техничке, просторне, програмске, кадровске и организационе услове;
- трајање програма, потребна средстава и друге услове за спровођење појединих мера и активности.

У оквиру професионалне рехабилитације, сагледавањем свих фактора који могу утицати на унапређење услова рада и постизања ефикасности особе са инвалидитетом на радном месту, врши се процена професионалних могућности и врсте мера и активности које ће се спроводити као део целокупне рехабилитације, односно социјалне и радне укључености појединца у процес рада и запошљавања или одржања запосленог.³

³ Исто, стр. 4

Први корак у професионалној и радној рехабилитацији јесте прецизно мерење преосталих психо-физичких способности и капацитета индивидуе, њених знања и сл. (у ту сврху развијено је и користи се мноштво психолошких и других средстава, тестова и технике) и, с обзиром на то, избор за инвалидну особу одговарајућег посла. Затим се приступа планирању и креирању обуке, ради оспособљавања инвалидног лица и његовог запошљавања на ново радно место. Овакав вид обуке представља преквалификацију, доквалификацију или квалификацију особа са инвалидитетом.

Код особа са инвалидитетом које поседују одређене квалификације, али не могу бити ангажовани за обављање послова за који су квалификовани услед низа разлога, потребно је обавити преквалификацију да би стекли нова знања и вештине које ће им користити за запошљавање.

Преквалификација је такав облик стручног обучавања којим се особе са инвалидитетом оспособљавају за обављање новог посла. Осим општих проблема учења у зрелом добу, овај облик обучавања је код инвалидизираних особа оптерећен и другим проблемима, који произлазе из: емоционалне оптерећености у вези са инвалидитетом, емоционалне везаности за дотадашњи посао, односа према новом послу и мишљења инвалидизираног лица о томе шта му. нови посао доноси, итд. Будући да је претходни посао за особу са инвалидитетом значајно одређени друштвени положај, припадност одређеној социјалној средини, а у извесном смислу и начин живота, промене које доноси преквалификација, могу код инвалидизираног да изазову страх, несигурност или отпор према новом учењу. Као додатни дестимулишући фактори могу се јавити и несигурност у сопствене способности и могућности учења или једноставно одсуство жеље

за поновним учењем. У том смислу, од највећег је значаја психо-социјална компонента рехабилитационог процеса: настојање да се код особа са инвалидитетом развије поверење у себе и сопствене могућности, уверење да и поред хендикепа може и треба да учествује у радном процесу, као и жеља да активно учествује у поступку достизања такве радне способности, која ће му омогућити поновно укључење у рад. Да би се то постигло неопходна је стална психолошка подршка од стране стручног тима који планира и спроводи преквалификацију, од радне средине у којој ће се запослити преквалификовано инвалидно лице, као и од породичне и шире друштвене средине у којој живи. Дакле, пожељно је да у процес преквалификације, као део професионалне, радне и социјалне рехабилитације, која тежи да оствари своје пуне хумане, економске и друге ефекте, буде укључено више лица. С једне стране, укључују се стручњаци различитог профила: лекари, психолози, социолози, дефектолози, педагози, стручни предавачи и демонстратори, специјалисти за одређена стручна занимања, социјални радници и други, а са друге, многобројни „корисници“ њихових услуга: ивалидизирано лице, његов будући непосредни руководилац, будуће колеге на радном месту, чланови породице инвалида, евентуално и друга значајна лица из социјалног миљеа у коме та особа живи.

Радна адаптација јесте делимичан процес прилагођавања и усклађивања особа са инвалидитетом послу, радној групи и предузећу у целини, односно активно прилагођавање професионалним и социјално-психолошким захтевима радног места.

Професионална адаптација састоји се у интеграцији и складу између особа са инвалидитетом и посла. Индикатори, али и фактори, добре професионалне адаптације могу бити објективни

(подаци о продуктивности, објективно мереном или процењеном успеху на послу, подаци о изостанцима и сл.) и субјективни (неопходна знања, вештине, мотивисаност и позитивни ставови према конкретном послу, склад између особина личности и основних захтева и карактеристика посла и сл.)

Социјална и психолошка рехабилитација немају одређених граница, као што је случај са другим видовима рехабилитације, већ се њихове активности одвијају од почетка до краја рехабилитационог процеса. Може се сматрати да су социјална и психолошка рехабилитација завршене тек пошто је рехабилитована особа са инвалидитетом, после медицинског оздрављења и поновног професионалног оспособљавања, успела да се врати сређеном породичном, друштвеном и радном животу.

Социо-психолошка адаптација састоји се у укључености особа са инвалидитетом у социјалну и радну средину. Она обухвата следеће компоненте:

- когнитивну: општење са сродницима у групи и колективу, упознавање групних односа, норми и сл., упознавање, а потом и укључивање у формалне и неформалне структуре у колективу, опажања сопственог места и улоге у овим структурама;
- емоционалну: формирање позитивних ставова, задовољство постојећим медицинским односима, наклоност и симпатије према људима и групи и предузећу,
- бихејвиоралну: активна укљученост и допринос појединца социјалном животу групе и колектива, индентификација инвалида са групом и колективом као крајња фаза и домет овог укључивања.

У схватању појаве инвалидитета од значаја је да се на особе са инвали-

дитетом све више гледа као на целину, а не као на збир делова. Према томе, оријентација је према степену преосталог здравља. И у случају тежих дефеката постаји низ способности које се могу искористити у различитим активностима. С једне стране, помаже биолошки фактор сигурности, односно телесне способности, за оспособљавање и надокнађивање заменом оштећеног дела тела. С друге стране, значајан је и психолошки фактор сигурности при чему се особа са инвалидитетом прилагођава на настало стање и има жељу да оздрави и достигне ранију радну способност. Значи, способност за прилагођавање на околину, као и спремност околине (радне и друштвене средине) да прихвати особу са инвалидитетом и помогне јој у превазилажењу насталих тешкоћа, доприноси постизању значајних ефеката, друштвених и економских. Применом савремених научно-техничких достигнућа, односно нове технологије у индустрији, саобраћају, пољопривреди... све је више особа са инвалидитетом које опслужују савремену технику.

Околност под којом је настао инвалидитет и његове последице могу да провоцирају и појачавају осећање мање вредности, што може да доведе до потпуне пасивности и социјалне изолације. „Процес социјализације би требало да буде, не само процес трансформације биолошког индивидуума у људску личност која одговара ограниченим потребама једног типа организације него, пун развој свих потенцијалних људских моћи и потпун развој људских способности и потреба. У ситуацији у којој је рад још увек подељен и социјализација увек изнова репродукује подељеност рада и подељеност људске личности, обучавајући појединца свим оним улогама које му друштво додељује или које он жели. Битна карактеристика процеса социјализације јесте да је појединац

увек обучаван да се понаша онако како то друштво од њега очекује. Нови услови привређивања у друштву, засновани на тржишним условима привређивања, а који су у складу са друштвено-економским развојем, у складу су и са развојем процеса рехабилитације. Значи, ови процеси потребно је да доведу до постизавања максималног функционалног оспособљавања и укључивања у процес рада особа са инвалидитетом. На тај начин се подиже стандард самих њих, док друштвена заједница не трпи тако велики национални губитак.

Део особа са инвалидитетом може да ради, не само у индустрији, саобраћају, пољопривреди... већ и у целом друштву и учествује у процесу рада, па самим тим доприноси и стварању националног дохотка. Практично, значи да особе са инвалидитетом својим радним ангажовањем доприносе да привређивање буде што ефикасније. Међутим, да би се особе са инвалидитетом могле рехабилитовати неопходно је да се ангажују, поред социјалних служби, службе запошљавања, органи социјалних осигурања и друге организације и институције, односно целокупна заједница, која на директан или индиректан начин ступа у контакт са особом са инвалидитетом. Дакле, настала је фаза када економски, социјални и хумани услови треба да служе у корист рехабилитацији и кад она постаје друштвено потребна. У том смислу значајно је оспособљавање за самосталан живот и рад особа са инвалидитетом. Обнављање функција особе са инвалидитетом до њене пуне социјалне, економске и професионалне самосталности, као и процес хуманог прилагођавања у коме учествује целокупна заједница, значајно је питање за успешност поновног и пуног укључења особе са инвалидитетом у заједницу, у процес рада и обнављање креативних способности. Према томе, потребно је особи са инвалидитетом омогућити да

на најбољи могући начин искористи своје преостале способности. Социјализација за рад и за професију и радна улога имају огроман значај у животу појединаца и друштва. Објективно је то улога којом се појединац економски повезује у друштво и ствара економске услове сопствене егзистенције, којом доприноси друштву у кумулирању богатства и културе”⁴.

Циљ рехабилитације јесте да се онеспособљеној особи са инвалидитетом помогне да се врати у активан живот и да при томе успостави економску и социјалну равнотежу, односно да јој се помогне да обнови стара и стекне нова знања како би могла што активније да се прилагоди животу у предузећу где ради, односно друштвеној заједници у мери у којој јој здравствено стање дозвољава.

Оспособљавање инвалидног лица треба да се одвија на најбоље могући начин како би оно могло да користи своје преостале способности у што нормалнијем социјалном контексту. Путем рехабилитације постићи ће се, пре свега, максимално здравствено оспособљавање, професионално оспособљавање и социјално прилагођавање које ће помоћи особи са инвалидитетом да поново постане користан члан заједнице. Тако се постижу не само економски, већ и друштвени ефекти. Значајно питање јесте да ли особа са инвалидитетом ради, јер бити запослен је социо-културолошки веома битно зато јер се поред егзистенције постиже социјални статус.

Да би се постигли значајни ефекти у области инвалидитета у делатностима као што су индустрија, саобраћај, пољопривреда... или било која друга делатност неопходно је да рехабилитација обухвата сва инвалидна лица

⁴ Више видети, група аутора, Социологија рада, Графичко издавачко предузеће Србије, Београд, 1973, страна 109-112

за које процена рехабилитационог потенцијала покаже да располажу извесним делом преостале радно-професионалне и социјалне способности које ће касније користити. Осим пажње инвалидном лицу током рехабилитационог поступка, потребно је одржавати контакт и са његовом ближом и даљом околином. Обезбеђење континуиране помоћи инвалидном лицу и после медицинске рехабилитације као и вођење рачуна о индивидуалним могућностима сваког појединца, уз перманентно праћење постигнутих резултата, потребно је и због тога да се се постигнути резултати не би преурањено сматрали дефинитивним. Дакле, рехабилитација особа са инвалидитетом треба да буде непрекидан процес, од момента озледе или болести, па до максимално могућег оспособљавања.

У оквиру рехабилитације значајно место заузима и социјална рехабилитација. Њен значај се огледа у оспособљавању инвалидног лица за повратак и укључивање у друштвену заједницу. Социјална рехабилитација нема одређених граница у односу на друге облике рехабилитације, па се њене активности одвијају од почетка рехабилитационог процеса. Значи, крај социјалне рехабилитације може да се сагледа тек пошто је рехабилитовано инвалидизирано лице, после медицинског оздрављења и поновног професионалног оспособљавања, успело да се врати срећеном породичном и друштвеном животу. Извођење социјалне рехабилитације заснива се на претходном упознавању свих социјалних фактора који имају узрочне везе са настанком инвалидности. Рад на радном месту и у предузећу представља важан чинилац социјалне рехабилитације у ужој друштвеној средини као саставном делу живота, рада и социјализације особе са инвалидитетом. Радни процес може утицати на особу са инвалидитетом позитивно

или негативно. Позитивно дејство је ако је особа свесна своје присутности и укључености, односно ако осећа стваралачку активност. Ако нема тога, биће незадовољна, неизантересована, неефикасна и др.

Узајамна веза социјалног и економског аспекта живота особа са инвалидитетом постоји. Она указује на одређену међузависниост положаја и социјалне сигурности инвалидних лица и економске сигурности, при чему се постижу одређени ефекти. Питање положаја особа са инвалидитетом у српском друштву, у низу делатности, подразумева солидарност и узајамност у превазилажењу насталих проблема и њиховом решавању. Инвалидно лице треба да има активну улогу у процесу рехабилитације, да буде иницијатор и учесник у свим поступцима који су у вези са ресоцијализацијом као и да има одлучујући утицај на избор професије и запошљавање како би се питање инвалидитета решавало. И код особа са инвалидитетом недовољно мотивисаних, присутан је елемент да трпе од психичког комплекса инвалидности са утицајем на социјабилност. Они се у процесу рада држе по страни, тешко успостављају односе са предузећем што мора имати последице у односу на њихову радну способност и ефикасност. Задовољство особа са инвалидитетом послом често је у процесу рада добар индикатор доброг тока рехабилитације. Мотивисаност и други квалитети интегрисаности особа са инвалидитетом добар су показатељ своје рехабилитације. Известан број особа са инвалидитетом, због незапослености и дугог чекања на посао, постаје демотивисан за рад. Зато је неопходно организацијом и финансирањем омогућити да се рехабилитована особа са инвалидитетом непосредно по завршетку процеса рехабилитације што пре и запосли. Део пословних субјеката привредних делатности индустрије,

саобраћаја, пољопривреде... активно је укључен у процесу решавања проблема инвалидности. Одређене норме налажу предузећу да се бори за остваривање права особа са инвалидитетом – чланова предузећа, активних чланова који учествују у поцесу рада.

Рехабилитација и запошљавање

Први почеци организованог решавања проблема особа са инвалидитетом на нашим просторима дешавају се почетком 20. века и везани су за добротворне установе, без одређеног рехабилитационог циља. Од средине претходног века, индустријализација и интензивнији развој саобраћаја довели су до повећања броја особа са инвалидитетом, што је створило велике социјално-економске проблеме привреди и друштву у целини. Нагомилали проблеми везани за рад инвалида: економски, социјални, здравствени, психолошки и др., присилили су државне и друштвене структуре да се озбиљније почну бавити њима. Од укупног броја особа са инвалидитетом, део су лица која су инвалидност стекла као резултат болести, професионалне болести или повреде на раду.

Број инвалидских пензионера био је у порасту у целокупној привреди Србије, и то упркос сталном предузимању хигијенско-заштитних превентивних мера на радним местима која то изискују. Велики пораст социјалних давања за инвалидске пензије и велики губитак радне снаге у привреди, због инвалидности, иницирали су у једном тренутку потребу вршења ревизије инвалидних лица испод 35. године старости, при чему је установљено да одређени број особа са инвалидитетом болује од туберкулозе, болести костију, мишића, зглобова итд., односно од

таквих дефеката код којих је могуће предузети одговарајуће мере у циљу враћања у радни процес.

Предузимањем мера професионалне и радне рехабилитације у извесној мери смањен је број пензионисаних особа са инвалидитетом и, бар делимично, ублажена је тенденција перманентног повећавања њиховог броја. Нај тај начин су се почели постизати извесни економски ефекти, у смањену друштвено- економског губитка (где губитак не представља само висину средстава коју би, у облику пензије, примио инвалид, већ и вредност рада, пружања услуге, производње и сл., у којима би инвалид учествовао током свог редовног радног века), као и значајни хумани ефекти, јер су елиминисани многи социјални и психолошки проблеми који ствара рано пензионисање.

У динамичном развоју система рехабилитације код нас, заштитне радионице имају запажено место. И поред повећања броја заштитних радионица, проблем побољшавања организације и спровођења рехабилитације особа са инвалидитетом, захваљујући својој комплексности и значају, никако не губи на актуелности. Професионалном рехабилитацијом и запошљавањем инвалида нису се у нашем друштву бавиле само заштитне организације, већ и многе друге, као што су: разни центри, специјални заводи и организације материјалне производње. И поред тако бројних носилаца ове активности, подаци за период 1970-1990. године показују да је, упркос сталном порасту броја особа са инвалидитетом, истовремено смањен број оних који се упућују на професионалну рехабилитацију, кроз преквалификацију, као најоптималније решење за ублажавање последица инвалидности. Од укупног броја нових особа са инвалидитетом у посматраном периоду, мање од 1%

остварује право на професионалну рехабилитацију, око 85% стиче право на инвалидску пензију, а 14% право на разне облике запошљавања без професионалне рехабилитације. И поред одређених активности, нису у довољној мери вршена истраживања у односу на сврху, циљеве и задатке заштитних радионица, нарочито са становишта њиховог оствареног и потенцијалног доприноса у развијању професионалне рехабилитације и запошљавања особа са инвалидитетом. То је допринело да изостану и ефикасније мере за ублажавање последица инвалидности. Из таквог односа произлази потреба да се заштитном запошљавању приђе на систематичнији, организованији, комплекснији и савршенији начин.

Заштитне радионице за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом почеле су непосредно деловати средином двадесетог века. Прве заштитне радионице нису биле у оквиру некаквог система заштитног запошљавања већ су основане као „привредна предузећа ДЕС“ (дефективних слухом). После њих настају организације сличног типа и организације за слепа лица. Ове организације настале су још 1947. године, па с обзиром да нису битније мењале своју сврху, циљеве и задатке у односу на оне које су имале заштитне радионице, могу се сматрати претечама заштитног запошљавања на нашим просторима.

Први покретачи и оснивачи заштитног запошљавања били су савези ратних инвалида, савези глувих и слепих лица.

У периоду од 1977. до 1990. године дошло је до даље афирмације заштитног запошљавања путем заштитних радионица, чиме су допринели нови прописи из ове области, као и повећан интерес привредних субјекта за ове видове запошљавања. У том периоду основано је 30 заштитних радионица,

од којих 26 у оквиру привредних предузећа. Последњих година, на просторима Србије, карактеристична је видна стагнација у развоју ове делатности, делом узроковане неадекватним прописима, који нису прадили актуелне друштвено-економске промене, али и свеукупном друштвено-економском стагнацијом, која се огледа у великом броју незапослених, затварању многих погона и читавих фабрика и све тежем материјалном положају свих делатности, а посебно неких привредних грана.

Да би се помогло особама са инвалидитетом, а у духу европских закона, низом законских мера настоји помоћи особама са инвалидитетом, се не социјалним давањима, већ улагањем у њихово оспособљавање за рад и самосталан живот. Закон који је требало да стимулише, не само оспособљавање, већ и запошљавање особа са инвалидитетом, као и њихово интегрисање у све средине, од радне до културне, требало је да ступи на снагу још 2005. године. У том периоду било је предвиђено да се архитектонски прилагоде образовне институције особама са хендикепом, да се одштампају уџбеници прилагођени особама са посебним потребама, да се обезбеде преводиоци за особе оштећеног слуха, да се ангажују асистенти за слепе и др.

Осим неких акција у којима су решени проблеми приступа особа са инвалидитетом неким објектима за лечење, превоз и запошљавање, неколико кључних проблема још увек није није решено.

Примера ради, није утврђен тачан број особа са инвалидитетом (процењује се да их има између 700.000 и 800.000).⁵ Такође, није утврђен ни тачан број радно способних инвалидних особа.

⁵ НИН 23. 7. 2009. стр.42-43

Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом утврђује да се за запошљавање инвалидних особа могу организовати предузећа за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом, радни центри и социјална предузећа и организације. Закон, између осталог, прописује квоте приликом запошљавања. Тако, ако послодавац има од 20 до 49 запослених мора да запосли најмање једну особу са инвалидитетом, а више од 50 запослених, најмање две особе са инвалидитетом. На сваких наредних 50 запослених послодавац мора да запосли по једног инвалида, осим новооснованих послодаваца који немају ту обавезу у трајању од 24 месеца.

У предузећима у којима не постоји могућност да због природе посла раде три особе са инвалидитетом, Закон је предвидео да предузеће склопи уговор о пословно техничкој сарадњи са неком од фирми и у том случају су ослобођени обавезе запошљавања у наредних 12 месеци. Такође, ако послодавац учествује у финансирању зарада особа са инвалидитетом у овим предузећима, ослобађа се обавезе запошљавања у броју у коликом финансира зараде.

Посебни облици запошљавања и радног ангажовања особа са инвалидитетом имају за циљ запошљавање, односно радно ангажовање и побољшање квалитета живота особа са инвалидитетом.

Предузеће за професионалну рехабилитацију и запошљавање особа са инвалидитетом запошљава и обавља професионалну рехабилитацију.

Радни центар јесте посебан облик установе која обезбеђује радно ангажовање као радно терапијску активност особа са инвалидитетом које се не могу запослити или одржати запосленим ни под посебним условима.

Радни центар може да обавља делатност под условом да ангажује

на радно терапијским активностима најмање пет особа са инвалидитетом. У оваквим центрима, радно ангажовање особа са инвалидитетом јесте дуготрајан облик професионалне рехабилитације, у складу са психичким и физичким способностима и жељама особа са инвалидитетом и могућностима радног центра.

Као радно терапијска активност особа са инвалидитетом радно ангажовање може се обезбедити и у установи социјалне заштите за смештај корисника и код послодавца посредством радног центра.

Социјално предузеће јесте привредно друштво које се оснива за обављање делатности која је усмерена на задовољавање потреба особа са инвалидитетом. Социјално предузеће независно од броја запослених запошљава најмање једну особу са инвалидитетом.

Социјална организација јесте други облик организовања која се оснива за обављање делатности која је усмерена на задовољавање потреба особа са инвалидитетом. Социјална организација запошљава најмање једну особу са инвалидитетом.

Социјално предузеће и организација део прихода које остварују обављањем делатности дужни су да уложе у унапређење услова рада, радних вештина, социјалне интеграције, животног стандарда и задовољавања потреба особа са инвалидитетом.⁶

Литература

1. Гузина, М. (1978): *Кадровска психологија*, Научна књига, Београд.
2. Група аутора (1973): *Социологија рада*, Графичко издавачко

⁶ Министарство рада и социјалне политике Србије, Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом, Београд, 2009, стр. 6-12.

- предузеће Србије, Београд, страна 109-112
3. Јовићевић, М. (1987): *Психофизиолошке функције човека и савршени теолошки систем*, Ревизија рада Београд
 4. Марковић Ж. Д. (1989): *Социологија заштите на раду*, ИНП Књизевне новине, Београд
 5. Марковић Ж. Д. (1998): *Социологија безбедног рада*, Просвета, Ниш,
 6. Милосављевић, П. (1977): *Принципи породичне терапије*, Анали ЗМЗ, Београд
 7. Петровић Д. (1975): *Социјални групни рад*, Анали ЗМЗ бр. 2-3, 35 Београд,
 8. Хол, Ки Линдзи, Г (1983): *Теорије личности*, Нолит, Београд,
 9. *НИН, Недељне информативне новине*, (2009): НИН д.оо. Београд
 10. Рот, Н. (1975): *Социјална интеграција 2*, Савез друштава психолога СРС, Београд
 11. Фридман, Ж. (1983): *Размрвљен рад*, Нолит, Београд
 12. Вукотић, С. (1988): *Зборник радова Друштвено-економски ефекти развоја професионалне рехабилитације и запошљавању инвалида и заштитних организација*, Београд
 13. *Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом*, 2009.



Нове услуге у социјалној заштити

Ива Бранковић,

Саветница за професионалну обуку
Републичког завода за социјалну заштиту

ПРОФЕСИОНАЛНА ОБУКА У ФУНКЦИЈИ ТРАНСФОРМАЦИЈЕ РЕЗИДЕНЦИЈАЛНИХ УСТАНОВА И УСПОСТАВЉАЊА УСЛУГА У ЗАЈЕДНИЦИ

Излагање о континуираној и структурираној професионалној обуци у систему социјалне заштите важно је започети разлозима тј. основама за њено успостављање, који се налазе у Стратегији развоја социјалне заштите, усвојеној 2005. године. Наиме, у овом стратешком документу, базичном за реформу система социјалне заштите, један од основних циљева развоја је *увођење система квалитета*, док је као значајан стратешки правац наведено *јачање професионалних капацитета запослених у систему социјалне заштите*. Производ ових стратешких усмерења јесте управо успостављање система сталног стручног усавршавања запослених и система акредитације програма обуке у социјалној заштити.

Документ који ближе уређује ову област је *Програм мера и активности за стално стручно усавршавање стручних радника запослених у установама социјалне заштите*, који је Министар за рад и социјалну политику донео јуна 2008. године, којим се као носилац активности у процесу акредитације именује Републички завод за социјалну заштиту у сарадњи са Покрајинским заводом за социјалну заштиту.

Успостављање процеса акредитације траје од 2007. године до данас и у том периоду израђени су стандарди квалитета које програми обуке морају да испуњавају да би били акредитовани, као и процедуре за пријављивање на конкурс, механизми процене и сам начин доношења одлуке о акредитацији. Важно је нагласити да Завод обавља све припремне активности у процесу акредитације, али да коначну одлуку о акредитацији доноси Одбор за акредитацију који се састоји од независних експерата. Када су стандарди у питању, утврђено је, између осталог, да је неопходно да акредитовани програми буду засновани на савременим теоријским концептима, да се у њиховој реализацији користе искуствене методе и технике учења одраслих и да су њихови садржаји усмерени развоју конкретних знања и вештина које ће полазници моћи да примене у свом свакодневном раду. Код увођења система квалитета кључни елемент је успостављање механизма контроле па тако периодична процена да ли програм испуњава стандарде и при реализацији, тзв. контрола квалитета реализације, такође спада у опис послова Републичког завода за социјалну заштиту.

Осим послова пријема, процене и праћења реализација програма обуке, Републички завод обавља и административне послове акредитације, као што су вођење регистра и издавање потврда о успешном похађању обука. У жељи да читав овај процес учинимо ефикаснијим транспарентним и доступним свим заинтересованим странама на интернет презентацију Завода (www.zavodsz.gov.rs) поставили смо базу података са информацијама о свим акредитованим програмима, која се редовно ажурира, као и кратко упутство за припрему програма за акредитацију.

У овом моменту постоји 75 акредитованих програма по следећим областима:

- Заштита одраслих и старијих особа (8)
- Заштита деце и младих (26)
- Заштита особа са инвалидитетом (11)
- Подршка маргинализованим групама (4)
- Подршка породици (9)
- Развој општих компетенција у социјалној заштити (17)

С обзиром на то да је систем акредитације релативно „млад“ овај број је за сада сасвим примерен. Упоредном анализом нацрта минималних стандарда за услуге у систему социјалне заштите, који одређују обавезан број сати обуке, и акредитованих програма, дошло се до податка да постојећи опус програма за сада има капацитета да одговори на постојеће потребе. Оно што је приметно је да у одређеним областима има више програма који се баве сличним темама док је за усавршавање у неким другим услугама акредитован само један програм. Јасно је, дакле, да је у перспективи важно да добијемо још програма чиме ће се постићи разноврсност понуде и подизање квалитета. Динамика пријављивања програма

за акредитацију знатно је успорена након завршетка другог конкурса и обавештавање стручне јавности о могућностима и процедурама везаним за овај процес је активност која би могла да подстакне стручњаке да своја знања преточе у програме и пренесу их на своје колеге.

Када смо у светлу трансформације установа за резиденцијални смештај деце анализирали потребе за обуком, изражене у оперативним плановима за трансформацију 12 установа, дошли смо до закључка да је промена у структури корисника као приоритетну потребу изнедрила подизање компетенција за рад са децом са сметњама у развоју. С друге стране, анализа акредитованих програма показала је да ниједна од постојећих обука не нуди садржаје адекватног опсега и степена општости који би омогућили оснаживање стручних радника за рад са овом популацијом деце.

У ту сврху, Републички завод за социјалну заштиту, у сарадњи са УНИЦЕФ-ом, покренуо је пројекат **Унапређење професионалне праксе у заштити деце са сметњама у развоју** чији је општи циљ унапређење квалитета заштите деце и омладине са сметњама у развоју у институцијама и у оквиру планираних дневних боравка. Пројекат ће имати две фазе: у првој ће се омогућити стручним радницима из 12 установа у процесу трансформације да похађају обуку под називом „Програм основне обуке за рад са особама и децом са сметњама у развоју“, а у другој фази ће се организовати посете стручних тимова установама у процесу трансформације у циљу подршке у примени нових начина рада и успостављању нових услуга.

„Програм основне обуке за рад са особама и децом са сметњама у развоју“ биће заправо један од резултата овог пројекта, јер ће у току имплементације бити пилотиран и акредитован,

и као такав представљати допринос и допуну досадашњем опусу акредитованих програма. Програм је, иначе, настао на основу Програма „Школа животних вештина“ групе аутора из Х.О. „Дечје срце“, који је реализован у великом броју установа за смештај корисника са психичким и физичким сметњама и који у свом фокусу има методе и технике функционалне процене. Након обуке, посете стручних тимова имаће за циљ да подстакну практичну примену наученог и размену искуства међу стручним радницима, чиме се постиже утемељење знања и олакшава примена нових начина рада.

Наредни кораци у смислу континуираног усавршавања су праћење квалитета и ефеката едукативних програма као и наставак процеса утврђивања недостајућих знања и потреба за обуком. Значајан задатак Завода у смислу успостављања система стручног усавршавања је и израда предлога *Програма стручног усавршавања запослених у систему социјалне заштите* који се подноси надлежном Министарству на годишњем нивоу, и представља основ за одређивање финансијских средстава за приоритетне обуке, наравно у складу са буџетским могућностима. Увид у постојеће програме и потребе омогућава и утврђивање недостајућих обука у одређеним областима па је један од следећих корака и расписивање циљаних конкурса и израда едукативних пакета. На тај начин, крајем 2008. године, настао је „Програм основне обуке за супервизоре у центрима за социјални рад“, који су у 2009. години похађали сви супервизори у центрима за социјални рад у Србији, а недавно и програм „Методологија извођења обуке“, оба акредитована у ко-ауторству Републичког и Покрајинског завода. У припреми је, такође, и програм „Управљање спровођењем промене“ Републичког завода за социјалну заштиту.

Подршка успостављању нових услуга у заједници запослених је корак који природно произлази из свега претходно наведеног. У том циљу кључно је нагласити значај размене искустава и повезивања стручњака. У ситуацији када се економска криза, и бројни други фактори одражавају на републички буџет, а самим тим и на средства одређена за акредитоване обуке у систему социјалне заштите можда неће бити доступне на начин који би био идеалан, али без обзира на то, уз сарадњу, повезивање и размену, основни циљ, а то је успостављање континуираног стручног усавршавања, свакако може бити остварљив и достижан. С друге стране, Републички завод за социјалну заштиту, кроз четири групе својих активности: стручна подршка-супервизија, професионална обука, истраживање и информисање, биће на располагању да у томе помогне.

Данијела Звекић, дипл. социологисткиња
Љиљана Поповић, дипл. социјална радница
Центар за социјални рад града Суботице

РАЗВОЈНЕ УСЛУГЕ У ЛОКАЛНОЈ ЗАЈЕДНИЦИ – „ДНЕВНИ ЦЕНТАР ЗА ДЕЦУ И ОМЛАДИНУ СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ У ПОНАШАЊУ

Уводне напомене

Град Суботица је током 2007. године као учесник Пројекта Министарства рада, запошљавања и социјалне политике Републике Србије под називом „Подршка спровођењу Стратегије развоја социјалне заштите“, приступио изради локалне Стратегије развоја социјалне заштите за период 2008-2012. године. Током израде локалне Стратегије развоја, мапирани су приоритети развоја за шест корисничких група, међу којима се за корисничку групу: Деца и млади, као приоритетни задатак одредило, отварање нове услуге социјалне заштите: Дневног центра за децу и омладину са поремећајем у понашању.

Током фебруара 2008. године, Локална самоуправа је Пројектом „Дневни центар за децу и омладину са поремећајем у понашању“ конкурисала на интерни конкурс Министарства, усмереног ка имплементацији Стратегије реформе социјалне политике на локалном нивоу. Конкурсни услови постављени од стране Министарства су захтевали да пројекти обезбеде подршку и других донатора, па је за потребе овог пројекта обезбеђена подршка Покрајинског секретаријата

за социјалну политику и демографију и локалне самоуправе. Значај и иновативност пројекта је препознат од стране Министарства, након чега се приступило потписивању уговора о сарадњи.

Локална самоуправа је током јула 2008. расписала конкурс за избор извођача услуге, на којем је, на основу квалитета програма, изабран Центар за социјални рад. Реализација Пројекта се састојала из две фазе: прва фаза је подразумевала адаптацију и опремање објекта, а друга фаза реализацију активности. У реализацији Пројекта Министарство је учествовало са 52,3% од укупне вредности Пројекта, Покрајински секретаријат за социјалну политику и демографију са 27,4%, а Локална самоуправа са 20,1%. Дневни центар је започео са радом априла 2009. године.

Сврха Дневног центра

Сврха услуге Дневног центра за малолетнике са поремећајима у понашању, је помоћ и подршка деци и младима који испољавају проблеме у понашању или не умеју да на адекватан начин задовоље своје потребе или их

задовољавају на друштвено неприхватљив начин. Циљ ове услуге је да се омогући деци и младима да на адекватан начин задовоље своје потребе и тиме се развију у задовољне и лично и друштвено одговорне особе.

Такође, овом услугом се реализују васпитне мере и налози, као и посебне обавезе Суда, у складу са Законом о малолетним учиниоцима кривичних дела, чиме се предупређује развијање структурираних поремећаја у понашању и институционално збрињавање ове популације. Услугом се обезбеђују програмске активности усмерене на развој социјалних и практичних вештина, неопходних у свакодневном животу и подржава развој самосталности у безбедном окружењу.

Породици корисника пружа се подршка и прилика да развије конструктивне односе.

Циљеви и задаци Дневног центра

Основни циљ је унапређење система социјалне заштите за децу и младе у ризику од развоја и одржавања асоцијалног и антисоцијалног понашања у локалној средини, ре-социјализација и излазак из стања социјалне потребе деце и младих са поремећајем у понашању у Суботици.

Специфични циљеви су усмерени на развој вештина, знања и компетенција за излагање из стања социјалне потребе и превазилажење проблема у свакодневним ситуацијама са којима се млади сусрећу у свом најближем окружењу, на конструктиван, друштвено прихватљив и одговоран начин.

Специфични циљеви су и:

- откривање и развој потенцијала за друштвено одговорно понашање;

- превенција продубљивања проблема у социјалном функционисању ризичних група деце и омладине и корекција социјално неприхватљивих образаца понашања;
- усвајање здравих стилова живота и хуманијег односа према другима;
- боља социјална адаптација и интеграција деце са различитим ризицима у развоју;
- стварање услова за спровођење извршења васпитног налога и васпитне мере према Закону о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривично правној заштити малолетних лица.

Циљна група

Дневни центар је намењен следећим циљним групама:

Деци и младима од седам до 18 година који манифестују проблеме у понашању или су ризични за развој проблема у понашању по процени органа старатељства, те се стога упућују на активности Дневног центра;

- Деци и младима узраста од 14 до 18/21 годину који манифестују проблеме у понашању, а које надлежни суд кроз васпитни налог или васпитну меру упућује у Дневни центар;
- Деца и младима од седам до 18 година које центри за социјални рад и друге институције ангажоване у раду са њима (школа и др) упућују у Дневни центар;
- Деци и младима од седам до 18 година чији родитељи/старатељи захтевају да буду упућени у Дневни центар;
- Деци и младима од седам до 18 година који сами препознају своје проблеме у понашању и

траже укључивање у активности Дневног центра;

- Родитељима наведених група деце и младих.

Циљну групу Дневног центра првенствено чине деца и млади са поремећајем у понашању, са асоцијалним и антисоцијалним понашањем, починоци саобраћајних прекршаја, починоци кривичних дела. Дневни центар укључује у рад и децу и младе код којих не постоји структуриран поремећај у понашању, али постоје показатељи ка асоцијалном понашању (мисли се на децу која имају проблем у савладавању градива, проблем у праћењу наставе, као и децу која имају потешкоће у поштовању ауторитета и потребна им је помоћ стручних радника у савладавању тог проблем, као и у изградњи здравих вредносних ставова). Радом Дневног центра обухваћена су и деца код које постоји склоност ка злоупотреби алкохола, психоактивних супстанци и други облици ризичног понашања.

Корисници Дневног центра су и родитељи горе поменутих група деце и омладине.

Како се млади укључују у рад Дневног центра

Корисници услуге Дневног центра на укључивање у рад могу бити упућени од стране:

- Центра за социјални рад
- Суда
- Стручне службе школе
- Родитеља или старатеља
- Самоиницијативно.

У случајевима у којима је упутни орган центар за социјални рад или суд, почетну процену корисника врши водитељ случаја, уз обезбеђену сагласност родитеља/старатеља. На

основу почетне процене израђује се план активности за малолетника, уз његово минимално учешће у активностима Дневног центра у трајању од три месеца.

На крају активности стручни радници Дневног центра за сваког малолетника израђују извештај који достављају водитељу сличаја, који може бити саставни део извештаја суду.

У случајевима где је упутни орган школа, почетну процену малолетника врше стручни радници Дневног центра, уз обезбеђену сагласност родитеља/старатеља. На крају активности, стручни радник Дневног центра за сваког малолетника израђује извештај и доставља га стручној служби школе.

Програми Дневног центра за младе

У Дневном центру спроводе се активности у оквиру следећих програма:

- Програм личног и социјалног развоја
- Програм превенције наркоманије
- Програм сексуално здравственог васпитања
- Програм квалитетног провођења слободног времена
- Еколошки програм
- Програм радне терапије
- Програм индивидуалног рада са младима
- Програм рада са родитељима (Школа за родитеље)

Организација рада Дневног центра

На пружању услуге Дневног центра запослена су два стручна радника: специјални педагог и педагог, а помоћ у реализацији активности пружа и војник на цивилном служењу војске. Капацитет Дневног центра је 30 корисника, а радно време је од 08-16 часова. Рад центра је утврђен Програмом рада који је усвојен фебруара 2009. године.

Промоција услуге

У циљу промовисања услуге и пружања информација о укључивању корисника у рад Дневног центра, током априла 2009. године обављено је више састанака са стручним службама основних и средњих школа на подручју Суботице, судијама Окружног суда и представницима Црвеног крста.

Рад Дневног центра континуирано је промовисан кроз сва средства јавног информисања.

ДОСАДАШЊЕ ИСКУСТВО У РАДУ ДНЕВНОГ ЦЕНТРА

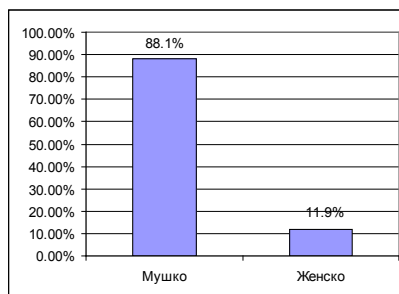
Подаци који су приказани у овом тексту односе се на првих шест месеци рада Дневног центра.

Број, полна структура и пребивалиште корисника

У рад Дневног центра укључено је 42 малолетника, од чега је 37 припадника мушког, а пет припадница женског пола. Просечан број корисника услуга по месецу је 16,5 корисника, што чини 55% попуњености у односу на укупан капацитет Дневног центра. Пад броја корисника забележен је у

летњим месецима, када је због летњег распуста било теже мотивисати и организовати кориснике за учешће у активностима.

ТАБЕЛА БР.1: Корисници према полу, изражено у процентима

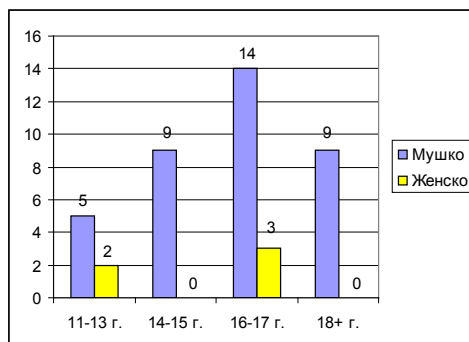


Полна структура корисника услуга Дневног центра је очекивана.

Од укупног броја корисника, 37 су из градске средине, а пет из сеоских средина. За кориснике из сеоских средина обезбеђена је надокнада за путне трошкове.

Старосна структура корисника

ТАБЕЛА БР. 2: Старосна доб корисника



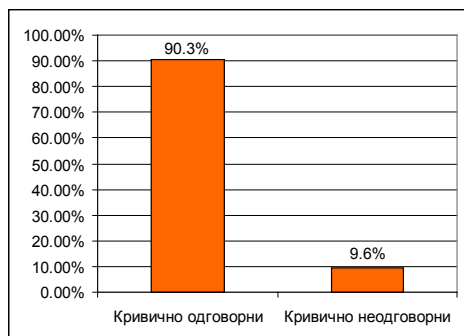
Просечна старост малолетника који су укључени у рад Дневног цен-

тра износи 15,8 година. У току другог квартала рада приметан је већи број лица млађих од 16 година, са просечном старошћу од 14,4 године, што није био случај током рада у првом квартлу. Такође, приметно је да млађа лица која су укључена у рад Дневног центра, за разлог упућивања имају изражен поремећај у понашању и упућени су од стране стручних служби школа или родитеља. Старији малолетници укључени су у рад Дневног центра због кривичних дела и упућени су од стране Центра за социјални рад или Суда.

Број корисника према одговорности за учињено кривично дело

У рад Дневног центра је укључено 31 малолетно лице које је починило кривично дело од којих је 28 малолетника кривично одговорно, а три малолетника кривично неодговорно. Поред овог броја, у рад је укључено и 11 малолетника који нису починили кривична дела, али имају изражен поремећај у понашању.

ТАБЕЛА БР. 3: Корисници услуга ДЦ према кривичној одговорности изражено у %



Кривична дела и кривичне санкције корисника

ТАБЕЛА 4. Број корисника услуге према врсти учињеног кривичног дела или асоцијалног понашања

Дело/асоцијално понашање	Број корисника	%
Учествовање у тучи	6	14,2
Тешка крађа	5	11,9
Лакша крађа	3	7,1
Скитња	2	4,7
Насилничко понашање	7	16,6
Изазивање опште опасности	1	2,3
Разбојништво	3	7,1
Нередовно похађање школе	2	4,7
Поремећај у понашању	8	19,1
Подршка/превенција	2	4,7
Вишеструко кривично дело	1	2,3
Наношење лаке телесне повреде	2	4,7
УКУПНО	42	100

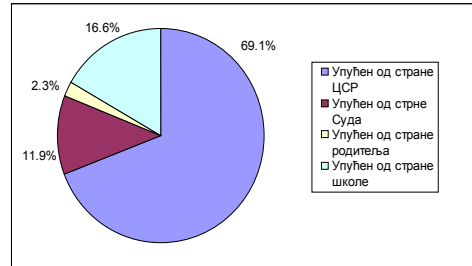
Анализа је показала да је насилничко понашање забележено чешће код млађих пунолетних лица, док су тешке крађе и учествовање у тучи карактеристични за младе између 16-17 година. Поремећаји у понашању су забележени код младих млађих од 15 г. који су упућени у Дневни центар у највећем броју од стране школа.

ТАБЕЛА БР. 5: Број корисника са изреченим кривичним санкцијама – Посебне обавезе

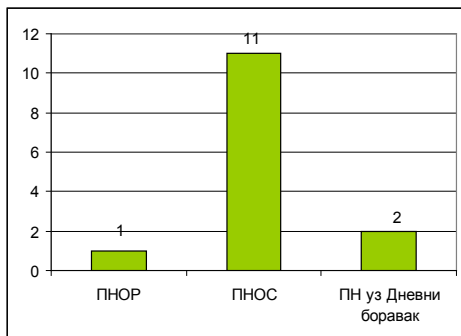


Начин укључивања корисника у рад Дневног центра

ТАБЕЛА БР. 7: Начин укључивања корисника у рад Дневног центра у %



ТАБЕЛА БР. 6: Број корисника са изреченим кривичним санкцијама – Мере појачаног надзора



Сви корисници услуге Дневног центра су укључени у програм Личног и социјалног развоја, а један део корисника и у Еколошки програм.

У току другог квартала рада Дневног центра приматан је већи број корисника који су упућени у Дневни центар од стране стручне службе школе.

Степен укључености корисника у рад Дневног центра

ТАБЕЛА БР. 8: Редовност долазака корисника

Редовност долазака	Месец						Просечан број корисника на месечном нивоу
	V	VI	VII	VIII	IX	X	
Редовно долази	10	7	5	6	6	8	7
Повремено долази	8	13	4	2	2	5	5.6
Информативни долазак	8	2	6	0	0	7	3.8
УКУПНО	26	22	15	8	8	20	16.4

Од укупног броја малолетника, 76,6% је остварило више од једног доласка у Дневни центар.

У току рада Дневног центра обављено је девет информативних разговора са родитељима, један разговор са хранитељем и четири информативна разговора са бакама малолетника укључених у рад.

МОНИТОРИНГ УСЛУГЕ

Процес мониторинга услуге одвијао се током читаве реализације Пројекта, кроз интерни и екстерни мониторинг. Интерни мониторинг је обављен од стране Службе за планирање и развој Центра за социјални рад, кроз обавезно месечно извештавање од стране Дневног центра и каснијом кварталном анализом достављених података. Екстерни мониторинг и стручна подршка у успостављању и развоју услуге обављен је од стране стручних радника Покрајинског завода за социјалну политику. Извештаји интерног и екстерног мониторинга редовно су достављани носиоцима Пројекта из Локалне самоуправе (члану Градског већа за социјалну политику, Одељењу за друштвене делатности).

ЕВАЛУАЦИЈА УСЛУГЕ ОД СТРАНЕ КОРИСНИКА

Након завршетка Програма личног и социјалног развоја, свим учесницима је дата могућност да оцене квалитет Програма. Корисници су евалуирали рад Дневног центра на следећи начин.

- Оцена програма у целости: Осам (8)
- Оцена појединих области програма:
 - Упознавање 6,3
 - Лични идентитет 7,3
 - Стереотипи/предрасуде 7,7
 - Тимски рад 8,6
 - Комуникација 6,8
 - Решање конфликта 6,1

- Оцена простора и услова рада: 8,2
- Оцена квалитета рада стручних радника: 9,3

ИЗАЗОВИ ОДРЖИВОСТИ РАДА ДНЕВНОГ ЦЕНТРА

У току досадашњег рада Дневног центра испољили су се одређени проблеми/изазови одрживости континуитета његовог рада. Неки од учених изазова су:

- Достизање минималних стандарда рада
- Усклађивање програма и активности са потребама корисника
- Проблем континуираног финансирања услуге
- „Институционализација услуге“

С обзиром да је ова услуга у локалној заједници успостављена на основу уговорног односа избором извођача услуге, обезбеђена је већа могућност континуираног развоја услуге, избором нових извођача услуге према потреби, чиме се уједно смањује ризик да се услуга везује за рад извођача услуге (институције), чиме се омогућава коришћење ресурса заједнице.

Даље финансирање услуге обезбеђиваће се у буџету Града на функцији социјалне заштите, на буџетској линији – услуге по уговору.

Жељка Бургунд, руководилац
Програма „СОС дечија линија“ Центар за заштиту
одојчади, деце и омладине Београд – Развој услуга

СОС ДЕЧИЈА ЛИНИЈА

– програм телефонског саветовања за децу и младе –

У октобру 2009. године, у оквиру „Дечије недеље“, Центар за заштиту одојчади, деце и омладине из Београда обележио је четири године активности на Програму „СОС дечија линија Србије“.

Представљајући деци резултате четворогодишњег „Отвореног дечјег телефона“, млади саветници дечије линије су на тргу Николе Пашића, заједно са школарцима, пустили у ваздух неколико стотина шарених балона са бројем дечије линије и симболичном поруком да овај број стигне до сваког детета коме је потребан.

Успостављање нове услуге за децу

Дечија линија почела је рад, односно СОС телефон је први пут зазвонио **11. октобра 2005.** г. после свеобухватних припрема везаних за:

- припрему и обуку телефонских саветника;
- медијску кампању и најаву нове услуге општој и стручној јавности Србије;

- опремање простора и установљавање свих неопходних услова за почетак рада.

Један од кључних задатака у оснивању био је и успостављање позивног броја, што је обезбедио „ТЕЛЕКОМ Србија“, који до данас услугу долазних позива на овој линији пружа бесплатно.

Програм „СОС дечија линија“, у својој првој кампањи под називом „*Позиви број за проблем твој*“, понудио је своје услуге телефонског саветовања намењене деци и младима, позивом на бесплатан број **0800 123456**. Корисницима – деци и младима, понуђен је поверљив, анониман и бесплатан саветодавни разговор са, за ту улогу, посебно обученим професионалцима.

Током 2004. године у Пројекту „Консултације са децом и младима на тему установљавања институције омбудсмана за децу Србије“, реализованом у партнерству Save The Children УК и Дечијег културног центра анкетирано је 1.500 деце узраста 7-18 година у 20 места у Србији. Резултати истраживања указали су на оправданост потребе успостављања институције заштитника дечијих права, али и на потребу развоја услуга везаних за

имплементацију Конвенције о правима деце. Током истраживања, деца су промишљала о заштити и остварењу својих права и препознала и исказала потребу за услугом стално доступне телефонске подршке која излази у сусрет њиховим потребама.

Центар за заштиту одојчади деце и омладине из Београда, покренуо је иницијативу и препоручио се као реализатор програма, дајући своје расположиве капацитете, пре свега, просторне и људске ресурсе и дугогодишње искуство у раду са децом и младима. Захваљујући финансијској подршци и обезбеђивању почетне обуке за телефонске саветнике од стране Фондације Њ.К.В. принцезе Катарине Карађорђевић, као и подршке Министарства рада и социјалне политике, Министарства просвете и спорта, Министарства здравља, Народне канцеларије Председника Републике и „Телекома“ успостављен је Програм телефонске подршке за децу и младе под називом „СОС дечија линија“.

Прва година активности „Дечије линије“ финансирана је од стране Фондације Њ.К.В. принцезе Катарине Карађорђевић, а од 2007. године финансирање се врши из буџета Министарства рада и социјалне политике (из Фонда игара на срећу), док „Телеком Србија“ и даље обезбеђује бесплатност позива.

Одлуком Министарства рада и социјалне политике Републике Србије, директна реализација програма „СОС дечија линија“ поверена је Центру за заштиту одојчади деце и омладине у Београду.

Циљеви и основни принципи рада

Циљ „Дечије линије“ је да помогне деци и младима у остваривању

њихових права, да их заштити од злостављања и занемаривања, односно да превенира или умањи све оно што децу, посматрано из њихове перспективе, може да повреди.

„Дечија линија“ помаже младима да донесу одлуке и да направе планове за решење проблема, током и после разговора.

Циљ подршке деци је, да у поверљивој атмосфери, уз активно слушања и саговорника, помогне око проблема или тема који окупирају децу која зову.

Начин реализације циљева остварује се кроз телефонску комуникацију у којој саветници „Дечије линије“ подржавају децу да изнесу проблем који их мучи, да артикулишу своје мисли и осећања о проблемској ситуацији, да заједно са њима истражују могуће опције за решење проблема и да их оснаже за доношење одлука. „Дечија линија“ пружа услуге телефонског саветовања, али у случају озбиљнијег нарушавања дечјих права, информише и упућује на друге услуге у систему социјалне заштите деце и младих.

У случајевима када стручна процена укаже на повреду дечјих права и ризик за дететов живот, „Дечија линија“ преузима улогу посредника ка надлежним установама и институцијама система. Посредовање се врши уз сагласност детета или младе особе, а *принцип поверљивости* нарушава се искључиво када се ради о животној угрожености онога ко зове, уколико постоји довољно података да би се могло интервенисати.

Основни принципи рада „Дечије линије“ су:

- **Доступност** (24 сата дневно, 365 дана у години)
- **Анонимност** (не постоји идентификација позива, нити се инсистира на давању личних података)

- **Поверљивост** (као основни принцип рада саветника и стандард услуге)
- **Бесплатност** (са свих фиксних телефона и телефонских говорница)
- **Стручност** (телефонско саветовање обављају посебно оспособљени професионалци за рад на телефону према методологији „Базичног модела саветовања“ – телефонски саветници) као и
- **Број лак за памћење 0800 123456**

Сматра се да је приступ „СОС дечијој линији“ право сваког детета, која свакоме треба да буде доступна кад год то пожели.

Услуга телефонског саветовања намењена је **деци, младима, али и одраслима забринутим за децу**. Тако је потенцијални број корисника услуге око 17,33% популације према последњем Попису (1 330 000 деце узраста 4 -19 година), што је, показало се, ову услугу учинило неопходним и саставним делом система заштите деце и младих у Србији.

У Републици Србији услуга коју пружа „Дечија линија“ предвиђена је Националним планом акције за децу, Стратегијом реформе система социјалне заштите, Стратегијом за развој и здравље младих као и Стратегијом борбе против насиља над децом и другим релеватним документима.

Оснивањем и својим четворо-годишњим активностима „Дечија линија“ Србије се приближила групи од око 150 земаља у свету које су својим најмлађим грађанима омогућиле да брзо и лако добију подршку и помоћ када им је потребна. У земаљама ЕУ неке од дечијих линија постоје преко 25 година. У препорукама Студије УН о насиљу над децом оваква услуга процењена је као важна и препоручено је свим чланицама УН да је успоставе

и развијају како би деца у ризику од злостављања, занемаривања, експлоатације и других облика злоупотребе могла брзо и лако да дођу до помоћи и подршке.

Организација рада

Програм „СОС дечија линија“ концепцијски је заснован на комбинацији волонтерског и професионалног ангажмана запослених.

Саветници „СОС дечије линије“, по основној професији су психолози, педагози, социјални радници, специјални педагози, андрагози, правници, социолози, здравствени радници... саветодавне разговоре обављају, по завшеном Програму обуке акредитованом код РЗСС као „Иницијални тренинг за телефонске саветнике“, преузет и од стране „Child Line Yorkshire and North East“, Велика Британија, прилагођен за локалне потребе.

Програм се састоји од 40 часова теоретске и 75 часова практичне обуке, пре почетка рада на телефону.

У 2009. години на „СОС дечијој линији“ ради 22 телефонска саветника у плански распоређеном 24-часовном радном циклусу, уз подршку два супервизора смене.

Тренинг за нове телефонске саветнике је, такође, део активности „Дечије линије“ и обавља се сходно потребама, а најчешће једном годишње. Сви ангажовани професионалци имају обавезну, дневну, дијадну, као и периодичну групну супервизију. Организација рада, односи са јавношћу, међународна сарадња и контакти са институцијама система и заинтересованим организацијама поверени су менаџеру програма.

„Дечија линија“ редовно доставља извештаје о својим активностима својим сарадницима, донаторима и

финансијеру и промовише свој рад у домаћим електронским и штампаним медијима с циљем повећања видљивости и доступности ове услуге деци и њиховим породицама.

Уз ТВ спот, плакат и флајер намењен деци, „СОС дечија линија“ има и своју веб страницу www.decijalinija.com

Резултати рада и потреба за оваквом услугом

„Дечија линија“ има за циљ успостављање и проширивање постојеће сарадње са свим институцијама и организацијама чија су циљна група деца и млади (посебно оних који имају контакт са рањивим и маргинализованим друштвеним групацијама) како би ова услуга постигла свој циљ – да буде доступна свима којима је потребна. Сарадници „Дечије линије“ су канцеларије за младе, Дечији омбудсман, Народна канцеларија Преседника Републике, као и све установе социјалне заштите за децу, центри за социјални рад, школе и организације цивилног друштва оријентисане на заштиту права деце.

Од оснивања, до данас „Дечија линија“ примила је више од 43 000 позива што је препоручује као услугу која треба да се и даље развија и да буде на услузи својим корисницима. Више од трећине позива прерасло је у саветодавне разговоре. Разлика између укупног броја прихваћених позива и позива који су се развили у саветодавне разговоре припада тзв. тестирајућим позивима, које „Дечија линија“ сматра веома значајним.

У првих девет месеци у 2009.г. саветници „СОС дечије линије“ подигли су телефонску слушалицу и ставили до знања ономе ко зове да су спремни да га чују и подрже у више од **7 000**

пута. А у око **1346 позива** развијен је разговор у коме су деца, млади и одрасли забринуте за децу, могли да поделе своју забринутост, искажу своје мисли и осећања око проблема, бриге коју имају, добију потребне информације, истраже могућности за решење проблема, донесу планове акција које ће предузети да би своје трпљење смањили или се одлуче за посредовање „Дечије линије“ у иницирању решења проблема.

Статистика „Дечије линије“

Према теми са којом деца и млади почињу разговоре табела учесталости у укупно обављеним разговорима је следећа:

- Злостављање и насиље 9,43 %
- Вршњачки односи 32 %
- Школски проблеми 6,9 %
- Сексуалност 4,4 %
- Породични односи 15 %
- Психосоцијалне теме 17,3 %
- Тражење информација 11,45 %
- Остало 3,5%.

Деца нас позивају

Са фиксних телефона (оквирно 65% позива)

Са јавних “Телеком ХАЛО” говорница (оквирно 35% позива).

Од свих позива оквирно:

- 92 % позива чине позиви деце
- 8 % позива чине позиви одраслих
- 50 % позива чине позиви деака
- 50 % позива чине позиви девојчица

У почетку рада „Дечије линије“, позиви девојчица су бележени у 75% случајева, што је током четири године избалансирано на приближно полно уједначен број и иде у прилог провереној поверљивости истестираној од стране дечака, позивача.

Такође, у последњој години изражена је и тенденција пораста позива одраслих забринутих за децу, што може да укаже на недовољан број услуга намењених родитељима, али и беспомоћност родитеља и деце да изађу на крај са развојним фазама, додатно оптерећених социјалним и економским притисцима на породицу и нарушеним системом вредности у друштву.

„Дечија линија“ је доступна и одраслима забринутим за децу. За децу су забринуте жене (62%) више него мушкарци. Најчешће су то комшинице, мајке и баке. Одрасли су забринути за децу из градова (85%) због сумњи на злостављање, лоше породичне односе и потребе да се консултују око васпитних и других поступака. Одрасли са села веома мало користе „Дечију линију“.

Карактеристике позива одраслих указују на њихово другачије сагледавање дечијих живота и потреба, но што то виде сама деца. Главне теме одраслих су: злостављање и насиље 23,4%, породични односи 24,2%, вршњачки односи деце 15,4%, брига за ментално здравље и психички живот деце 13,5%. Одрасли су забринутији за децу разведених родитеља (31% позива), односно када су сами, родитељи детета тешко раздвајају своју родитељску од нарушене партнерске улоге. Ниједан позив одраслих није се односио на децу у систему социјалне заштите.

Профил „Дечије линије“ данас

Након четири године рада и квалитативне анализе разговора, „СОС дечија линија“ се профилише као Програм телефонске подршке, најчешће за децу пубертетског узраста, са претежном темом вршњачких односа и психосоцијалних тема. Највећи број деце која нас позивају су деца која

живе у већим градовима, у својим породицама. Одређени проценат позива се односи на злостављање од стране чланова породице, социјалног окружења или школске и вршњачке групе.

Позиви нам указују:

Да је све више деце и младих који живе у ризичним животним окружењима, погођених ратним последицама, миграционим токовима и транзиционим променама у друштву;

- Ове појаве доводе до ризика од занемаривања, злостављања и других тешких повреда права деце;
- Да деца траже прилику да своје развојне проблеме и животне потешкоће, осећања и дилеме поделе са одговарајуће припремљеним особама, спремним да их саслушају;
- Да су деца најделикатнији „друштвени барометар“ и да их погађају социјални, економски, политички и етички потреси у друштву, да сутилно реагују на сваку кризу, аферу, немиле догађаје и медијске злоупотребе, као и на огромну количину негативних информација које добијају путем медија;
- Да су деца, усамљена, забринута узнемирена;
- Реакције деце су страх, потиснута или испољена агресивност,

осећање беспомоћности и бесперспективности.

Сарадња

„СОС дечија линија“ у Србији члан је међународне организације „Child Help Line International“ коју чине дечије линије из преко 150 земаља света и које годишње приме око 10,5 милиона позива.

Ова организација изградила је принципе и стандарде рада на дечијим линијама, заснованих на поштовању Конвенције о правима детета, који обавезују све њене чланице да их поштују.

„СОС дечија линија“ прати активности различитих организација и институција, резултате њихових истраживања и анализа, у тежњи да утврди релевантност података о животу деце до којих сама долази и да заједничким напорима допринесе унапређењу положаја деце актуелно и трајно. СНЛ је директан сарадник Комитета УН за праћење примене Конвенције о правима детета, те „СОС Дечија линија“, преко њих даје, директне препоруке за унапређење положаја и остваривање права деце у Србији у оквиру разматрања националних извештаја.

„Child Help Line International“ (са чланицама – преко 150 земаља у свету) у сарадњи са Телекомуникационим агенцијама својих земаља ради на „хармонизацији“ јединственог броја за све дечије линије у свету – то је број 116-111. Савет Европе је подржао ову иницијативу и упутио је РАТЕЛ-у која се изјаснила да ће подржати увођење овог дечијег броја у Србији, у складу са техничким и другим могућностима телекомуникацијских оператера.

„Дечија линија Србије“, такође, је члан Светске организације за заштиту

деце од злостављања и занемаривања (ISPCAN).

У региону Југоисточне Европе, тј. републикама бивше Југославије, постоји више дечијих линија, које су се на иницијативу „Дечије линије Србије“ договориле да успоставе регионалну мрежу, са циљем подршке, размене искустава и усаглашавања стандарда рада на дечијим линијама у региону.

„СОС дечија линија Србије“ је у периоду од 05. до 07. октобра 2009. узела учешће на Европским регионалним консултацијама дечијих линија у Милану, Италија, где су разматрани стандарди и принципи рада дечијих линија у Европи, досезање и уједначавање у минималним стандардима, развој нових технологија у саветовању: СКАЈП, сигурније ИНТЕРНЕТ саветовање, имплементација хармонизујућег броја 116-111 у 2010-ој години, као и учешће деце у раду и развоју дечијих линија, као тема за наредне светске консултације, које ће се одржати 2011. године у Мадриду.

Уместо закључка

Изводи из докумената посвећених заштити дечијих права

Посебно деца требају заштиту. У опхођењу са њима – тако се каже – показујемо своје право лице. То важи за одрасле исто као и за друштва и државе. Нема раздобља у којем деца нису била злостављана и искориштана. То представља једну посебно тешку повреду људских права. Због масовног умањивања вредности животних шанси и повреда права детета као први корак је донесена *Декларација о правима детета* 20. новембра 1959. године. Од тада је 20. новембар Дан права детета. У преамбули ове Повеље стоји реченица која указује на

њен смер: „Човечанство дугује деци најбоље што има“.

Конвенција о правима детета је највише пута ратификовани документ о људским правима у целом свету, а и поред тога је њено спровођење још увек у «дечијим ципелама». Поводом 10. јубилеја Конвенције, 1999. године, многе организације које делују у области заштите детета повукле су биланс: Шта је постигнуто? – и пре свега: Где леже дефицити у остваривању права детета?

„СОС дечија линија“ Србије поседује свест о томе да је њен ангажман само делић у мозаику могућности за добробит и бригу о деци у Србији.

Њена мисија је да, уз специфичан облик саветовања, близак њеним саговорницима, помогне онима који позову, да заступа у јавности збирни глас деце, али и да перманентно промовише дечија права, изградњу капацитета друшва да децу заштити од злостављања и занемаривања и да подиже свест о чињеници да само сигурно одрастање ствара стабилне одрасле чланове друштва.

Наш слоган је
„Хајде да разговарамо“

Наш контакт :
Број дечије линије **0800123456**
Електронска пошта
sos@decijalinija.com
Интернет презентација
www.decijalinija.com

Јелена Радовановић,
дипл. социјална радница
Центар за социјални рад Бајина Башта

ИСКУСТВА У ПРУЖАЊУ УСЛУГЕ „ПОМОЋ У КУЋИ ЗА ДУШЕВНО ОБОЛЕЛА ЛИЦА“

Искуства која смо стекли у спровођењу Пројекта прелиминарно названог „Помоћ у кући за душевно оболела лица“, започетог у августу 2008. године, желимо да поделимо са колегама, уверени да ће сазанања до којих смо у дошли пракси користити као подстрек у другим срединама да се иста или слична услуга развије.

Општина Бајина Башта има 29.151 становника, на површини од 673,41 км². Избеглих лица има 486 а расељених 112, али овај број није садржан у укупном броју становника наше општине. Незапослених лица (на евиденцији Националне службе за запошљавање у Бајиној Башти) има 2.333. Од тога броја 1.283 су жене.

Општина Бајина Башта је погранична са Републиком Српском, па је у току рата била у прилици да испрати (и осети) велики број ратних дејстава на територији тадашње БиХ. Становништво из пограничног дела које гравитира према нашем граду у њему се и настанило током рата.

До 2008. године на подручју града постојала су три колективна центра у којима је било смештено 165 избеглих и расељених лица, док је 400 лица живело у приватном смештају. Временом су се ова лица асимилирала у овдашњу

средину, док су остали нашли решење свог животног питања у другим местима.

Ратови, инфлација, материјално пропадање становништва, затварање предузећа, немогућност доласка до било каквог запослења и други проблеми условили су повећање броја корисника на евиденцији нашег Центра за социјални рад.

Тако је укупан број корисника на крају 2007. године био 866, а на крају 2008. године 1.331 корисник, што чини повећање од 60%. Значи, нас 10 радника (6 стручних) са корисницима чији се број умножава...

Посебно запажамо повећање броја породица које као свог члана имају душевно оболело лице (по садашњој терминологији лице са менталним поремећајем). Све старосне структуре су заступљене, док се по полној структури примећује разлика у корист жена у висини од 30%.

По правилу, ове породице су лошијег материјалног стања, па се у 40% случајева нађу на нашој евиденцији из овог разлога, а у 30% случајева због поремећених породичних односа. Уласком у породицу откривамо да је један од чланова радно неспособно лице, без прихода, неуобичајеног

понашања (често окарактерисан као нерадник и безобразник, што потиче од недовољне едукованости чланова породице, што истовремено указује и на неразумевање природе болести). Душевно оболело лице је често хоспитализовано, а када то није, један члан породице мора углавном да одсуствује са свог радног места (ако је запослен) да би се старао о задовољењу основних животних потреба оболелог члана породице. Самим тим и приходи породице се смањују, а често и нестају због многобројних изостанака.

Лекови се купују, пошто се у 50% случајева налазе на негативној листи, а треба их набављати доживотно. Од укупног броја корисника, 70% корисника не узима редовно терапију (најчешћи разлози су: одбијање, недостатак квалитетне подршке, недостатак материјалних средстава...). Следи погоршање основне болести, поновна (често и принудна) хоспитализација. Редослед ствари је лишавање пословне способности, постављање стараоца и, најчешће, захтев за смештај у установу социјалне заштите.

До реализације смештаја душевно оболелог лица у установу социјалне заштите долази у просеку за две године, под условом да се у неком извештају лекара корисник не окарактерише као агресиван. Ако ипак дође до смештаја, губи се породична нит: породица, већ материјално ослабљена, ретко и све ређе обилази смештеног члана, тако да се контакти сведу на повремено јављање телефоном, или на информације које се добију у Центру за социјални рад.

Запитали смо се да ли је то неизбежан след догађања и да ли нешто можемо да учинимо на превенцији смештаја и душевно оболелих лица и свих других који се не уклапају у уобичајено прихваћене моделе понашања? Да ли је решење склонити све око којих се треба више ангажовати?

Сматрали смо да то не можемо дозволити.

Пошли смо од Универзалне декларације о правима човека по којој свима припадају права и слободе које садржи ова декларација, без разлике било које врсте као што су раса, боја коже, пол или неко друго обележје. Поштовали смо одредбе и других декларација УН, а такође и основне принципе Стратегије реформе социјалне заштите као што су:

1. Поштовање најбољег интереса корисника;
2. Доступност услуга корисницима;
3. Обезбеђење најмање рестриктивног окружења;
4. Партиципација, одговорност и самосталност корисника;
5. Континуитет заштите и могућност избора услуга и пружаоца услуга.

Уклапамо се и у циљеве реформе система социјалне заштите и то:

1. Развој програма који превенирају настанак и генерацијски пренос социјалних проблема;
2. Мере, услуге и активности које су посебно усмерене на појединце, породице у ризику и маргинализоване групе – њихово оспособљавање за продуктиван живот у заједници;
3. Мере, услуге и активности за групе којима је потребна посебна подршка (између осталих одрасли и стари који нису способни за самосталан живот).

Наравно, поштовали смо и примењивали све принципе стручног рада. Домаћице смо изабрали из редова наших незапослених корисника. У њиховом одабиру, процени, припреми и обуци учествовао је стручни тим ЦСР (психолог, правник, социјални радник), као и психијатар Дома здравља. Наш заједнички задатак био је одабир

домаћице компатибилне карактеристикама породице.

Обука домаћице треба да садржи следеће сегменте:

- Усвајање вештина у вези са задовољавањем потреба корисника;
- Заштита и унапређење здравља, очување функционалне способности корисника и спречавање могућих ризика;
- Комуникација и комуникацијске вештине;
- Методе подстицања и подршке;
- Препознавање ризичних симптома;
- Лекови и лечење;
- Исхрана;
- Сексуалност;
- Организација слободног времена и радна окупација;
- Предрасуде о душевним болестима и стигматизација и
- Интеграција психички оболелих особа у локалну средину.

Задаци домаћице су:

- Пружање непосредне подршке кориснику у свим активностима свакодневног живота;
- Спровођење индивидуалног плана заштите;
- Сарадња са ЦСР;
- Вођење дневника рада и запажања и
- Обављање и других послове по налогу чланова стручног тима ЦСР.

Ове задатке домаћица обавља уз пуно поштовање личности корисника и уважавање различитости. Корисник никада не сме бити доведен у неравноправан положај због своје болести. Такође, домаћица се не сме служити наредбодавним активностима и наметањима.

Индивидуални план заштите се сачињава од стране стручног тима ЦСР,

корисника, домаћице и лица битних кориснику. То је писани документ који дефинише ко, шта, када и где ради. Овим документом се прецизирају циљеви ради чије реализације се дефинишу задаци, временски оквир и особе одговорне за реализацију. Индивидуални план заштите се темељи на информацијама о:

- Здравственој и социјалној анамнези,
- Способностима корисника,
- Свакодневним навикама и животном стилу,
- Потребима и очекивањима,
- Значајним особама,
- Снагама и тешкоћама.

Индивидуални план заштите прати индивидуалне потребе и могућности корисника. Повратне информације које добијамо од домаћице, сродника, стручних сарадника и лица блиских кориснику служе нам за евалуацију на основу које се врше измене и допуне индивидуалног плана заштите. Стручни тим је често обилазио кориснике на терену, чиме је добијао непосредан увид у рад домаћице и стање корисника. И ови подаци су били од изузетне важности за измене и допуне индивидуалног плана заштите.

Пројектом су од августа 2008. године обухваћене четири породице и једно лице које је живело без других чланова породице. Тренутно је у припреми породица са два душевно оболела лица за улазак у Пројекат. Једно од лица се налази на лечењу на психијатријском одељењу ужичке болнице. Наше искуство је да најбоље ефекте има приближавање домаћице кориснику баш током посета кориснику у болничким условима. Тада се уз помоћ надлежног психијатра ради на подизању мотивације корисника за прихватање овог облика заштите и добијају врло битне

информације о специфичностима и карактеристикама обољења.

И друге чланове породице треба припремити за прихватање оваквог облика заштите. Када домаћица са сродником учествује у отпусту корисника, ствара се могућност да се у природној средини чине даљи кораци на заштити корисника и обезбеди сарадња на релацији корисник – породица – домаћица – ЦСР – друге потребне службе. Све то у сврху позитивне промене у квалитету живљења чиме би требало да резултира добра и квалитетна подршка.

Посебно напомињемо да је наша општина усвојила Одлуку о проширеним правима у области социјалне заштите 07. 07. 2009. године, чиме су се и формално стекли услови за давање финансијске надокнаде за рад домаћица. До тада смо средства обезбеђивали из Фонда за исплату једнократних новчаних помоћи. Из тог фонда обезбеђивана су и средства потребна за обезбеђење услова за нормално функционисање корисника (трошкови одвожења отпада, кречење, оспособљавање мокрог чвора, набавка лекова и основних животних намирница...).

Ради бољег увида у стање на терену и односа локалне заједнице према спровођењу овог пројекта цитирам записник комуналног инспектора наше општине сачињен 19.01.2009 године приликом обиласка наших корисника:

„У рунираном грађевинском објекту склоном паду, пуног смећа, сламе, конзерви од месних прерађевина, са видним деловима донетих изнутрица – виђена два велика и два мала пса. Пси праве сметње суседима. Породица је под патронатом Центра за социјални рад. Налаже се ЦСР:

- 1) онемогућавање сакупљања паса код овог домаћинства на начин што ће предузети мере уклањања нехигијенског објекта склоног

паду који је у виђеном стању извор еколошке и санитарне заразе и за околину, а такође је и место за сакупљање луталица;

- 2) такође, потребно је и онемогућити прилаз животињама оградавањем овог дворишта. Рок: По пријему записника.“

Све послове везане за заштиту корисника, мониторинг и евалуацију обезбеђивали су стручни радници ЦСР. За то ангажовање нису добијали нити добијају икакву надокнаду. Сада смо у ситуацији да се овакав облик заштите корисника одомаћио у локалној заједници, па имамо потребе за проширењем броја корисника. Међутим, више нисмо у могућности да уз редовне радне обавезе испратимо све што је потребно. Решење је да се на подручју општине формира посебна служба са одговарајућим стручним кадром, укључујући и координатора који ће склопити функционалну целину од свих припадајућих делова.

Уз много рада, залагања и љубави постигли смо да корисници који су били на прагу институционалног смештаја остану у својој природној средини у условима достојног човека. Од почетка спровођења Пројекта ниједна особа обухваћена њиме није хоспитализована. Нисмо имали ниједан испад који би угрозио нечију безбедност и здравље (на супрот упозорењима многих колега). Санирани су у значајној мери поремећени породични односи. Корисници су остварили своја права у области пензијске, инвалидске и социјалне заштите. У значајној мери побољшан је квалитет живота корисника, постигли смо и њихову бољу укљопљеност у социјалну средину. Задобили смо и њихово поверење, а они су изградили топле и блиске односе са домаћицом.

На овим резултатима се не смемо задржати. Потребно их је, после оснивања посебне службе, још више

усталити, дорадити неке елементе и формирати добру базу података. Затим следе активности везане за бољу социјализацију и евентуално радно ангажовање корисника. Уз све то иде и неизбежна, добро осмишљена медијска презентација.

Овим путем се захваљујем радницима ЦСР Бајина Башта који су ми без резерве веровали и следили идеју несебичног залагања за добробит корисника, чак и у најтежим околностима. Захваљујем и свима који су имали стрпљења да овај чланак прочитају до краја.

Драге колеге, немојте имати предрасуде у односу на овакву врсту ангажовања. Почните срцем и успећете што смо и сами доказали. А ми смо ту за сваку врсту помоћи.



Фиона Кој

МОДЕЛ ДИФЕРЕНЦИРАНОГ ОДГОВОРА У СТРУЧНОМ РАДУ СА ЗЛОСТАВЉАНОМ ДЕЦОМ НА НОВОМ ЗЕЛАНДУ

**ПОДРШКА УВРЕМЕЊЕНИЈЕМ И
ДЕЛОТВОРНИЈЕМ РЕАГОВАЊУ НА
ОБАВЕШТЕЊА О ЗЛОСТАВЉАЊУ**

Title Annotation:

Policy Development Papers

Аутор: Соу, Фиона (Фиона Кој)

Датум: 1. јули 2005.

Објављено: Часопис за социјалну политику Новог Зеланда

ISSN: 1172-4382

Превод са Енгл.: Мирјана Карлеуша

Резиме

Током 2005. Парламент Новог Зеланда размотрио је предлог измена и допуна Закона о деци, омладини и њиховим породицама из 1989. Измене омогућавају увођење модела диференцираног одговора¹ сходно коме Одељења за рад са децом, омладином и породицама могу да реагују на различите пријаве злостављања, занемаривана или неизвесности неге на више различитих начина. Чланак описује образложење овакве политике

¹ Израз диференцирани одговор који се користи у преводу чланка под речју „диференциран“ подразумева *карактеристичан, особен* (оп. прев.)

и циљ које би измене требало да имају. Следи опис како нови систем функционише, ослањајући се на међународна искуства ради указивања на вероватне добробити и изазове које собом носи. Могући ризици диференцираног одговора подразумевају ангажовање система и ресурса социјалних радника који раде са децом, омладином и породицама и који тренутно одлучују да ли ситуација изискује истрагу или другу врсту активности. Могуће добробити подразумевају већу способност да се очува сигурност деце циљањем истражних средстава Одељења на делотворнији начин и реаговањем на адекватнији начин на различите врсте обавештења². Модел диференцираног одговора треба такође да подстакне способност Одељења да задовољни

² У оригиналу „notification“. Ова обавештења имају упозоравајући карактер, а обавезу да их поднесе у случају да сматрају да је до злостављања дошло имају учитељи и наставници, социјални радници и други стручњаци који делују у локалној заједници. Обавештење упозоравајућег карактера означава почетак очекиваног поступка, који резултира извештајем. Будући да законски текст у сличном смислу поред овог, садржи и израз „герот“ (у значењу: *пријава*) и да оба израза, према консултованим речницима имају веома слична значења, преводилац се определио за израз „*обавештење*“ као најпримеренији, у материји коју чланак обрађује. (оп. прев.)

потпуне потребе својих клијената, више подржавајући партнерства у процени и непосредном раду, са онима који пружају услуге у заједници. Крајњи резултат примене овог модела су услуге које су боље увремене, делотворније и у већој мери примерене деци, омладини и породицама као клијентима.

Увод

Године 1989. усвојен је Закон о деци, омладини и њиховим породицама (у даљем тексту: ЗДОП). У одељку 15 новог закона, сваком је изричито допуштено да извести о психолошком, емоционалном или сексуалном злостављању, неодговарајућој бризи или лишавању, било полицији или социјалном раднику. У одељку 17, социјални радник или полиција који приме овакво обавештење су у обавези да „истраже“ (или органзују истрагу) чим је то изводљиво.

Истовремено са почетком примене ЗДОП, Владина реакција у домену неге и заштите била је да се промовише шире схваћена добробит деце и породице. Појам „истраге“ се тумачи у ширем смислу као било која одговарајућа реакција на пријављивање злостављања (било да је као такав предвиђен одељком 15 ЗДОП или не). (2)

Ипак, притисак јавности, медија и правосуђа су временом довели до тога да Одељење за рад са децом, омладином и породицама концепт «истраге» тумачи у смислу ужем од наведеног. Тако се сада под «истрагом» подразумева (и као такво значење је прописано у Упутству за рад социјалних [*стручних* – оп. прев.] радника са децом, омладином и породицама) као пуна истрага³ са циљем да се установи

да ли је до повређивања дошло или у будућности може доћи.

Како је временом растао број извештаја о наводним актима зло-стављања деце, занемаривања или неизвесности неге [у смислу *старања* – оп. прев.], и како се од Одељења за рад са децом, омладином и породицама (у даљем тексту: ОДОП/Одељење) очекивало да одговори пуном истрагом, смањила се способност Одељења да одговори потражњи за истрагом. Изгледа да су оваквом стању допринели озбиљни притисци на буџет, променљив квалитет у пружању услуга и јасно поимање да Одељење није више у стању да делотворно пружа услуге социјалног рада својим клијентима.

Године 2003. министарства су спровела „Ревизију основних поставки“ током које је установљено да Одељење треба да се стабилизује, учи из досадашњих искустава и унапреди пружање услуга. Ипак, током шестомесечног периода праћења после Ревизије, број пријава (или „обавештења“) која је ОДОП примило порастао је за око 29% изнад горње границе коју је Извештај о ревизији поставио. Ово је угрозило суштину стабилности коју је Ревизија требало да унапреди. Одељење и министар морали су да брзо установе начине како да одговоре потражњи која је већа од очекиване, током примене препорука из Извештаја о ревизији основних поставки.

Као одговор на своју зебењу у погледу способности ОДОП да удовољи нарастој потражњи за истрагама, један број утицајних невладиних организација (НВО) обавестио је министра да су сагледали могућност сопственог већег укључивања ради пружања помоћи ОДОП. Ово се показало значајним катализатором промене. Кабинет

³ Речи *enquiry* и *investigation*, у значењу *истрага* имају према „Random House Dictionary“ више истих

значења. Израз *investigation*, који се у овом чланку претежно користи, у овој материји има уже значење од израза *inquiry* (оп. прев.).

Комитета за социјални развој је 17. марта 2004. године наложио министру социјалног развоја (3) да утврди и да до 01. септембра 2004. извести о следећем:

- треба ли одељке 15 и 17 Закона мењати како би се омогућила флексибилнија реакција ОДОП на обавештења о злостављању
- да ли су измене такве да омогућавају НВО да преузму одређене законом прописане функције неге и заштите, у име владе.

Као одговор, представници ОДОП и Министарства социјалног развоја анализирали су системе неге и заштите у неколико области. Установили су да ни од једне од агенција за негу и заштиту из области које су обухватили није затражено да на пријаве регулишу на једнообразан начин – путем потпуне истраге у домену социјалног рада. Уместо тога, државне агенције пружале су оно што се често назива „диференцираним одговором“ – односно одговором који се разликовао у зависности од врсте припремљеног извештаја. Примера ради, одговори на пријаве о занемаривању често су се разликовали од одговора који су се тицали сексуалног злостављања.

Парламент је 2005. године уврстио у свој план рада измене ЗДОП – и то такве које ће подупрети и подржати увођење модела диференцираног одговора на Новом Зеланду. Овај чланак се бави образложењем овакве политике и намереним променама. Такође, ослања се на међународно искуство у намери да предвиди неке од вероватних користи и изазова који стоје пред новим системом.

„Истрага о нези и заштити“ је развојни концепт

Када је ЗПОД ступио на снагу 1989, предвиђао је само једну изричиту могућност како да припадник полиције или социјани [стручни] радник из ОДОП одговори на пријаву злостављања или занемаривања у смислу одељка 15 закона. Закон у одељку 17 (1) наводи:

Када било који социјални радник или припадник полиције прими пријаву која се у смислу одељка 15 овог закона односи на дете или младу особу, по којој се гони, тај социјални радник или припадник полиције ће, чим је непосредно по пријему пријатве изводљиво, сам предузети или организовати такву истрагу која може бити неопходна или пожељна, о стварима које су садржане у пријави и он ће се, чим буде изводљиво пошто је истрага почела, консултовати са Одбором за ресурсе за негу и заштиту, у вези те истраге (додато наглашавање).

Значење израза „истрага“ у Закону није дефинисано, тако да је онима који су Закон примењивали препуштено да дефинишу и разраде концепт. Првих година по усвајању Закона, израз „истрага“ је широко схватан као низ активности које социјални радник предузима као одговор на обавештење у смислу одељка 15. Тумачење је, примера ради, подразумевало и прибављање додатних информација, упућивање клијента на другу организацију (нпр. НВО) ради добијања услуга, или одлучивање да даља активност није неопходна.

Широко тумачење појма „истраге“ значило је да је Сектор био у стању да на обавештења реагује на разноврсне начине. Примера ради, када је пуна истрага била потребна (која би водила подизању оптужнице), ОДОП и полиција су могли да сарађују. Са друге стране, када је то било прикладније,

ОДОП је могао да предузима активности усмерене на очување породице и подршку породици. Подједнако је пуна истрага осмишљена да пружи уверење да постоји безбедност детета или младе особе убудуће, и истовремено, у већој мери на подршку усмерена активности потпадале су под појам „истраге“ као заједнички именитељ. Штавише, активности „усмерене на безбедност“ и активности „добробити детета и младе особе“ сматране су комплементарним.

Ипак, на Новом Зеланду, изван број кључних и повезаних развојних околности значајно је променио овакву ситуацију током 1990-тих година. То је подразумевало:

- повећану свест јавности о злостављању деце, што је за последицу имало знатно повећање броја пријава могућег злостављања и сходно томе и потражњу за услугама неге и заштите;
- повећање сложености проблема са којима су се суочавала деца и њихове породице у погледу питања неге и заштите;
- повећану усредсређеност медија и јавности на безбедност деце уместо на њихову добробит, као шири појам;
- настанак утицајних истраживања и практичних парадигми у области социјалног рада и сродним областима, са усредсређењем на заштиту и процену ризика.

Ове промене су допринеле растућим услугама против ризика у заштите деце на Новом Зеланду и сличним прекоморским областима. Као део овакве тенденције ка несклоности ризику, тумачење „истраге“ у смислу одељка 17 Закона временом је постало уже. Такво тумачење додатно је потврдило неколико судских одлука (4). Коначно,

овакав тренд је навео ОДОП да утврде и у упутство за социјалне раднике унесу чврсто дефинисано и много уже значење онога што појам „истрага“ подразумева.

Под појмом истраге у социјалном раду сада се подразумева „систематско испитивање“ применом више прописаних корака (видети Додатак 1) како би се утврдила тренутна безбедност и текуће стање безбедности детета или младе особе.

ОДОП поступак и пракса – промене у међувремену

Током 1990-тих година, на Новом Зеланду као и у још једном броју прекоморских територија (5) одлука да се спроведе пуна истрага у погледу неге и заштите постала је доминантан начин реговања на приспела обавештења. Од 1998. ОДОП користе централизовани „кол-центар“ као место у коме се примају и прослеђују обавештења. Ова активност, уз компјутерску евиденцију која је систематизовала доношење одлука ради уноса, допринела је да даље поступање са обавештењима постане доследно, али је истовремено донела додатна ограничења у погледу избора могућности реаговања.

Уобичајено је да Одељење прими обавештење (посредством кол-центра) и истражује његову основаност (6). После истраге, уколико је нека интервенција потребна Породични/Whanau Споразум (изворно: FWA) или Породична групна конференција (изворно: ФГЦ) (са или без поступања суда) преузима поступак како би се позабавила питањима која су у истрази установљена. Сам ОДОП или друге организације, укључујући и овлашћене НВО, може пружати услуге како би се задовољиле установљене потребе, као део плана FWA или ФЦГ/суда.

Потреба увођења диференцираног одговора на обавештења о злостављању

*Истрага као средство да се дође до
услуга подршке за породице*

Напред описани поступак показује да су превасходно ФГЦ (или неформални FWA) места за доношење одлука на основу којих Одељење пружа или купује услуге како би помогло да се удовољи установљеним потребама или разреше утврђена питања. Клијенти се упућују у ФГЦ уколико је истрага установила да постоји суштинска забринутост око неге или заштите (на пример: злостављање, самоубиство или самоповређивање).

Само у фебруару 2005. године за око 30% обавештења упућених ОДОП процењено је да изискују даљу интервенцију (или услуге), као последицу истраге. За оне клијенте где није установљена основаност (око 58% случајева) поступак би по правилу био окончан. То значи да велика већина ОДОП клијената тренутно као одговор добија истрагу и нешто мало услуга праћења (на пример, саветодавни рад или другу услугу подршке).

Ниска стопа обезбеђивања услуга после истраге изазива значајне збеге, будући да је ово стадијум у коме држава предузима кораке да унапреди стање које је истрагом установљено. Уколико истрага не доводи до следећег корака, онда се основано поставља питање да ли је остварена било каква стварна вредност, било да се посматра у смислу делотворног коришћења ресурса или у смислу помоћи деци, омладини и породицама (7). Овакво опажање званичнике је довело до тога да размотре да ли би ОДОП могао да обезбеди делотворнију подршку деци и породицама о којима је добијено обавештење, а за које истрага не мора бити

потребна. А то је довело до следећег запажања о потреби разматрања да ли би од флек-сибилнијег приступа у реаговању на обавештења неки клијенти ОДОП имали више користи. Такав приступ би се усредредио на процену и праћење пружене услуге ради помоћи деци и њиховим породицама.

Истрага и добра пракса социјалног рада

Ситуације високог ризика од повређивања детета или младе особе и одређених врста злостављања (нпр. сексуално злостављање) недвосмислено истрагу социјалног рада чине оправданом. У сваком случају, многа обавештења која ОДОП прима не попадају под ову категорију. Примера ради, пријаве о занемаривању (некада их није лако разликовати од ситуација високог нивоа стреса или сиромаштва), тешкоће у релацијама и питања понашања деце често не налажу спровођење истраге.

У многим инстанцама занемаривања вероватно је да истрага не би била од користи, а може се догодити пропуст да се установе кључне чињенице проблема у конкретном случају, због појединачног усредсређења на утврђивање да се догодио намеран акт насиља. Налази пројекта критичке ревизије ОДОП (2002:5) говоре у прилог закључку да је одговор ОДОП на неке типове обавештења био знатно мање успешан него што је било могуће очекивати, са 28% случајева међу популацијом мање хитности, код које је у периоду од две године дошло до поновног обавештавања о злостављању.

Истраге могу имати трауматизирајући учинак на породице, изазивајући изузетну анксиозност и незивесност за децу и породице (Сектор

за Здравље [Лондон] 2005). У ситуацијама када је ризик злостављања или занемаривања детета низак, оправдање за истрагу је значајно слабије. Шта више, ризикујући губитак могућности укључивања породице кроз непотребан, некористан и скуп поступак истраге смањује се потенцијал породица да буду активни учесници у промени (8).

Меклеод (*MacLeod*) и Нелсон (2000) су установили да програми за интензивно очување породице који се заснивају на приступима оснаживања/тражења упоришта у снагама и пружају друштвену подршку имају највише изгледа да успеју у случајевима велике потребе, а малог ризика непосредног повређивања. Има више изгледа да породице на одговарајући начин буду идентификоване за овакве програме кроз процену потреба, него кроз истрагу.

Истрага и управљање потражњом

Не само да је спорно да је неодговарајућа из перспективе добре праксе за ОДОП да предузимају истрагу за свако примљено обавештење о злостављању, већ је то такође постао растуће амбициозан задатак у светлу повећане потражње. Како обавештења о злостављању која стижу у ОДОП превазилазе расположиво време социјалних радника, ОДОП је увео систем приоритета како би своје ресурсе могао да усмери прво на најхитнија обавештења.

ОДОП је успоставио „матрицу критичности“ да би рангирао случајеве према хитности потребе за реаговањем. Рангирање примљених обавештења о злостављању омогућило је на веома делотворан начин да најочигледнији хитни случајеви први добију услугу.

Ипак, случајеви мање хитности (као што је функционисање многобројних породица, случајеви занемаривања и проблема у понашању) или веома дуго чекају или не добију икакву услугу. Ово изазива значајну забринутост, стога што, како Фаран (*Farran*) запажа, када не делују хитно, овакви случајеви ипак носе могућност за озбиљно и дуготрајно повређивање деце и младих.

Системска промена унутар ОДОП која промовише другачији одговор за случајеве ниског ризика, треба да омогући да се стога са случајевима високих потреба у ОДОП делотворније поступа. Овако унапређена делотворност треба да смањи понављање извештаја о повређивању упућених ОДОП, и као крајњи циљ има смањивање потражње за њиховим услугама.

Постоји ли алтернатива спровођењу истраге код свих обавештења о злостављању?

Анализа система неге и заштите у упоредним правним системима (јужна Аустралија, Квинсленд, западна Аустралија, Викторија, Велика Британија, САД и Канада), (9) показала је да многи од ових система предвиђају неку алтернативу истрази социјалног рада за одређена обавештења о злостављању. Изгледа да је различито реаговање на различите врсте обавештења постало саставни део међународне најбоље праксе. Овакав приступ је познат као обезбеђивање „диференцираног одговора“.

У Канади, деловима Аустралије и деловима САД и Велике Британије, у примени су изричито модели диференцираног одговора. Ови системи отворено обавезују на постојање алтернатива систему пуне истраге социјалног рада за одређене случајеве. У Великој Британији, примера ради,

локалне власти могу да „истражују“ када имају добар разлог да сумњају да је дете изложено патњи, или да постоје изгледи изложености патњи од озбиљног повређивања. Такве „истраге“ се свODE на истраге са циљем да утврде да ли се повређивање догодило и има ли изгледа да се понови. Када околности не допиру до прага такве „истраге“ и „када надлежни органи верују да је неопходно тако поступити“, они су у обавези да спроведу процену комплетних потреба за заштитом (10).

Подаци из Велике Британије указују да увођење модела диференцираног одговора има знатне предности. Примера ради, Платт (*Platt*, 2001:147) коментарише како, у Великој Британији увођење модела диференцираног одговора „даје основа за опрезни оптимизам ... да резултати за децу делују задовољавајуће и да су питања заштите деце разрешена на задовољавајући начин. Однос мишљења родитеља/старатеља био је позитиван“.

У Канади, модел одговора из провинције Алберта пружа истражни правац за породице високог ризика и правац за алтернативну процену за мање озбиљне случајеве. У ситуацијама где је за породицу процењено да нема потребе за истрагом у смислу „заштите деце од злостављања“, породица по властитом избору има приступ услугама. Породице су упућене на редован ток у погледу процене и зависно од властите жеље да се укључе. Овакав систем је допринео да више породица у стању потребе оствари подршку из програма у локалној заједници пре него што се кризна ситуација догоди, сходно чему је смањен обим посла у области заштите деце од злостављања (Службе за децу у Алберти, 2003).

У Мисурију и на Флориди, приликом евалуације модела диференцираног одговора установљени су позитивни учинци. Ово, примера

ради, подразумева да више породица користи добровољно услуге у локалној заједници, смањујући број обавештења упућених службама за заштиту деце од злостављања. Такође је установљено да се предузете истраге окончавају ефикасније и делотворније него у прошлости (*Клугер* и др. 2000).

Увођење система диференцираног одговора на Новом Зеланду

У септембру 2004. године ОДОП и Министарство социјалног развоја послали су повратни извештај Кабинету Комитета за социјални развој, препоручујући измене ЗДОП. Према овим изменама увео би се модел диференцираног одговора на Новом Зеланду. Прва измена подразумева увођење концепта „прелиминарне процене“, коју ОДОП предузима за све пријаве у смислу одељка 15. Циљ прелиминарних процена је да социјалним радницима у ОДОП пружи изричиту подлогу за доношење одлуке, са становишта одговарајућег реаговања на обавештење о злостављању.

„Прелиминарна процена“ омогућава да се разјасни како истрага није једини одговарајући одговор на обавештења о злостављању. Прелиминарна процена омогућава следеће:

- процену детета и породице,
- истрагу,
- упућивање другој организацији (укључујући НВО) или сектору ради обезбеђивања услуга,
- било коју другу активност која ће дати резултат, сагласно циљевима ЗДО,
- одлуку да наредна активност није потребна, када су такве околности.

Процена детета и породице разликује се од истраге социјалног рада на неколико начина. Процена детета и породице:

- усредсеђује се на утврђивање потреба детета, младе особе и њихових породица за подршком, односно било којим услугама које могу да побољшају или поново успоставе њихову добробит ;
- не подразумева систематично прикупљање информација убудуће, као доказе за могући поступак пред судом
- може је у име ОДОП предузети и друга овлашћена организација, укључујући НВО;
- не изискује извршење мера принуда;
- не изискује консултацију са Одбором за ресурсе у погледу неге и заштите.

За разлику од истрага, процене детета и породице не изискују да се установи да ли су дете или млада особа изложени злостављању или занемаривању. Ипак, вршиоци процене треба да остану приправни на могућност злостављања или занемаривања. Сагласно изменама ЗДОП, уколико се у било којој фази поступка, сумња да је нанесена повреда детету или младој особи или то буде потврђено, случај се мора проследити напредак због даље процене, а ради одлуке о одговарајућем току активности.

Изазови за ОДОП у примени система диференцираног одговора

Мењање културе

Током претходних година, попут већине агенција за негу и заштиту у сличним областима у повећаној мери

су се готово искључиво усредсредили на процену ризика и заштите деце и омладине од непосредног повређивања. Као последицу Коноли (*Connolly* (2004a:28) запажа:

Постоји потенцијал да успостављена пракса културе поткопа примену система увођења диференцираног одговора. Неопходна је промена парадигме да би се [стручни] радници са „интервенционистичког приступа“ померили ка приступу који подразумева праксу усредсређену на породицу.

Међународно искуство указује да је потребно време за већу усредсређеност на праксу која је усмерена на породицу. Плат (*Platt*, 2001:139), примера ради, запажа да је у Великој Британији полазна претпоставка да социјални радници могу „једноставно да преусмере своје време са заштите деце на подршку породици унеколико преамбициозна“. За ОДОП је потребно време да се прилагоди на поступак прелиминарне процене и смањи количину предузетог истражног рада, у корист рада на процени детета и породице.

Радницима ОДОП биће потребно охрабрење и подршка да одлуче да у одређеним ситуацијама не спроводе истрагу. Таква промена неће бити лака јер је супротна постојећим друштвеним (или у најмању руку медијским) очекивањима да ће Одељење спровести истрагу по сваком обавештењу. Партон и Метјуз (*Mathews*), (2001) запажају да је неразумно очекивати да социјални радници преусмере тежиште рада ка активностима усмереним на подршку породици уколико је то супротно преовлађујућим погледима целог друштва. Да би модел диференцираног одговара био употребљен до својих пуних могућности, социјалним радницима биће потребна снажна подршка управљачке структуре ОДОП чак и када се (у светлу нових инфор-

мација) испостави да је клијент преусмерен у погрешан⁴ правац рада.

Одлучивање како оптимално одговорити на обавештења о злостављању

Социјални радници у ОДОП суочиће се са приличним изазовом како би успешно одлучивали да ли случај изискује истрагу или другу активност. Биће инстанци у којима ће клијенти бити процењивани како то захтева поступак истраге, оних када су процена детета и породице примеренији, и обрнуто. Кључ за ублажавање ризика по децу, омладину и породице у таквим ситуацијама биће способност ОДОП „да сам себе исправи“ када се појави нова информација. Да би се ово омогућило, клијенти треба да лако могу да се из једног правца рада преусмере у други (или да буду у оба истовремено).

Прецизно утврђивање потреба

Када је одлука једном донета у смислу да је одговарајући приступ процена детета и породице, следећи изазов је да се прецизно установе потребе клијената. У Великој Британији, урађен је „*Оквир за процену деце у стању потребе и њихових породица*“. Искуство стечено у примени овог оквира може се корисно употребити ради израде нечег сличног на Новом Зеланду. ОДОП ће и надаље бити суочен са изазовом да се увери да су постојећим социјалним радницима омогућени обука и подршка у коришћењу оваквих инструмената, као и да такви инстру-

⁴ Могућа су два правца рада у конкретной ситуацији: истрага или процена детета и породице

менти буду укључени у редован рад социјалних радника.

Задовољавање утврђених потреба

Модели диференцираног одговора обично настоје да у окружењу задрже евидентиране „породице ниског ризика“, и то уз подршку која треба да удовољи њиховим потребама и уз истовремену могућност праћења ситуације. Томисон (1995) бележи да су услуге подршке породици у Викторији [*провинција у Канади* – оп. прев.], примера ради, биле вома успешне у идентификовању породица са ризиком, пре него што оне доспеју до законом прописаног прага за заштитну интервенцију. Ипак, диференцирани одговор не гарантује да ће потребе које буду установљене бити и задовољене. Могуће је да потребе буду установљене кроз процену детета и породице (или кроз истрагу) и обезбеде мало или никакву услугу система да би се потребе задовољиле. Да би се реаговало на установљене потребе, услуге морају бити изричито купљене или обезбеђене, имајући на уму овај циљ.

У западној Аустралији изгледа да постоји брзо одступање од модела диференцираног одговора у светлу коментара који стижу од стручњака у области заштите деце од злостављања, како систем није успео да пружи стварну добробит својим клијентима. Систем у западној Аустралији прави разлику између „служби за злостављање детета“ [изворно: ЦМА] и „забрињавајућих пријава о детету“ [изворно: ЦЦР]. Ранији случајеви оптужби за малтретирање детета имали би карактер случајева на које би се у оквиру новог модела диференцираног одговора на Новом Зеланду реаговало истрагом, док би се за „забрињавајуће

пријаве о детету“ одговорило проценом детета и породице.

Мекалум и Идс (*McCallum i Eades*), (2001) у западној Аустралији запажају следеће:

- Само неколико ресурса је обезбеђено да би се заиста одговорило потребама ЦЦР (породице са малим ризиком и истовремено у стању великих потреба), те се ови случајеви, уместо да буду делотворно окончани, налазе на листи чекања.
- Породице Аборицина су несразмерно заступљене у ЦЦР популацији и стога ЦЦР класификација делује као да мање или ни мало не обавезује на пружање услуга за децу и породице Аборицина.
- Велики број ЦЦР понавља се као ЦЦР или ЦМА.
- Као последица преусмеравања на модел диференцираног одговора, бројне породице прошле су тако да приме мање или не више услуга него раније.

Они из тога изводе закључак како се модел диференцираног одговора у западној Аустралији није усредсреддио на превенцију будућих случајева злостављања и занемаривања. Уместо тога, био је то једноставно речено, само „један од начина да се покуша одговорити потражњи у одсуству одговарајућих ресурса“ (*McCallum и Eades, 2001:270*).

Искуство западне Аустралије поставља пред Нови Зеланд фундаментално питање које треба размотрити када се покушава са применом модела диференцираног одговора – како ће систем обезбедити да они, за које се уради процена детета и породице заиста имају приступ услугама? Ово је питање посебно значајно у светлу постојећих података који показују да неки клијенти, по постојећем систему

на Новом Зеланду не примају услуге које су им потребне због разноврсних разлога, укључујући и недоступност услуга.

Истражни и сада нови правац рада „процена детета и породице“ морају бити на одређени начин подржани средствима уколико се очекује да модел диференцираног одговора достигне своје пуне могућности. У Великој Британији, недавно истраживање је потврдило да је „одређено смањене трошкова, које се догодило у поступцима заштите деце од злостављања... произашло можда из политичких притисака или тешкоћа са обезбеђивањем средстава“ (*Platt 2001:147*).

Удео који у овоме треба да има ОДОП је да изрази укупан и реалан износ трошкова потреба за заштитом, које су установљене кроз нови систем. Одељење, такође, треба да установи могућност да постојећи ресурси делотворније и ефикасније помогну да се удовољи потребама установљеним кроз модел диференцираног одговора. Текући посао на праћењу трошења готово 94 милиона долара средстава која нису додељена ОДОП, а којима овај тренутно управља, пружа такву могућност.

ОДОП, такође, треба да испита могућности доступности потребних услуга клијентима у оквиру партнерских организација у области здравства, образовања, правосуђа, подршке породици и служби за социјалну помоћ. Тренутно место служби за подршку породици, које су у надлежности Министарства социјалног развоја – служби за услуге у заједници, допринеће кроз одлуке о финансирању и механизме који ће вероватно понудити погодности за ОДОП, Одељење може остварити услуге подршке за своје клијенте.

Укратко, да би диференцирани одговор био делотворан као промена у политици и пракси, ОДОП мора да установи потребе својих клијената и

да предузме све што је у његовој моћи да те потребе буду задовољене. Да би ово постигле, ОДОП ће, у идеалним условима:

- тражити додатне финансије, где је то потребно,
- донети одлуке о распоређивању ресурса, тако што је задовољавање установљених потреба приоритет,
- бити делотворан и рационалан у коришћењу средстава што је више могуће,
- разговарати о могућности да клијенти добију услуге у другим секторима (нпр. правосуђе, здравство, образовање), када је то прикладно.

Развојни карактер односа ОДОП са НВО као даваоцима услуга

Један од кључних начина на који модел диференцираног одговора може омогућити увремењенију реакцију на обавештења о злостављању детета, занемаривању или несигурности бриге је да обухвати све расположиве и доступне кадрове у социјалној заштити ради одговора на обавештења.

Невладин сектор пружа много шири приступ ресурсима од оног који је доступан само преко државе. Ово је корак ближе блиским односима, што подразумева пружање услуга које је много обухватније и усмерено на постизање резултата. Заокрет ка моделу диференцираног одговора треба стога да означи блискије односе између ОДОП и НВО, као давалаца услуга. Као што Коноли (*Connolly* (2004a:41) бележи:

Непромењиво је да успешност модела диференцираног одговора почива на стварању и развијању снажних агенција за подршку у заједници, које

су способне и истовремено желе да буду партнери држави ради заштите интереса деце. Ипак, сарадњу није увек лако успоставити и одржавати.

НВО су већ сада способне да пруже услуге пре обавештења: у оквиру Споразума породице/Whanau (FWA), у окриљу Породичне групне конференције (ФЦГ), или пошто дете уђе у систем заштите. Планиране измене законодавства пружају начине да се НВО укључе у поступак неге и заштите у још већој мери. Један од кључних начина представља тај да овлашћена НВО може, такође, припремити процену детета и породице, у име Одељења. НВО могу, такође, пружити дугорочне услуге које су подршка породици, засноване на процени детета и породице.

Успех или другачији исход оваквих аранжмана зависиће од спремности НВО да пруже потребне услуге и способности ОДОП да на одговарајући начин подржи пружање услуга. Сходно томе, може се указати потреба да се изгради способност и спремност трећег сектора да одговори било каквој додатној потражњи за њиховим услугама.

Како ћемо знати да ли је модел диференцираног одговора успешан?

Циљ увођења модела диференцираног одговора је јасан: увремењеније, у већој мери одговарајуће и делотворније услуге које пружају одговор на утврђене потребе клијената ОДОП и у крајњој линији смањено понављање повређивања. Промена треба да се састоји у томе да породице раније и на бољи начин искористе услуге доступне у локалној заједници. Временом, мањи број деце и младих ће имати потребу за услугама заштитног карактера.

Уколико се модел диференцираног одговора примени како је планирано, могли бисмо, примера ради, очекивати следеће резултате:

- повећање броја истрага и повећање броја процена детета и породице;
- повећање укључености стручних радника ОДОП у активности и пружању услуга које одговарају установљеним потребама, сагласно процени детета и породице;
- развијање широког круга партнерских односа између ОДОП и НВО као давалаца услуга, и то у погледу услуга које одговарају утврђеним потребама клијената ОДОП.

ОДОП ће евалуирати током примене модел диференцираног одговора. Као саставни део, показатељи успешности морају бити разрађени. Ово, примера ради, може подразумевати да Одељење на дужи рок може имати следећа очекивања:

- повећање броја поновних обавештења ОДОП (а посебно оних која се тичу занемаривања и злостављања лакшег облика) временом;
- побољшање поштовања рокова за одговор клијентима у ситуацијама занемаривања, злостављања лакшег облика или код суочавања са другим ограничењима остваривању одговарајуће заштите (нпр. питања понашања деце);
- повећање степена (посебно добровољног) ангаживања родитеља и нивоа задовољства поступком;
- повећање броја породица које користе програме у локалној заједници, а који одговарају њиховим потребама.

Закључак

Измене и допуне Закона о деци, омладини и њиховим породицама (1989) из 2005. године уводе модел диференцираног одговора. Ове измене имају за циљ да у већој мери унапреде делотворне и увремењене услуге за клијенте ОДОП, оспособљавајући Одељење да флексибилније одговори на различите типове обавештења о злостављању и омогући да се задовоље установљене потребе за негом и заштитом.

Промене треба да означе корак ка већој подршци деци, младима и породицама који се налазе у стању малог ризика, а високог нивоа потреба. Вишеструке изричите могућности за реаговање, приликом уласка клијената у систем, треба да омогуће ОДОП да реагује на прикладнији начин на различите врсте обавештења него што је до сада био случај. Новоуведени поступак „прелиминарне процене“ треба да разврста обавештења која изискују истрагу, и друга која подразумевају реакцију у виду подршке породици, и нека којима је потребно и једно и друго (или неки други начин реаговања).

ОДОП се суочава са неколико изазова док тежи да изгради инструментне, структуре и институционално разумевање које је потребно, и тражи неопходне ресурсе за примену новог система. Један од изазова је налажење организационе храбрости да социјални радници подрже одлуке да не приступе истрагама по пријему неких обавештења. Други је да обезбеде да буде предузет сваки труд да се одговори установљеним потребама. Да би ово постигао, потребно је да ОДОП развије снажна, на поверењу заснована и делотворна партнерства за пружање услуга, подједнако са партнерима из државног и НВО сектора. Суочавајући се са значајним изазовима при увођењу диференцираног одговора, ОДОП ће

то постићи, знајући да је ова промена у сагласности са најбољом праксом на међународном нивоу и да у крајњем, води увремењенијим, у већој мери одговарајућим и делотворнијим услугама које пружају заштиту и задовољавају потребе деце, младих и њихових породица на Новом Зеланду.

Додатак 1

Кључне одлике формалне истраге социјалног рада су:

- систематско прикупљање даљих информација ради одлучивања да ли је дошло до повређивања детета или младе особе и да ли је вероватно да ће се поновити;
- одлучивање о неодољној активности која је неопходна како би се дете или млада особа издвојили због непосредног повређивања;
- заједничка активност са полицијом, сагласно Протоколу о раду Тима за злостављање деце – тима за сексуално злостављање, уколико за сексуално или озбиљно психичко злостављање постоји вероватноћа или сумња;
- провера непосредним увидом да дете/породица/непосредни старатељ предузме мере за неодољну безбедност детета или младе особе;
- обављање интервјуа, обавештавање, саветодавни рад са породицом/whānau, Одбором за ресурсе у погледу неге и заштите, полиције, медицинске сестре, лекара, учитеља/наставника и других, када је неопходно да се успостави неодољна безбедност детета или младе особе;

- укључивање два или више социјалних радника у истрагу;
- када је неопходно, консултовање са правним заступником ОДОП и/или саветником за културолошке особености.

Додатак 2

По законодавству јужне Аустралије све истраге могу бити предузете после пријема обавештења о наводној повреди детета или младе особе. Да ли ће по овом обавештењу уследити било какава истрага у потпуности зависи од политике и оперативних одлука. Супротно томе, у Квинсленду, постоји законска обавеза да Одељење за породице предузме активност неке врсте као одговор о наводном злостављању или занемаривању. У сваком случају, коју ће форму имати активност зависи од политике и практичне оцене.

Законодавство у Викторији предвиђа да се сва обавештења истраже, а „истрага“ нема законом одређену дефиницију (као што је случај на Новом Зеланду). За разлику од Новог Зеланда, Заштита у заједници (еквивалент ОДОП у Викторији) управља захтевом поднетим за њихове услуге тако што ће „потпуно истражити“ (укључујући непосредну проверу детета или младе особе у питању) у само око 35% обавештења (11). Једна од потврда оваквом приступу у Викторији је да 65% случајева који нису потпуно истражени су пре свега случајеви злостављања и занемаривања ниског нивоа.

Западна Аустралија је једина област од размотрених у којој је одређена врста „истраге“ обавезна за сва обавештења. За разлику од Новог Зеланда, у западној Аустралији се прави разлика између истрага и то на „оптужбе за злостављање детета“, где постоји сумња о озбиљном малтретирању, и истрага које су оп-

штијег типа „извештаја о забринутости за дете“.

Литература

- Alberta Children's Services (2003): Alberta Response Model: Transforming Outcomes for Children and Youth, нештампани рукопис.
- Cabinet Social Development Committee (2004): „Children, Young Persons, and Their Families Amendment Bill“ Minute of Decision, SDC Min (04) 5/1.
- Connolly, Marie (2004a) Child and Family Welfare: Statutory Response to Children at Risk, Te Awatea Press, University of Canterbury, Christchurch.
- Connolly, Marie (2004b) Literature Synthesis: CYPF Act Amendment and Legal Issues Work, unpublished, Wellington.
- Department of Child Youth and Family Services (2002) Criticality Review: Report to the Minister of Social Development and Employment, Report 2002/380 ed, unpublished, Wellington.
- Department of Health [London] (1995) Child Protection: Messages From Research, HMSO, London.
- Department of Social Welfare (1989) Report of the Department of Social Welfare for the Year Ended 31 March 1989, Department of Social Welfare, Wellington.
- Farran, D.C. (2002) „The importance of experience for the human brain: Why intervention is so important in risk situations“ Children's Issues, 6(2):7-11.
- Kluger, M.P., G. Alexander and P.A. Curtis (2000) What Works in Child Welfare, CWLA Press, Washington, D.C.
- MacLeod, J. and G. Nelson (2000) „Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review“ Child Abuse & Neglect, 24(9):1127-49.
- McCallum, S. and D. Eades (2001) „Response to „New Directions' in child protection and family support in Western Australia: A policy initiative to re-focus child welfare practice“ Child and Family Social Work, 6:269-274.
- Parton, Nigel and Richard Mathews (2001) „New Directions in child protection and family support in Western Australia: A policy initiative to re-focus child welfare practice“ Child and Family Social Work, 6 (2): 97-113.
- Platt, D. (2001) „Refocusing Children's Services: Evaluation of an initial assessment process“ Child and Family Social Work, 6:139-48.
- Tomison, A.M. (1995) Spotlight on Child Neglect National Child Protection, Australian Institute of Family Studies, Melbourne.
- (2) Non-section (не-одељак) 15 је категорија уноса за коју се претпоставило да не подразумева злостављање или за-не-маривање.
- (3) Министарство социјалног развоја добило је налог да се укључи у овај посао због своје званичне улоге у предлагању измена Закона о деци, омладини и њиховим породицама из 1989.
- (4) Примера ради, у списима Окружног суда у Вангареи (*Whangarey* (1903) 11 ФРНЗ 424, Blanchard J објашњава смисао одељка 17: „да обезбеди спровођење брзе и подесне истраге о

чијим ће резултатима бити поднет одговарајући извештај, како би се могле предузети активности које ће исправити ситуацију установљену истрагом“.

- (5) Примера ради, у Великој Британији, „социјални радници, иако малобројни, већ неколико десетина година брину како да обезбеде одржавање нивоа одговарајућих превентивних услуга, у суочавању са растућом „индустријом“ заштите деце од злостављања (Platt, 2001).
- (6) Током времена Одељење је истражило око 85% процената примљених захтева и знатна већина случајева који нису истраживани одмах је окончана (затворена).
- (7) Рекавши ово, јасно је да су неке истраге неопходне ради утврђивања да ли је потребна даља активност.
- (8) Ово је, такође, у супротности са обавезним укључивањем ради делтоворне ФЦГ и може бити сагледано кроз непромењен број ФЦГ у поређењу са повећаним бројем истрага током последњих година.
- (9) Додатак 2 пружа додатне информације о важећем законодавству у погледу одговора на обавештења у областима Аустралије.
- (10) Нема посебне обавезе да се задовоље утврђене потребе у било којој од ових процена и судови препознају да таква доступност ресурса представља значајан чинилац у утврђивању да ли ресурси могу бити усмерени на одређен случај.
- (11) „Заштита у заједници“ раније је «потпуно истраживала» 50% обавештења, али је праг подигнут због притиска пове-

ћане потражње. Као што је један од испитаника запазио: „није нужно да држава интервенише само зато што је неко телефонирао“.

- Steve Waldegrave (1) Fiona Coy Department of Child, Youth and Family Services

(1) Изрази захвалности

Захваљујем Мартену Кивоју (Maarten Quivooy), Стјуарту Бартлету (Stewart Bartlett) и Грејему Паркеру на изузетном доприносу развоју политика у овој области, који су допринели овом чланку. Захваљујем такође Крејгу Смиту (Craig Smith) који је обезбедио приступ ресурсима од суштинског значаја и Арати Валдегрејв (Aratti Waldegrave) за уреднички део посла.

Сва права задржана
2005, Министарства за социјални развој
Новог Зеленда

Сва права задржана група Гејл (Gale). Сва
права задржана. Гејл група је део Thomospon
Corporation Company

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

364.62(497.11)

АКТУЕЛНОСТИ : билтен Удружења стручних
радника социјалне заштите Републике Србије /
- Vol. 1, br. 1 (2000)-. – Београд
(Крфска 7) : Удружење стручних радника
социјалне заштите Републике Србије, 2000 -
(Београд : Чигоја штампа). – 24 cm

Двомесечно
ISSN 1451-3129 = Актуелности – Удружење
стручних радника социјалне заштите Србије
COBISS.SR-ID 177748999