

**RAZVOJ OSETLJIVOSTI
U PRIMARNOJ
ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
ZA RODNE RAZLIKE
I MARGINALIZOVANE GRUPE**



SADRŽAJ:

I UVOD	5
II O PROJEKTU	9
III MULTISEKTORSKA SARADNJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	15
IV MARGINALIZOVANE GRUPE	19
Izbegli i raseljeni kao posebno marginalizovane kategorije stanovništva	19
Poteškoće u realizaciji prava na zdravstvenu zaštitu izbeglog i raseljenog stanovništva	20
V ZDRAVLJE ŽENA	23
Zašto zdravlje žena	23
Poreklo različitosti koje utiču na zdravstveni profil muškaraca i žena	24
VI PRIMERI DOBRE PRAKSE	26
(U primarnoj zdravstvenoj zaštiti osetljivoj na rodne razlike i dostupnoj marginalizovanim kategorijama stanovništva)	
VII EVALUACIJA	57
VIII ZAKLJUČCI (O rezultatima multisektorskih napora da se razvije primarna zdravstvena zaštita osetljiva na rodne razlike i dostupna marginalizovanim kategorijama stanovništva)	73
IX PREPORUKE (Za razvoj primarne zdravstvene zaštite osetljive na rodne razlike i dostupne marginalizovanim kategorijama stanovništva)	75



I UVOD

Publikacija je nastala u okviru projekta *Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa*, uz finansijsku podršku Kanadske vlade, preko Kanadske agencije za međunarodni razvoj. Namenjena je institucijama, organizacijama, pojedincima koji rade na unapređenju zdravlja prisilnih migranata/kinja i drugih marginalizovanih grupa. Publikacija treba da posluži kao podsticaj za razvoj rodne osetljivosti i multisektorskih usluga primarne zdravstvene zaštite dostupne marginalizovanoj populaciji.

Grupa 484 je svojim dugogodišnjim radom sa prisilnim migrantima/kinjama, a posebno kroz projekat *Izgradnja kapaciteta ključnih aktera u oblasti prisilnih migracija radi uvođenja rodne perspektive u njihov rad*¹, identifikovala zabrinjavajuću zdravstvenu situaciju među izbegličkom i raseljeničkom populacijom. U istraživanju sprovedenom na sto žena u pet gradova u Srbiji, pokazalo se da 55% ispitanih izbeglih i raseljenih žena ima zdravstvene probleme. 67,27% je ukazalo na probleme fizičke prirode, 10,91% psihološke prirode, a 21,82% na obe vrste problema. Ovi problemi su bili kardiovaskularni (najčešći - 40%), gastrointestinalni, problemi sa lokomotornim sistemom, psihološki, urološki, ginekološki problemi, kao i bolesti respiratornog i žlezdanog sistema.

Istovremeno, mnoge žene su se žalile na ponižavajući tretman u zdravstvenim ustanovama. Jedna žena je to slikovito opisala: „Kada sam bila na ginekološkom stolu, bolesna i uplašena, doktor mi je rekao: *Zašto ste sve došle ovde da se lečite? Gde je džabe, svuda ste prve. Zašto nisi otišla kod onog svog doktora na Kosovo, pa da platiš?* Bila sam povređena, drhtala sam na stolu i plakala. Rekao mi je: *Nemoj da plačeš, sad si u mojim rukama, pazi šta radiš.*“²

Ispitane žene su takođe navele da su velike prepreke u realizaciji prava na zdravstvenu zaštitu i udaljeni domovi zdravlja, nedostatak ličnih dokumenata i finansijskih mogućnosti.

Ovakvo stanje stvari nas je navelo da razvijemo projekat kojim bismo uticali na primarni sistem zdravstvene zaštite da razvije osetljivost na problematiku roda i marginalizovanih grupa, da razvije programe i usluge uz pomoć kojih bi došli do ranjivih grupa i osnažili ih da štite svoje zdravlje i koriste usluge primarnog sistema zdravstvene zaštite.

Prema Deklaraciji iz Alma Ate (usvojenoj na međunarodnoj konferenciji o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u septembru 1978. godine), primarna zdravstvena zaštita se definiše kao: „Esencijalna zdravstvena zaštita, zasnovana na praktičnim, naučno ispravnim i društveno prihvatljivim metodama i tehnologiji, opšte pristupačna pojedincima i porodicama u zajednici uz njihovo puno učešće, po ceni koju ta zajednica i zemlja mogu da podnesu u svakoj fazi njihovog razvoja, u duhu oslanjanja na sopstvene mogućnosti i samoodlučivanje... Ona je prvi nivo kontakta pojedinca, porodice i zajednice sa nacionalnim zdravstvenim sistemom, približavajući zdravstvenu zaštitu što je mogu-

¹ Projekat *Izgradnja kapaciteta ključnih aktera u oblasti prisilnih migracija radi uvođenja rodne perspektive u njihov rad* je realizovan tokom 2006. godine, takođe uz finansijsku podršku Kanadske vlade, preko Kanadske agencije za međunarodni razvoj

² Grupa 484: *Studija o ženama u izbeglištvu i raseljenju*, Beograd, avgust 2006.

će više mestu gde ljudi žive i rade, konstituišući prvi element u kontinuiranom procesu zdravstvene zaštite.“

Primarna zdravstvena zaštita predstavlja osnov celokupnog sistema zdravstvene zaštite, a to znači da se u okviru primarne zdravstvene zaštite, putem promocije zdravlja, prevencije bolesti, ranog otkrivanja bolesti, blagovremenog tretmana i rehabilitacije, rešava najveći deo zdravstvenih problema i zdravstvenih potreba stanovništva, uz aktivnu podršku pojedinaca, porodice i zajednice u celini.

Izazovi u zdravstvenoj zaštiti su kompleksni i predmet su brzih promena, kako u svetu, tako i kod nas. Brze promene u zdravstvenom sistemu uslovljene su nastojanjem da se što više izađe u susret ljudskim potrebama koje su raznolike i možda se najbrže menjaju, u zavisnosti od socijalnog konteksta. Ovo nastojanje da se izađe u susret potrebama ljudi iziskuje od zdravstvenih radnika promenu načina rada, da bi bili dostupniji svim ljudima, a naročito najugroženijima. Postojeća zdravstvena zaštita je često nedovoljna, uslovljena ekonomskom situacijom, kao i činjenicom da stanovništvo nije dovoljno informisano o mogućnostima i uslugama koje im stoje na raspolaganju. Bliža saradnja sa stručnjacima koji pripadaju drugim profesijama, koje takođe vode brigu o ljudima, jedan je od ključnih faktora koji doprinosi tome da zdravstveni programi budu savremeni i kompletni.

Profesionalci iz drugih institucija, kao što su centri za socijalni rad, nevladine organizacije, udruženja pacijenata, lokalna samouprava i sl., mogu doprineti upravo stvaranju savremenih programa usmerenih ka unapređenju zdravstvene zaštite najugroženijih.

Ovakvi programi u zajednici su usmereni na promociju zdravlja, odnosno primarnu zdravstvenu zaštitu, i značajno racionalizuju troškove zdravstva.

Unapređenje preventivnih zdravstvenih usluga je važno, budući da one mogu da obuhvate najširi broj građana, mogu da budu lako dostupne svima, uključujući i marginalizovanu populaciju, i mogu značajno da doprinesu unapređenju zdravlja, a samim tim i smanjenju troškova u zdravstvu.

Politika „Zdravlje za sve u 21. veku“ evropskog odeljenja Svetske zdravstvene organizacije ističe da je jedini trajni cilj postići pun potencijal zdravlja za sve. Navode da je važno: 1) unaprediti i očuvati zdravlje tokom celog ljudskog života, 2) smanjiti učestalost vodećih bolesti i povreda današnjice, te ublažiti njima uzrokovanu patnju.

Vrednosti i principi na kojima počiva strategija „Zdravlje 21“ su:

- 1) zdravlje jeste temeljno ljudsko pravo;
- 2) za postizanje ciljeva nužna je pravičnost i solidarnost unutar i između zemalja i njihovih stanovnika;
- 3) ostvarivanje ciljeva zahteva aktivno učešće, kao i odgovornost prema stalnom razvoju zdravlja, kako pojedinaca, tako i grupa, institucija i zajednica u celini.

Odabrane su četiri ključne strategije za akciju, koje treba da vode ka naučno, ekonomski, društveno i politički održivoj implementaciji ciljeva „Zdravlja 21“:

- strategija međuresorskog pristupa u razmatranju društvenih odrednica zdravlja koja prepoznaje fizičku, ekonomsku, socijalnu, kulturalnu, kao i rodnu perspektivu;

- strategija kojom će kriterijum njihovog učinka na zdravlje biti presudan u odabiru programa i ulaganju u razvoj zdravstva i kliničku zaštitu;
- strategija integrisane primarne zdravstvene zaštite orijentisane na porodicu i zajednicu;
- strategija participativnog razvojnog procesa koji uključuje sve relevantne partnere za zdravlje u kući, školi, radnom mestu, zajednici i, zagovarajući zajedničko odlučivanje, nacionalno provođenje i odgovornost.

Ljubljanskom poveljom iz 1996. godine, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je dala principe Evropske povelje zdravstva i, u tom kontekstu, potrebno je da sistemi zdravstvene zaštite budu vođeni vrednostima ljudskog dostojanstva, jednakosti, solidarnosti i profesionalne etike; usmereni ka unapređenju zdravlja; usmereni ka stanovništvu; fokusirani na kvalitet; zasnovani na razumnom finansiranju i orijentisani ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije takođe se u svojoj reformi usmerilo na primarnu zdravstvenu zaštitu, uočivši da, usled nedostatka sistemskog pristupa u prevenciji bolesti i niskog nivoa svesti građana o faktorima rizika, dominira lečenje u odnosu na prevenciju.³

U januaru 2004. godine urađena je studija *Procena preventivnih zdravstvenih usluga u Srbiji*, koja je pokazala slabosti ovih usluga i usmerila rad ka njihovom unapređenju. Utvrđeno je sledeće: 1) kurativne usluge dominiraju nad preventivnim; 2) evidencija i podaci o preventivnim uslugama su nepotpuni; 3) nizak je nivo učešća zajednice u zdravstveno-promotivnim aktivnostima; 4) nedostaju informacije o dostupnosti preventivnih usluga; 5) nivo svesti građana o faktorima rizika po zdravlje i potrebi kontrole zdravstvenog stanja je nizak.

Problemi zdravstvene zaštite prepoznati su i na lokalnom nivou:

- 1) nedostupnost zdravstvene zaštite za posebno osetljive grupe građana: stare, žene, samohrane majke i Rome;
- 2) nedostatak preventivnih programa;
- 3) nerazvijenost službe kućne nege i pomoći u kući;
- 4) nepostojanje organizovanog prevoza za osobe sa invaliditetom;
- 5) siromaštvo kao uzrok gladi i neadekvatne ishrane;
- 6) nasilje u porodici;
- 7) zdravstvena neprosvećenost.⁴

Stoga je Ministarstvo zdravlja pokrenulo niz aktivnosti na unapređenju preventivnih zdravstvenih usluga sa ciljem:

- prevencije i ranog otkrivanja kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i malignih oboljenja;
- razvoja modela Centra za preventivnu zdravstvenu zaštitu;
- otkrivanja anomalija kod trudnica;

³ Bilten Ministarstva zdravlja Republike Srbije, Beograd, septembar 2006.

⁴ Strateški plan socijalne politike Stare Pazove 2006.-2011.

- razvoja vodiča dobre prakse za preventivne zdravstvene usluge;
- obuke zdravstvenih radnika u razvoju veština u oblasti promocije zdravlja;
- i podizanja svesti stanovništva o značaju preventivnih zdravstvenih usluga.⁵

U periodu od 2004. do 2007. godine u 25 domova zdravlja u Srbiji otvoreni su preventivni centri koji imaju za cilj integrisanje svih preventivnih i zdravstveno promotivnih aktivnosti i intervencija usmerenih na odraslo stanovništvo. Centri za prevenciju imaju četiri celine: edukativnu koordinativnu jedinicu, mobilnu jedinicu, telefonsko savetovalište i preventivno-savetovališnu jedinicu. U sastav preventivnih centara uključena je mobilna jedinica čiji je zadatak odlazak na teren, i to u predškolske ustanove, škole, mesne zajednice, radni kolektiv, ustanove socijalne zaštite, pijace, bazene i sl.

Međutim, ni ovi preventivni centri ni njihove mobilne jedinice ne mogu da unaprede usluge primarne zdravstvene zaštite sami. Potrebna im je podrška građana, nevladinog sektora, škola, centara za socijalni rad, službi za zapošljavanje, poverenika za izbeglice i dr. – svih onih aktera koji imaju već razvijen pristup i saradnju sa svim slojevima korisnika/ca zdravstvenih usluga. Jedino udruženim snagama možemo da dođemo do najudaljenijih i često nevidljivih mesta, gde na marginama života živi najsiromašnije stanovništvo, kome su zdravstvene usluge najpotrebnije: nepriznati kolektivni centri, romska naselja i slamovi, udaljena seoska i prigradska naselja i sl.

Upravo ova publikacija je poziv na saradnju svih aktera u lokalnoj zajednici, kako bi se unapredila primarna zdravstvena zaštita kroz razvijanje multisektorskog i rodno osetljivog pristupa i usluga dostupnih našim najsiromašnijim i zdravstveno najugroženijim sugrađanima.

U publikaciji je prikazan razvoj pet multisektorskih timova u pet gradova Srbije: Kraljevu, Kruševcu, Nišu, Požarevcu i Staroj Pazovi. Ti timovi su pokušali da dođu do najsiromašnijih i zdravstveno najugroženijih sugrađana, ulažući zajedničke napore u razvoj rodno osetljivih i dostupnih usluga.

⁵ Web site Ministarstva zdravlja: <http://www.zdravlje.sr.gov.yu/>

II O PROJEKTU GRUPE 484

Projekat *Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa* nastao je na osnovu iskustva Grupe 484 u radu sa izbegličkom i raseljeničkom populacijom, koja bi prema svim zakonskim odrednicama (međunarodnim i nacionalnim) trebalo da ima nesmetan pristup zdravstvenoj zaštiti, ali u praksi nailazi na niz prepreka: nedostatak dokumenata, male finansijske mogućnosti, udaljenost od zdravstvenih ustanova, neodostatak informisanosti o zakonskom okviru i zdravstvenim uslugama, neadekvatan pristup zdravstvenog osoblja i nepoverenje u njih.

Teška ekonomska situacija u zemlji, koja je dovela do pada budžetskih rashoda za zdravstvenu zaštitu po glavi stanovnika i povećanog učešća pacijenata u troškovima lečenja, posebno je otežala pristup zdravstvenoj zaštiti siromašnom delu populacije.

Grupa 484 je ovim projektom htela bolje da poveže dve strane primarne zdravstve zaštite – one koji pružaju usluge i korisnike/ce tih usluga.

Cilj projekta je bio da se osnaži sistem primarne zdravstvene zaštite kroz unapređenje znanja zdravstvenih radnika/ca o obeležjima i potrebama najranjivijih sugrađana; njihovo povezivanje sa drugim akterima u lokalnoj zajednici (školama, centrima za socijalni rad, nevladinim organizacijama, opštinama, povereništvima za izbeglice i sl.) i zajedničko razvijanje i pružanje multisektorskih, rodno osetljivih i dostupnih usluga.

Kanadska vlada preko Kanadske agencije za međunarodni razvoj prepoznala je vrednost ovakvih napora i finansijski podržala devetomesečnu realizaciju projekta u pet gradova u Srbiji: Kraljevu, Kruševcu, Nišu, Požarevcu i Staroj Pazovi.

Projekat se realizovao kroz sledeće aktivnosti: 1) formiranje pet multisektorskih timova; 2) zajednička edukacija i razmena iskustva o tri ključne teme – primarna zdravstvena zaštita, pitanje roda i marginalizovano stanovništvo; 3) izrada i primena programa i usluga primarne zdravstvene zaštite osetljive na rodne specifičnosti i dostupne marginalizovanom stanovništvu; 4) izrada publikacije o dobroj praksi; 5) okrugli sto u svrhu razmene primera ostvarene dobre prakse; 6) identifikovanje naučenih lekcija putem evaluacije projekta.

1) Formiranje multisektorskih timova u okviru primarne zdravstvene zaštite osetljive na rodne specifičnosti i orijentisane ka ranjivim socijalnim grupama.



Projektни тим Групе 484 је спровео 64 полуструктурирана интервјуа у Нишу, Краљеву, Крушевцу, Старој Пазови и Пожаревцу са представницима/ама различитих локалних институција и организација: центара за социјални рад, домова здравља, средњих школа, локалних самоуправа, невладиних организација, општинских организација Црвеног крста и регионалне школске управе.

Прво су успостављени контакти са управљачком структуром наведених институција и организација, како би се представила основна идеја и циљ пројекта и подстакла мотивисаност и укључивање у пројектне активности институција/организација у целини, а не само заинтересованих појединаца. На овај начин смо hteli да обезбедимо посвећеност заједничком циљу и одрживост пројектних активности и по завршетку пројекта. Са истим циљем је са свим институцијама и организацијама потписан протокол о сарадњи.

Кроз интервјуе са потенцијалним члановима/icama тима, изабрали смо 30 особа (по шест чланова/ica у сваком од пет тимова), које су показале високу професионалност, мотивацију за учешће у пројекту и осетљивост за питања рода и маргинализованих група.

Sedam osoba je naknadno uključeno na osnovu istih kriterijuma, a na vlastiti zahtev da se uključe i doprinesu realizaciji i razvoju projektnih aktivnosti.

2) Zajednička edukacija i razmena iskustva o tri ključne teme – primarna zdravstvena zaštita, pitanje roda i marginalizovano stanovništvo (dvo-dnevni seminar)



Seminar „U susret reformi zdravstvenog sistema: Primarna zdravstvena zaštita dostupna marginalizovanim grupama i rodno osetljiva“ okupio je sve izabrane članice i članove multisektorskih timova iz Niša, Kraljeva, Kruševca, Stare Pazove i Požarevca, ali i njihove zainteresovane kolege i kolegice, te je ukupan broj učesnika/ca seminarara bio 49.

Cilj seminara bio je višestruk - upoznavanje i razvijanje grupne kohezije unutar i između lokalnih timova, razvijanje motivacije za postizanje zajedničkog cilja, uzajamna edukacija i ujednačavanje znanja u oblastima koje pokriva projekat - primarna zdravstvena zaštita, pitanje roda i marginalizovano stanovništvo.

Realizaciji tih ciljeva doprineli su predavači koji su dali uvod u pojedine teme: savetnik Ministarstva zdravlja dr Đordje Stojiljković prezentacijom „Ministarstvo zdravlja i povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite marginalizovanim grupama“; prof. dr Zorka Lopičić sa Instituta za mentalno zdravlje, prezentacijom „Zdravlje žene danas“ i dr Predrag Životić, koordinator projekta „Politike primarne zdravstvene zaštite na Balkanu“. Koordinatorica projekta „Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa“ dr Nataša Ceribašić-Ljubomirović je još jednom prezentovala ciljeve i aktivnosti projekta. Seminar je bio osmišljen prilično interaktivno, tako da su prezentacije podsticale diskusiju među učesnicima/ama i razmenu relevantnog iskustva i prakse. Istovremeno je psiholog Dragan Stojanović iz nevladine organizacije Psihokod razvijao timski rad i grupnu koheziju kroz niz vežbi i integrativnih aktivnosti.

Na kraju seminara izabrani su koordinatori/ke pojedinih timova i postignut je dogovor o izradi akcionih planova o mapiranju marginalizovanog stanovništva i njihovih potreba (u opštinama iz kojih multisektorski timovi dolaze), o načinu međusobne saradnje, razvoju usluga primarne zdravstvene zaštite i ulozi pojedinih članova/ica tima.

Evaluacija seminara „U susret reformi zdravstvenog sistema: Primarna zdravstvena zaštita dostupna marginalizovanim grupama i rodno osetljiva“

Seminar su učesnici/ce procenili/e kao kvalitetno organizovan (ocena na skali od 1 do 5 bila je 4.45), sa kvalitetnim prezentacijama (4.75), kvalitetnim timskim radom (4.94) i odličnim voditeljima/kama seminara (5.00). 72% učesnika/ca su bili/e „u potpunosti zadovoljni/e“ dogovorom o izradi akcionog plana unutar timova i 78% je bilo „u potpunosti pripremljeno“ da realizuju dogovoreno unutar timova. Ostali učesnici/ce su bili/e „delimično zadovoljni/e“ i „delimično pripremljeni/e“.

Reprezentativne izjave učesnika/ca seminara u evaluacionom upitniku:

„S obzirom na različitost profesija i ustanova iz kojih dolazimo, odlično se razumemo i dopunjujemo.“

„Zadovoljna sam saradnjom članova tima i njihovom spremnošću za rad.“

„Zadovoljna sam planom aktivnosti tima, profesionalizmom i ozbiljnošću.“

3) Izrada i primena programa i usluga primarne zdravstvene zaštite osetljive na rodne specifičnosti i dostupne marginalizovanom stanovništvu

U pripremi ovih programa i usluga korišćeno je akciono planiranje putem kojeg su definisane marginalizovane grupe sa kojima će se raditi: gde se one nalaze i kolike su, kakve su njihove potrebe, koje usluge će im se pružati, šta je potrebno za realizaciju tih usluga i kakav je realan vremenski okvir. Timovi su, osim obrasca za izradu akcionog plana, dobili i formular za evidenciju korisnika/ca i listu za vođenje sastanaka.

Takođe su bili osnaženi putem jednog instruktivnog seminara (u svakoj od opština) čije teme su sami izabrali. Glavne teme ovih pet seminara bile su: Rad sa marginalizova-

nim grupama – pravni aspekt, Važnost komunikacije kao veštine, Bolest prljavih ruku, Infektivna oboljenja, Zoonoze, Multisektorski pristup u rešavanju problema, Prevencija nasilja prema pripadnicima marginalizovanih grupa sa rodno osetljivim pristupom, Značaj preventivnih centara u prevenciji zdravlja, Uloga lokalne samouprave u ostvarivanju PZZ-a marginalizovanih grupa, Rodna osetljivost ugroženih grupa.

Timovi su razvili tri tipa usluga primarne zdravstvene zaštite: direktne zdravstvene usluge, edukativne i informativne. Napomenuli bismo da su, osim direktnih zdravstvenih usluga, pružane i konkretne nemedicinske usluge, kao na primer: obezbeđivanje neophodnih dokumenata, obezbeđivanje advokata i davanje materijalne jednokratne pomoći.

Ove usluge su se realizovale u kolektivnim centrima, romskim naseljima, ali i u privatnom smeštaju sa izbegličkim, raseljeničkim i lokalnim siromašnim stanovništvom, do kojeg se dolazilo na osnovu kontakata Centra za socijalni rad, poverenika/ca, nevladinih organizacija i udruženja, romskih predstavnika/ca i saradnjom sa mesnim zajednicama.



Timovi su sa ovim uslugama obuhvatili 1 123 korisnika/ca sledeće strukture: 275 interno raseljenih osoba (212 žena i 63 muškarca), 123 izbegle osobe (70 žena i 53 muškarca) i 725 lokalnih stanovnika (426 žena i 307 muškaraca). Projektni tim Grupe 484 redovno je posećivao ove timove i podržavao ih u njihovom radu.

Sami korisnici/ce su ukazali/e na značaj inicijative institucija i organizacija, budući da oni sami često nisu u mogućnosti (zbog starosti, udaljenosti zdravstvenih ustanova, nedostatka dokumenata i finansijskih sredstava) da koriste usluge zdravstvene zaštite. Prijatno su iznenađeni/e i ljubaznošću svih članova/ica tima. Voleli bi da ovakav tip usluga postane redovna praksa zdravstvenih institucija.

Aktivnosti predviđene na kraju projekta - ova publikacija, okrugli sto i evaluacija projekta, omogućiće da se identifikuju i razmene dobre prakse u primarnoj zdravstvenoj

zaštiti, koje bi trebalo da doprinesu razvoju efikasne i efektivne primarne zdravstvene zaštite koja vodi računa o rodnim specifičnostima i o svim našim sugrađanima, a naročito najranjivijima, kojima je zdravstvena preventiva ujedno najvažnija i najteže dostupna.

O značaju svih ovih aktivnosti govori i činjenica da je okrugli sto otvorila Njegova ekscelencija Robert McDougall, kanadski ambasador u Srbiji. Predavanje su održali: savetnica u Ministarstvu zdravlja dr Dubravka Šaranović, koja je predstavila godišnji operativni plan Ministarstva; prim. dr Ljiljana Sokal iz Gradskog zavoda za javno zdravlje, koja je govorila o intersektorskoj saradnji i razvoju partnerstva za zdravlje na lokalnom nivou. Koordinatorica projekta dr Natasa Ljubomirović je dala kratak pregled osnovnih rezultata projektnih aktivnosti i najbitnijih pouka proizašlih iz realizacije projekta. Danijela Petrović (evaluatorica projekta) je dala detaljan pregled preliminarnih rezultata evaluacije projekta, a multisektorski timovi su predstavili svoja konkretna iskustva i dostignuća.

Budući da su tri ključna elementa na kojima se bazira ovaj projekat i njegovi rezultati – multisektorski pristup, rodna osetljivost i osetljivost na potrebe marginalizovanog stanovništva, u sledećim poglavljima ove publikacije biće im poklonjena posebna pažnja.



III MULTISEKTORSKA SARADNJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Professionalism has contributed a great deal to modern health care, but has inhibited the ability to achieve cross boundary solutions based on team work, reči su predsednice Foruma za timski rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Dame Deidre Hine.⁶

Multisektorski tim podrazumeva grupu profesionalaca koji su okrenuti zajedničkom cilju, a koji svoj doprinos daju posmatrajući i delujući iz različitih uglova.⁷

Ciljevi multisektorskog pristupa su sledeći:

- razvijanje sistema za brzo reagovanje u vanrednim situacijama, uključujući kontrolu i sprečavanje širenja infektivnih bolesti i drugih rizika koji ugrožavaju zdravlje;
- kreiranje aktivnosti u zajednici koje bi racionalizovale zdravstvenu potrošnju i bile usmerene na promociju zdravlja;
- pomeranje težišta aktivnosti sa bolesti na determinante zdravlja i faktore rizika kao uzroke obolevanja putem promocije zdravlja kao primarne intervencije;
- prikupljanje kvalitetnih informacija i minimalnog seta podataka za praćenje faktora rizika vezanih za zdravlje.

Značaj multisektorskog tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prvenstveno proizlazi iz mogućnosti da se celokupno sagledaju potrebe korisnika/ce zdravstvenih usluga. Da bi osoba dobila adekvatnu zdravstvenu zaštitu, nije dovoljno da je pogleda zdravstveni radnik/ca i prepíše odgovarajuću terapiju. Da li će određena osoba ostvariti zdravstvenu zaštitu, zavisi i od njenog nivoa obrazovanja, materijalnog statusa, posedovanja potrebne dokumentacije, blizine i informisanosti o zdravstvenim uslugama. Potrebno je da ta osoba prvo fizički dođe do zdravstvenih usluga, zatim da razume prirodu svoje bolesti ili potrebu za prevencijom bolesti, kao i preventivne ili kurativne mere koje treba da preduzme, i zatim da primenjuje preventivne mere ili da kupi lekove. Zdravstveno osoblje nije u mogućnosti da samostalno sagleda sve ove potrebe korisnika/ca i da na njih odgovori. Upravo zato je važna podrška ostalih aktera u zajednici – nevladinih organizacija, škola, centara za socijalni rad, opština, službi za zapošljavanje, medija i dr.

⁶

⁷ Finalni izveštaj Kraljevskog farmaceutskog društva Velike Britanije i Britanske medicinske asocijacije, oktobar 2000. godine

Prikaz slučaja - značaj multisektorskog pristupa

Predstavnici/ce Centra za socijalni rad, Doma zdravlja i Crvenog krsta u Požarevcu ukazali su na slučaj devojčice – izbegle Romkinje stare sedamnaest i po godina, koja živi u Požarevcu od 1992. godine i težak je bubrežni bolesnik. Svako od njih je primetio problem i pokušavao da ga reši iz ugla svoje profesije, nezavisno od drugih sektora. Vozač Doma zdravlja je svakodnevno prevezio devojčicu na Dečiju kliniku u Tiršovoj ulici u Beogradu radi dijalize. Dugotrajnija hospitalizacija devojčice nije bila moguća, jer ona nije imala osnovna dokumenta (izvod iz matične knjige rođenih i izvod iz knjige državljana), pa nije mogla da ima ni zdravstveno osiguranje. Troškove lečenja je dva puta snosila bolnica, ali nisu postojale materijalne mogućnosti da se nastavi sa takvom praksom. Centar za socijalni rad je pružio jednokratnu novčanu pomoć kako bi majka pribavila neophodnu osnovnu dokumentaciju sa Kosova. Međutim, majka se nije angažovala u nabavci dokumenata. Crveni krst je davao pomoć u odeći i, kada je to bilo moguće, obezbeđivao neophodne medikamente. Težinu ovog problema uvećala je i činjenica da majka devojčice takođe nije posedovala ni jedan od osnovnih dokumenata.

Devojčica ne samo što nije mogla da ima adekvatno lečenje u bolnici, već joj je bio onemogućen i odlazak na transplantaciju bubrega u Italiju, iako je donator bubrega bio obezbeđen.

Multisektorski tim u Požarevcu je zajednički razmotrio slučaj i napravio akcioni plan. Ažurno je pripremljena kompletna zdravstvena dokumentacija i slučaj je upućen UNHCR-u. U saradnji sa UNHCR-om napravljen je dogovor da se traži rešenje za dobijanje dokumentacije koja je uslov za regularno medicinsko zbrinjavanje. UNHCR je prosledio slučaj nevladinoj organizaciji Praxis, a Praxis je preko partnerske nevladine organizacije iz Sarajeva nabavio potvrdu o rođenju deteta u Bosni i Hercegovini, koja je potom dostavljena u Srbiju preko Ministarstva za inostrane poslove. Dokumentacija je uredno prosleđena policijskoj upravi u Požarevcu, a odatle MUP-u Srbije.

Epilog ove udružene akcije bio je da je devojčica konačno dobila putnu ispravu i sada čeka svoj red da nesmetano ode na operaciju koja će joj spasiti život. Cela akcija je trajala od aprila do sredine jula meseca, kada je stigla informacija od direktorke Doma zdravlja Požarevac da je putna isprava kod njih.

Na osnovu analize ove udružene akcije, identifikovali smo korake koje bi bilo koji multisektorski tim trebalo da preduzme za uspešnu realizaciju zdravstvene zaštite građana:

- Prepoznavanje problema
- Analiziranje problema (kako svaki član/ica tima vidi problem i rešenje)
- Izrada zajedničkog predlog za rešavanje problema – akcioni plan
- Praćenje realizacije planiranog
- Redovno razmenjivanje informacija u vezi sa slučajevima koji su zajednički i mogu se sveobuhvatno rešiti - konferencija slučaja
- Identifikovanje prepreka u timskom radu i saradnji
- Nalaženje rešenja za prevazilaženje prepreka u timskom radu i saradnji
- Posvećivanje pažnje načinu komunikacije, kako među članovima/icama tima, tako i između korisnika/ca i tima
- Promovisanje važnosti timskog rada i saradnje među različitim profesijama i ustanovama/organizacijama
- Promovisanje multisektorskog timskog rada kroz ovakve primere dobre prakse

Projektom *Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa* razvili smo dinamičan koncept multisektorskog timskog rada, koji uključuje aktivan pristup korisnicima/ama, tj. izlazak u susret njihovim različitim relevantnim potrebama. Osim orijentisanosti ka korisniku/ici, važno je istaći i uvođenje rodno osetljivog pristupa.

Prikaz slučaja – značaj aktivnog pristupa korisnicima i rodne osjetljivosti usluga

Na sastanku kruševačkog multisektorskog tima lekarke su upoznale ostale članove/ice tima sa rezultatima svoje posete kolektivnom centru, odnosno sa onim što su ustanovile pregledom njegovih žitelja. Posebno su prikazale jedan slučaj: devojčicu uzrasta 12 godina koja već godinu dana boluje od kožnog oboljenja kosmatog dela glave (Alopecia areata).

Zahvaljujući poseti kolektivnom centru, odmah su ustanovile da je kožno oboljenje posledica igranja sa psima lualicama, koji su prenosioci kožnih oboljenja. Takođe su odmah uočile da je zdravstvena pomoć potrebna i majci devojčice. Majka je bila iscrpljena brinući se oko devojčice, tako da je potpuno zaboravila na sebe i svoje zdravstveno stanje. „Kako da mislim na sebe pored kćerke koja ne može nikako da se izleči?! Stalno je vodim lekaru.“, bile su reči majke. Lekarke su zapazile da je žena iscrpljena, mršava i ima simptome depresivnog stanja, te su prepisale i njoj odgovarajući tretman.

Psi lualice su česti stanovnici kolektivnih centara i prenosioci su raznih oboljenja. Multisektorski tim je predložio da poverenik, koji je član tima, kontaktira javno komunalno preduzeće kako bi se poboljšali uslovi života stanovnika kolektivnog centra. Koordiniranom akcijom komunalne inspekcije Opštinske uprave Kruševac, veterinarske inspekcije i sanitarne inspekcije za Rasinski okrug, očišćena je velika deponija đubreta i septičke jame, a psi lualice su uhvaćeni i odvedeni u azil.

Akcijom je smanjena mogućnost širenja bolesti, a i sami stanovnici kolektivnog centra su bili upoznati sa opasnostima po zdravlje.

IV MARGINALIZOVANE GRUPE

Ciljano usmeravanje primarne zdravstvene zaštite na marginalizovane kategorije stanovništva značajno je iz više razloga. Prvo, one su zdravstveno najugroženije i iz njih se regrutuju najverovatniji potencijalni korisnici zdravstvene zaštite. Drugo, siromaštvo i život na margini društva, često u izolovanim i getoizovanim naseljima i mestima, kao i njihovo slabo obrazovanje, onemogućavaju im da dođu do informacija o mogućnostima ostvarenja zdravstvene zaštite. Treće, siromaštvo i udaljenost njihovih mesta stanovanja od ustanova koje pružaju zdravstvenu zaštitu onemogućava im da do zdravstvenih ustanova dođu i ostvare zdravstvenu zaštitu. Četvrto, neposredovanje osnovnih dokumenata (bez kojih ne mogu da ostvare mnoga prava) onemogućuje pristup sistemu zdravstvenog osiguranja. Peto, marginalizovane osobe su često umorne od neuspeha, preplavljene osećanjem bespomoćnosti, i odustale su od traženja bilo kojeg vida pomoći, a zdravstvenu prevenciju doživljavaju kao luksuz.

Iz svega navedenog, može se videti da su kod ove populacije zdravstveni problemi uvek praćeni i nizom drugih poteškoća koje onemogućavaju adekvatnu zdravstvenu zaštitu – nedostatak dokumentacije, siromaštvo, nisko obrazovanje, pasivnost i sl. Zato su aktivan i multisektorski pristup toliko važni, jer je veliki broj važnih kapaciteta ovih ljudi manjakav i nedovoljan, a njihovi problemi raznovrsni i često međusobno povezani. Otuda, ostanu li prepušteni negativnim okolnostima, oni u zdravstvene ustanove često dospevaju tek kada su teško bolesni.

Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji⁸ kao najsiromašnije i socijalno ugrožene grupe, i to posebno u ruralnim i najmanje razvijenim područjima, prepoznala je decu, stare, osobe sa invaliditetom, izbeglice i interno raseljena lica, Rome, ruralno siromašno stanovništvo, neobrazovane, žene i mlade.

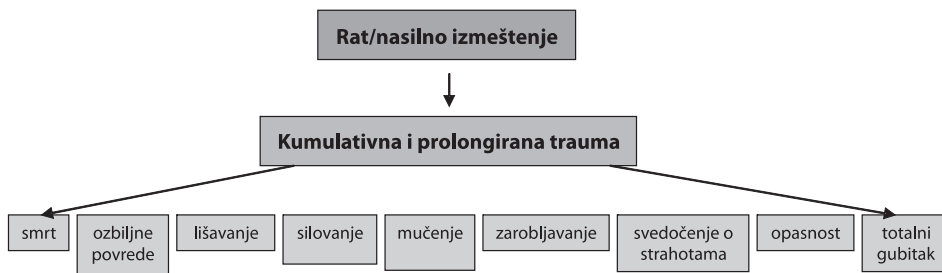
Budući da je Grupa 484 usmerena na pružanje podrške izbegličkoj i raseljeničkoj populaciji, ovde ćemo se posebno osvrnuti na njihove potrebe i poteškoće u ostvarivanju zdravstvene zaštite.

a) Izbegli i raseljeni kao posebno marginalizovane kategorije stanovništva

Izbeglištvo samo po sebi predstavlja socijalni, psihološki i materijalni gubitak. Govoreći o izbeglištvu i raseljenju, govorimo o procesu koji je započet događajem koji se desio nasilno i iznenada. Ova ugrožena grupa ljudi ima jedno zajedničko traumatsko iskustvo - nasilno napuštanje mesta boravka. Neki od njih su bili izloženi direktnom ili indirektnom fizičkom nasilju. Ne možemo zanemariti činjenicu da ovi ljudi još žive u kolektivnim centrima, i to u jako lošim uslovima. Često su u velikoj meri izolovani od lokalnog stanovništva.

Traumatski događaj predstavlja subjektivni doživljaj objektivne stvarnosti. Da bismo predočili ozbiljnost posledica traumatskog događaja izazvanog ratom ili nasilnim izmeštanjem, grafičkim prikazom ćemo pokazati kako se posledice odražavaju na zajednicu i čitavo društvo.

⁸ Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji



Situacijska ograničenja					
Nedostatak medicinske pomoći	Nedostatak finansijske pomoći	Nedostatak pravne pomoći	Nedostatak podrške od zajednice	Nedostatak smeštaja	Nedekvatna sanitacija

+

Posleratni stresori						
Strano okruženje	Ozbiljne bolesti	Siromaštvo	Politička nestabilnost	Izolacija	Nasilje u kući	Nezaposlenost

+

Reaktivacija traume				
Zastrašivanje	Povratak u srušene kuće	Institucionalne predrasude	Medijski priloz i strahotama	Nasilne demonstracije

Prikazani su priroda i stepen trauma, a svi pomenuti faktori su povezani sa visokim rizikom za psihopatologiju. Ovakvi traumatski događaji imaju dramatični uticaj na individuu. Subjektivni doživljaj objektivne stvarnosti, tj. percepcija individue, se mora uzeti u obzir i često je ključna u težini ispoljavanja psihopatologije. Tegobe uzrokovane psihičkim stresom mogu se izraziti telesno, tako da ljudi češće obolevaju od kardiovaskularnih oboljenja, gastrointestinalnih i respiratornih. Česte infekcije su uzrokovane padom imuniteta koji je, pak, posledica stresa.

b) Poteškoće u realizaciji prava na zdravstvenu zaštitu izbeglog i raseljenog stanovništva

Zakonom o izbeglicama i Uredbom o zbrinjavanju izbeglica definisan je obim i način ostvarivanja zdravstvene zaštite kao i mehanizam osiguranja sredstava za nju. Međutim, novi Zakon o zdravstvenom osiguranju⁹ uređuje ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu izbeglica nezavisno od Zakona o izbeglicama.¹⁰ Izbeglički status sam po sebi više nije dovoljan da bi izbeglo lice bilo zdravstveno osigurano, već ono mora biti

⁹ Službeni glasnik RS, br. 107/05. i 109/05.

¹⁰ Novi Zakon o zdravstvenom osiguranju ne sadrži odredbu da danom stupanja na snagu tog zakona prestaju da važe odredbe člana 2. Zakona o izbeglicama i glava 2. Uredbe o zbrinjavanju izbeglica. To ostavlja prostor za različita tumačenja. U praksi, odredbe navedena dva propisa o izbeglicama više se ne primenjuju u delu koji se odnosi na zdravstveno osiguranje.

i socijalno ugroženo lice sa mesečnim prihodima koji ne prelaze propisani cenzus za sticanje svojstva osiguranika. Nažalost, o ovoj promeni u regulisanju zdravstvene zaštite nije bilo informisano samo izbegličko stanovništvo. Takođe su se zakonske i podzakonske odredbe različito primenjivale u praksi te se izbeglo stanovništvo suočavalo sa brojnim problemima u postupku uključivanja u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja i dobijanja novih zdravstvenih knjižica u Srbiji.

Trenutno se sa velikim teškoćama u ostvarivanju zdravstvene zaštite suočavaju bivše izbeglice, kojima je izbeglički status ukinut ili se nisu odazvali registraciji izbeglica, a nisu stekli državljanstvo i dokumenta Republike Srbije. Oni su bez zdravstvenog osiguranja i bez zdravstvene zaštite dokle god ne dobiju državljanstvo, a postupak prijema u državljanstvo je dug i često traje više od godinu dana.

Interno raseljena lica (IRL) imaju pravo na besplatne zdravstvene usluge koje pružaju državne zdravstvene službe, kao i ostali građani Srbije. Međutim, oni se i dalje zbog nedostatka dokumenata suočavaju sa teškoćama u dobijanju zdravstvenih usluga u postojećem sistemu zdravstvene zaštite. Da bi interno raseljeno lice moglo da ostvari zdravstvenu zaštitu, nosilac domaćinstva mora da podnese na uvid svoju raseljeničku legitimaciju i JMBG lokalnom centru za socijalnu pomoć, koji izdaje potvrdu u kojoj su navedeni svi članovi domaćinstva. Ovakva zdravstvena potvrda važi tri meseca i, nakon tog perioda, raseljena osoba mora ponovo da ide u centar za socijalni rad da obnovi njenu važnost. Za razliku od raseljenih lica, drugi građani Srbije imaju zdravstvene knjižice koje se overavaju jednom u šest meseci. Ovakav postupak mnogi raseljeni doživljavaju kao diskriminaciju. „Volela bih da umesto zdravstvene potvrde imamo knjižice, jer smo na neki način obeleženi, i u startu drugačije tretirani.“, reči su jedne raseljene žene.¹¹ Interno raseljena lica, takođe, nisu sistemski registrovana kod lokalnih zdravstvenih službi, pa zdravstvene ustanove ne vode odgovarajuće zdravstvene kartone za te pacijente, što često dovodi do nemogućnosti da se nastavi odgovarajuća zdravstvena zaštita, a i do umanjenja kvaliteta celokupne zdravstvene zaštite.

Naravno, ta procedura je dostupna samo raseljenim osobama koje su uspele da obezbede svu potrebnu dokumentaciju. Međutim, veliki broj raseljenih, a naročito Roma, Aškalija i Egipćana (registrovano ih je oko 20.000 u Srbiji) nije uspelo da prevaziđe teškoće vezane za obezbeđivanje dokumenata. Na osnovu istraživanja Centra za prava manjina,¹² utvrđeno je da 51,3% raseljenih Roma i 74% njihove dece nema zdravstvenu knjižicu. Iako je opštepoznato da su higijenski uslovi i standardi zdravstvene zaštite među ovom populacijom niski, nema pouzdanih podataka o njihovom zdravstvenom stanju. Osim toga, ova populacija nema poverenja u zdravstveno osoblje i nije upoznata sa vlastitim pravima u realizaciji zdravstvene zaštite. I mada teoretski imaju pristup javnim zdravstvenim službama, u praksi se često suočavaju sa preprekama, usled neinformisanosti ove populacije o sistemu, nedostatka ličnih dokumenata, jezičkih i kulturnih prepreka, kao i usled diskriminacije od strane onih koji pružaju zdravstvene usluge.

¹¹ Grupa 484: *Studija o ženama u izbeglištvu i raseljenju*, Beograd, avgust 2006

¹² Centar za prava manjina: *Romi i pravo na pravni subjektivitet*, Beograd, april 2006

Prikaz dva slučaja – višestruka ugroženost magrinalizovanog stanovništva

Ulazimo u jedan stan i razgovaramo sa ženom koja je izbeglo lice iz Bosne i dugogodišnji psihijatrijski bolesnik. Živi sa dve kćerke u stanu socijalnog stanovanja, gde treba da plaćaju struju. Sve tri se hrane u javnoj kuhinji.

Žena redovno ide kod lekara na kontrole jer se „od živaca leči od mladalačkih dana“, kako kaže. Lek mora sama da kupuje, a ne spada u grupu građana koji imaju pravo na materijalno obezbeđenje.

Starija ćerka ima dvoje male dece koja su kod oca. Ona povremeno viđa decu, nije venčana. Pobegla je od muža jer je maltretira. Nema zdravstvenu knjižicu, nije prijavljena u Nacionalnoj službi za zapošljavanje. Živi od danas do sutra tražeći posao na crnoj berzi.

Samohrana majka, izbeglo lice, radi u privatnoj prehrambenoj prodavnici. Formalno je, kaže prijavljena, ali nema uvid ni u radnu knjižicu, a ni u zdravstvenu knjižicu. Ne kontroliše redovno zdravlje, jer zdravstvena knjižica nije kod nje, nego kod gazde. „Gazda mi je rekao: *Ja ću te voditi kod lekara kad ti bude trebalo.* Bojim se bilo šta da ga pitam. Danas se ovde posao teško nađe.“, reči su žene. „Kada je dolazila inspekcija gazda mi je rekao: *Ako te neko nešto pita kaži da ništa ne znaš, i da gazda nije tu.*“

Njen sin ide u školu i odlazi kod školskog lekara.

Žive u objektu socijalnog stanovanja izgrađenom u svrhu trajnog zbrinjavanja izbeglica.

V ZDRAVLJE ŽENA

U okviru već poznate definicije zdravlja koja je data u dokumentima Svetske zdravstvene organizacije (SZO), treba istaći da zdravlje žena uključuje emocionalnu, socijalnu i fizičku dobrobit i određeno je isto toliko socijalnim, političkim i ekonomskim kontekstom u kome žena živi, koliko i biološkim svojstvima. Zdravstveni sistem skoro po pravilu ne pruža adekvatan odgovor na probleme zdravlja žena, jer ne obraća pažnju na specifične rodne karakteristike koje ga određuju. Umesto toga, najčešće se nudi zdravstvena zaštita suženo fokusirana na reproduktivno zdravlje i na tradicionalnu ulogu žene vezanu za materinstvo. Zbog toga je značajno naglasiti da je neophodno:

- da se promoviše holistički pristup zdravlju žena, koji podrazumeva fizičko, mentalno, socijalno i ekonomsko blagostanje kroz sve faze života žene;
- da se promoviše jednakost u zdravlju kroz dostupnost kvalitetne zdravstvene službe svim ženama;
- da rodni pristup zdravlju žena postane integralna komponenta svih zdravstvenih i socijalnih mera i programa koji se donose na nivou zemlje;
- da se podstakne razvoj službi koje će prepoznati i znati da odgovore na specifične zdravstvene potrebe žena;
- da se postakne razvoj programa i pristupa koji vode ka osnaženju žena da participiraju i uzmu vodeću ulogu u aktivnostima koje će unaprediti i očuvati njihovo zdravlje;
- da se ukaže na značaj implementiranja međunarodnih konvencija i dokumenata koji se odnose na zdravlje žena.

a) Zašto zdravlje žena?

Posmatrano istorijski, zdravlje žena je definisano u okviru postojeće kulture i tradicije i usko profesionalno primenjene medicine, gde su oni koji odlučuju u glavnom muškarci. Dugo se smatralo da razlikovanje zdravlja muškaraca i žena proizlazi isključivo iz polnih bioloških različitosti. Posledica takvog shvatanja je da se zdravlje žena isključivo posmatralo, i još uvek u velikoj meri posmatra, u okviru njene reproduktivne uloge, tj. trudnoće i porođaja.

Međutim, zdravlje ima i rodni aspekt. Pod pojmom „rod“ definišu se one karakteristike žene i muškarca koje su društveno konstruisane, dok se „pol“ odnosi na biološke determinante njihove različitosti. Biološki, ljudi se rađaju kao žene ili muškarci, ali se rodne uloge uče i formiraju u okviru odrastanja u određenoj porodici, sredini, kulturi, veri i društvu. Svi ovi faktori dodeljuju ženama i muškarcima određene uloge koje se, najšire shvaćeno, ogledaju u podeli na ženske i muške poslove i vrlo specifično se manifestuju na različitim nivoima – kroz rodnu diskriminaciju u vidu nasilja nad ženama, manje plaćene poslove, nezaposlenost, pritisak odgovornosti na porodičnom i profesionalnom planu i drugo.¹³

Rodna diskriminacija prihvaćena od društva utiče na zdravlje žena. Rodno osetljiva analiza identifikuje i ukazuje kako da se pristupi problemu neravnopravnosti različitih uloga i neravnomerno raspoređenoj moći žena i muškaraca u odnosu na posledice po

¹³ Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW), 1979.

njihove živote, završje i dobrobit. Nejednakost moći u većini društava znači da žene imaju manji pristup i kontrolu nad resursima za zaštitu svog zdravlja, kao i manje mogućnosti da budu uključene u odlučivanje u ovoj oblasti. Rodna analiza zdravlja često je primer kako nejednakost stavlja žene u nepovoljan položaj i otežava im da se suoče sa ograničenjima u pravu na zdravlje i da pronađu odgovarajuće načine u prevazilaženju problema.

Biološke različitosti	Društvene različitosti
a) anatomsko/psihološke b) anatomske, psihološke i genetske predispozicije c) anatomska, psihološka i genetska otpornost/imunitet	a) uloge i odgovornosti b) pristup i kontrola c) kulturni uticaji i očekivanja d) lični identitet

Zdravstvena situacija, uslovi i/ili problemi
1. polno specifična 2. veća prevalenca bolesti kod jednog ili drugog pola 3. različite karakteristike situacija i problema za muškarce i žene 4. generišu različitu reakciju pojedinaca/porodice/ institucija, u zavisnosti da li je osoba muškarac ili žena

b) Poreklo različitosti koje utiču na zdravstveni profil muškaraca i žena

(Rodna analiza zdravlja: pregled odabranih instrumenata za analizu, SZO, Ženeva, 2002.)

U glavnom zahvaljujući pokretima za emancipaciju žena širom sveta, rodno specifičan pristup prelazi put od vizije do postepenog implementiranja u sistem zdravstvene zaštite fizičkog i mentalnog zdravlja žena. Po ovoj viziji, lekari/ke ili terapeuti/kinje bi trebalo da posmatraju ženu kao celovito biće u datom društvenom kontekstu. Ono što žena preživljava, kako se odnosi prema svojim potrebama, koliko brine o sebi i svom zdravlju, koliko obaveza preuzima i sl., povezano je sa vaspitanjem, njenim statustom, društvenim i religijskim poreklom, vrednostima kojima je bila naučena u porodici i školi, njenom profesijom i obrazovanjem, kao i načinom na koji se određeno društvo odnosi prema ženama. Svi ti aspekti zajedno čine ženu onakvom kakva je kada dođe kod lekara. Društveni elementi, ličnost i okruženje, porodica i zajednica u celini igraju veliku ulogu u tome kako će žena živeti, kako će sebe videti i na koji način će rešavati probleme vezane za svoje mentalno i fizičko zdravlje.

Mnoge žene prihvataju narušeno zdravlje kao normalno, ne obraćajući pažnju na simptome bolesti, jer se od njih očekuje da ispunjavaju mnogobrojne obaveze. Ovakvim stavovima doprinose društveni tabui i predrasude, jer ženama nameću verovanje da su njihovi zdravstveni problemi povezani i proizilaze iz njihovog ponašanja.

Sa druge strane, postoji čitav niz odluka koje se odnose na ugradnju visokih standarda poštovanja ljudskih prava u regulative koje se tiču zdravlja žena, zdravstvene

politike i zdravstvene prakse. Neophodno je razvijati i usmeravati zakonske regulative prema unapređenju zdravlja žena u posebnim oblastima, što podrazumeva ispitivanje njihovih potreba, angažovanje poznavalaca problema ženskog zdravlja i primenu medicinske etike, uz primenu i poštovanje međunarodnih dokumenata.¹⁴

Pravo na zdravlje je ljudsko pravo svake žene. Zdravlje nije samo lični problem, već i problem svakog pojedinačnog društva i međunarodne zajednice. Prema tome, država mora da preuzme odgovornost za uspostavljanje sistema i službi koji će zadovoljiti standarde i sagledati političke i društvene aspekte ove dimenzije života žena.

Značajno je podsticati žene da preuzmu aktivno učešće u programima koji se tiču njihovog sopstvenog zdravlja, zdravlja njihovih porodica i cele zajednice. Posebna pažnja mora biti posvećena ulozi muškaraca, definisanju njihove odgovornosti u ostvarivanju rodne jednakosti i prepoznavanju potreba žena u oblasti zdravlja i zdravstvene zaštite.^{15, 16}

Prikaz slučaja – rodna uslovljenost zdravlja žene

Starija žena izbornog lica pokazuje mi rukom da dođem i sednem do nje na drvenu klupu ispred kolektivnog centra. Želi nešto da me pita, pomislila sam. Vadi najlon kesu u kojoj čuva kutije lekova koje pije, a njima se broj ne zna. Potom vadi drugu najlon kesu u kojoj čuva medicinsku dokumentaciju. Želi sve to da mi pokaže. Kaže mi da pročitam, i vidim da je bila operisana.

Priča mi sama o životu na Kosovu i Metohiji, o tome kako joj muž nije dao da ide u bolnicu na Kosovu, bojeći se zla koje mogu da joj nanese „šiptarski“ doktori. Imala je na donjem delu leđa, blizu krsta, veliku izraslinu koja je bivala sve veća i veća. Smetala joj je, čak joj je i suknu izdizala. Muž joj nije dao da to operiše. Žena je skoro dvadeset godina živela sa dobroćudnim tumorom koji ne samo da je rastao, nego je bivao i sve dublji. Muž joj je umro ubrzo posle dolaska u Srbiju i ostala je sama.

Otišla je kod doktora, jer joj je izraslina pravila sve više problema. Lekar joj je rekao da odmah treba da ide na operaciju, jer joj je tumor toliko veliki, da je krenuo da zahvata i nerve, pa može ostati paralisana. Žena je po savetu lekara otišla i operisala tumor. Sada je dobro.

¹⁴ Gender and Equality in Health Sector Reform, PAHO/WHO, 2001

¹⁵ Integrating Gender perspective in the Work of WHO: WHO Gender Policy, Geneva, 2002.

¹⁶ Platforma za akciju, Peking, 1995.

VI PRIMERI DOBRE PRAKSE (Primarne zdravstvene zaštite osetljive na rodne razlike i dostupne marginalizovanim kategorijama stanovništva)

KRALJEVO

Multisektorski tim

Kraljevački multisektorski tim čine:

- koordinatorka tima Biljana Lopičić, glavna medicinska sestra, Dom zdravlja Kraljevo
- Jasna Dragojlović, viša medicinska sestra, Dom zdravlja Kraljevo
- Milena Timotijević, medicinska sestra, Dom zdravlja Kraljevo
- Mile Nešović, pedagog, Centar za socijalni rad
- Slobodan Stanišić, poverenik za izbeglice, Opština Kraljevo
- Ivana Sorić, NVO Jug, Kraljevo

U Kraljevu se multisektorski tim okupio oko **Centra za preventivne zdravstvene usluge** koji je svečano otvoren u oktobru 2006. godine. Centar je formiran kao posebna organizaciona celina, smeštena u prostorijama Doma zdravlja, kako bi se unapredio i podstakao rad na prevenciji, prvenstveno kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih, malignih oboljenja i dijabetesa. Rukovodilac centra je dr Rada Novaković, načelnica kućnog lečenja i polivalentne patronaže, a u radu učestvuju svi lekari opšte medicine i medicine rada, koji se angažuju po rotirajućem sistemu. Mobilna jedinica je i pre otvaranja centra (u periodu od godinu dana) kroz kampanju „Ti si moje srce“ obavila brojne preglede u udaljenim mesnim zajednicama, po firmama i školama. Uz preglede, organizovane su i kampanje u gradu vezane za određene datume, kao što su Dan srca, Dan borbe protiv pušenja i sl. Putem kampanja, građani su, korišćenjem letaka i brošura, informisani o aktuelnim zdravstvenim problemima i rizicima – pušenju, alkoholizmu, hipertenziji i sl. Razvijen je i grupni savetodavni rad za odvikavanje od pušenja, npr. za radnike/ce Ministarstva unutrašnjih poslova i Žandarmerije. Centar ima iskustva i u radu sa izbegličkom i raseljeničkom populacijom, uključujući i Rome/kinje. Pre tri godine su u saradnji sa Međunarodnim Crvenim krstom obišli kolektivne centre, pregledali njihove žitelje i otvorili im zdravstvene kartone.

Centar za socijalni rad je osnovan 1960. godine kao Organ starateljstva, odlukom SO Kraljevo. Poslovi koji se obavljaju pri centru za socijalni rad su sledeći: poslovi stručnog socijalnog rada, upravno-pravni poslovi i poslovi planiranja i razvoja. Osnovna funkcija centra za socijalni rad je zaštita odraslih i starih lica i zaštita dece i omladine kada im je potrebna socijalna pomoć. Direktorka Centra za socijalni rad je Svetlana Stanić, diplomirani defektolog.

Povereništvo za izbeglice je osnovano 1992. godine. Povereništvo za izbeglice nalazi se u zgradi SO. Njegove osnovne aktivnosti su: angažman u vezi sa smeštajem i

zbrinjavanjem izbeglih i raseljenih lica, rešavanjem statusa, posredovanjem pri smeštaju u specijalizovane ustanove itd.

Nevladinu organizaciju Jug su osnovala interno raseljena lica sa Kosova 2001. godine. Njena misija je pružanje pomoći interno raseljenim licima u ostvarivanju prava na povratak i reintegraciju. Osnovne aktivnosti su: multietnički dijalog, pružanje pravne pomoći, sprovođenje edukativnih programa, organizovanje treninga, organizovanje „idi – vidi“ poseta. Izvršni direktor organizacije je Aleksandar Grković.



Korisnici/ce usluga i njihov zdravstveni status

Aktivnostima multisektorskog tima bilo je obuhvaćeno 250 korisnika/ca: 183 žene i 67 muškaraca. Korisnici/ce su bili/e pripadnici/e sledećih marginalizovanih grupa: izbegle i raseljene osobe, Romi/kinje (i adolescenti/kinje), porodice sa nestalim članovima/icama i stari. Pripadnika/ca romske populacije je bilo 128, a srpske 122.

Do ovih korisnika/ca se došlo tako što je multisektorski tim mapirao mesta gde se nalaze najranjiviji sugrađani: u kolektivnim centrima Voćar i Adrani - Stari aerodrom, u mesnoj zajednici Ribnica, i pomoću Udruženja nestalih i kidnapovanih lica došlo se do porodica sa nestalim i kidnapovanim članom u privatnom smeštaju.

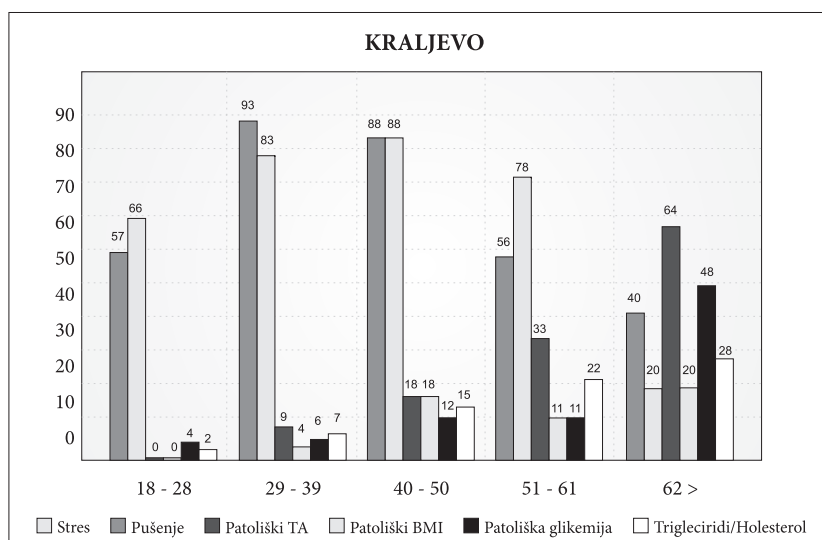
Zdravstvenim pregledima 175 žena je utvrđeno da 17,14% žena ima patološki krvni pritisak i da 13,2% žena ima povišen šećer u krvi. Ovo ispitivanje na navedene faktore rizika smatramo jako važnim, jer mu je bilo podvrgnuto 175 osoba. Indeks telesne mase meren je kod 45 žena, a kod 14 je utvrđena gojaznost, što čini 31,1%. Trigliceridi su mereni kod njih 39. Povećana masnoća u krvi je pronađena kod 20,51% ispitanih žena. Takođe se pokazalo da su subjektivni osećaj stresa i pušenje više prisutni kod mlađe populacije, u uzrastu od 29 do 50 godina. Rizik za kardiovaskularne i šećerne bolesti je prisutniji kod žena u pedesetim i šezdesetim godinama života.

Od 61 pregledanog muškaraca, zdravstvenim pregledom utvrđeno je da njih 22,95% ima povišen krvni pritisak i šećer u krvi.

Važan rezultat sprovedenih aktivnosti edukativnog tipa ogleda se u senzibilisanju muškaraca za važnost očuvanja zdravlja žena i njihovog mogućeg pozitivnog podsticajnog uticaja na žene.

**TABELARNI I GRAFIČKI PRIKAZ FAKTORA RIZIKA
ZDRAVSTVENOG STANJA KOD ŽENA U KRALJEVU (izraženo u %)**

Redni broj	Uzrast	Broj osoba	Stres	Pušenje	Patološki TA	Patološki BMI	Patološka glikemija	Trigliceridi /holesterol
1	18–28	53	57%	66%	0%	0%	3,92%	2%
2	29–39	54	93%	83%	9,26%	4%	5,77%	7%
3	40–50	34	88%	88%	17,65%	18%	12,50%	15%
4	51–61	9	56%	78%	33,33%	11%	11%	22%
5	62 >	25	40%	20%	64,00%	20%	48%	28%
UKUPNO		175	71%	70%	17,14%	8%	13%	11%



Aktivnosti multisektorskog tima

Kraljevački multisektorski tim je odredio svoje mesto sastanaka u Edukativnom centru Centra za preventivne usluge. Ustanovili su da im je potrebno osnaživanje u oblasti rada sa korisnicima/ama koji pripadaju grupi porodica sa kidnapovanim i/ili nestalim članom. Zato je organizovan instruktivni seminar koji je obuhvatio dve teme: 1) rad sa porodicama sa kidnapovanim i/ili nestalim članom i 2) sindrom izgaranja.

Predavačica na ovom seminaru je bila prof. dr Zorka Lopičić sa Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu.

Multisektorski tim je preventivnim pregledima obuhvatio 236 korisnika/ca, edukativnim uslugama 119 korisnika/ca i informativnim uslugama 90 korisnika/ca.



Preventivni pregledi su se sastojali od utvrđivanja prisustva (ili vrednosti) faktora rizika za zdravlje – stresa, pušenja, patološkog krvnog pritiska, gojaznosti, patološke glikemije i nivoa triglicerida/holesterola u krvi. Pregledi su se odvijali izvan preventivnog centra, u mestima i na lokacijama gde živi veći broj pripadnika/ca određene marginalizovane grupe.

Po završenim pregledima, korisnici/ce su informisani/e o načinu življenja, naročito ishrani, koji smanjuje ove rizike po zdravlje, i upućivani/e su na svoje izabrane lekare/ke.

Edukativne usluge su se odvijale u Preventivnom centru sa Romima/kinjama, uglavnom adolescentima i adolescentkinjama, kroz radioničarski pristup. Takođe su se odvijale i u kolektivnim centrima. Tema ovih edukacija bila je vezana za načine održavanja higijene u ne higijenskim uslovima, kakvi su često uslovi u kolektivnim centrima ili romskim naseljima.

Informativne usluge su podrazumevale upoznavanje stanovništva u kolektivnim centrima, mesnoj zajednici Ribnica i privatnom smeštaju sa dostupnim uslugama preventivnog centra, kontakt osobama i mogućnostima zakazivanja. Centar za socijalni rad, NVO Jug i poverenik za izbeglice su takođe prenosili informacije vezane za ostvarivanje prava i usluga u njihovim institucijama i organizacijama. Ove informacije su se prenosile usmenim putem.

Centar za socijalni rad je bio angažovan u pomaganju korisnicima/ama da ostvare pravo na tuđu negu i pomoć i jednokratnu finansijsku pomoć. Takođe je pružao save-

todayne usluge upućujući žene u postupak brakorazvodne parnice, a u četiri slučaja je identifikovano nasilje u porodici i pokrenuta je dalja proceduru za koordiniranu akciju u slučaju nasilja u porodici. Nevladina organizacija Jug i poverenik za izbeglice su pomagali u obezbeđivanju potrebnih dokumenata izbegličkoj i raseljeničkoj populaciji.

Naučene lekcije tima

- Multisektorski tim je kao važnu pretpostavku uspešne realizacije projektnih aktivnosti naveo jako dobru **saradnju sa istaknutim predstavnicima/ama romske zajednice i Udruženja nestalih i kidnapovanih na prostoru Kosova i Metohije**. Naime, pristup ovim zajednicama ne bi bio moguć bez upoznavanja ovih osoba sa karakterom i značajem projekta. Uz podršku ovih „medijatora“, došlo se do korisnika/ca, lakše se zadobilo njihovo poverenje i omogućena je konstantnost u sprovođenju projektnih aktivnosti.
- Multisektorski tim je uočio da veliki broj raseljenih lica ističe **problem diskriminacije** kao veoma izražen u njihovom kontaktu sa zdravstvenim ustanovama u gradu. Raseljene osobe su se osećale neprijatno u zdravstvenim ustanovama, očekujući da kada medicinsko osoblje vidi potvrdu koja zamenjuje zdravstvenu knjižicu, odmah promeni svoj odnos prema njima i zauzme neljubazan ili ignorišući stav. Upravo zato se multisektorski tim usmerio na razvijanje njihovog poverenja prema zdravstvenim ustanovama i medicinskom osoblju. Uočljivo je bilo zadovoljstvo korisnika načinom na koji su primljeni od strane tima tokom sprovođenja pregleda.
- Pri susretu sa korisnicima/ama, multisektorski tim je uočio da postoji potreba **za proširivanjem njihovog znanja u oblasti mentalnog zdravlja** i uloge lekara opšte prakse i medicinskih sestara u oblasti mentalnog zdravlja. Veliki broj korisnika/ca je imao potrebu da govori, bude saslušan i dobije savet u vezi sa svojim psihičkim stanjem i problemima.
- Uočeno je takođe da su korisnici/ce mnogo bolje reagovali/e na situaciju kada je **zakazan termin opšteg pregleda unapred**, uprkos činjenici da imaju izabranog lekara i mogućnost redovnog zakazivanja pregleda. Značajno im je da inicijativa polazi od samih zdravstvenih ustanova. Ovako zakazani pregledi daju im osećaj sigurnosti, osećaj da će biti dobro prihvaćeni, pažljivo saslušani i adekvatno zdravstveno zbrinuti.
- Multisektorski tim je uvideo da se **problemima izbeglih i raseljenih posvećuje sve manje pažnje**. Do 2003. godine medicinsko osoblje je posećivalo kolektivne centre, a zatim je prestalo. A ovim ljudima je neophodna kontinuirana podrška. Osim za zdravstvenu zaštitu, oni su izrazili zahvalnost i za to što je pokazana briga zajednice za njih. „Pa vi nas niste zaboravili“, bile su reči izbegle osobe iz kolektivnog centra.
- Multisektorski tim je uočio da postoji dalja potreba **konstantne kampanje i informisanja ugroženih grupa** o radu i mogućnostima koje pruža Preventivni centar. Uočeno je da kod ove kategorije stanovnika treba uložiti dodatni napor u edukaciju o značaju prevencije i smanjenja faktora rizika po njihovo zdravlje. Multisektorski tim posebno ističe da kod ranjive grupe korisnika, posebno romske nacionalnosti, postoji visok stepen oboljenja respiratornog

trakta, koji je izazavan uslovima u kojima Romi žive - vlažne prostorije, ishrana, neadekvatno odevanje, ali je tu značajan faktor rizika i prekomerno pušenje.

- Multisektorski tim je takođe ukazao na značaj **organizovanja seminara o stresu i profesionalnom sagorevanju** – radi njihovog efikasnijeg rada i boljeg nošenje sa brojnim problemima svojih korisnika/ca.
- Multisektorski tim je istakao značaj **multisektorskog rada za efikasnost** – „Brže se završe poslovi. Znam tačno ko je preuzeo slučaj. Imamo povratnu informaciju o tome šta je urađeno. Niko od korisnika ne ode bez informacije gde, kada, kod koga i kako – znamo gde da ga uputimo.“ Predložili su da se tim proširi sa psihologom/škinjom, pravnikom/com i predstavnikom/com škole.
- Tim je istakao i koliko je značajno kada **čitava institucija ili organizacija podrži realizaciju ovakvog projekta.** „Dobili smo apsolutnu podršku direktorke Doma zdravlja – prostor, kola, tračice.“

KRUŠEVAC

Multisektorski tim

Kruševački multisektorski tim čine:

- koordinator tima Dušan Todorović, poverenik za izbeglice, SO Kruševac
- Dr Ljiljana Maksimović, specijalistkinja opšte medicine, Zdravstveni centar Kruševac
- Dr Rada Maksimović, lekarka opšte prakse, Zdravstveni centar Kruševac
- Milica Miljković, socijalna radnica Centra za socijalni rad
- Milomir Petronijević, sekretar Crvenog krsta
- Marina Nikolić, NVO Peščanik
- Jelica Dimić, psihološkinja, Medicinska škola

Zdravstveni centar Kruševac je osnovan aktom opštine Kruševac 1990. godine. Zdravstveni centar u svom sastavu ima Opštu bolnicu i Dom zdravlja. U okviru Doma zdravlja od 2006. godine radi i Preventivni centar. Svojim radom i saradnjom sa drugim službama Doma zdravlja, Preventivni centar prati kalendar zdravlja putem akcija u zajednici i organizacijom samostalnih akcija, a vrši se i zdravstveno prosvetovanje i promovisanje zdravih stilova života.

Centar za socijalni rad u Kruševcu je specijalizovana ustanova u sistemu socijalne zaštite, koja se bavi zaštitom prava i interesa građana i njihovih porodica iz oblasti: materijalno-pravne zaštite, porodično-pravne zaštite i prava po odluci o socijalnoj zaštiti građana opštine Kruševac.

Povereništvo za izbeglice postoji od 1992. godine. U okviru društvenih delatnosti Opštinske uprave Kruševac, formirana je grupa za izbegla i raseljena lica čije aktivnosti su usmerene na rad sa izbeglim i raseljenim stanovništvom. Aktivnosti zaposlenih su: obilazak porodica na terenu, pružanje pomoći oko sređivanja osnovne dokumentacije,

sprovedenje aktivnosti koje organizuju republički organi (ponovni popis, revizije statusa), učestvovanje u donošenju rešenja i drugih akata koji se odnose na izbegla i raseljena lica.

Crveni krst je osnovan 1876. godine. Osnovni zadatak Crvenog krsta je pružanje pomoći ugroženim ljudima u slučaju ratnih sukoba, prirodnih, ekoloških ili drugih nesreća. Cilj ovakvog zadatka je spasavanje ugroženih ljudskih života. Uloga Crvenog krsta u miru je zdravstveno prosvetavanje građana, obučavanje ekipa za pružanje prve pomoći, promovisanje dobrovoljnog davanja krvi, organizovanje prikupljanja pomoći za ugrožene i organizovanje distribucije iste.

NVO Peščanik je udruženje žena koje je vrlo aktivno i afirmativno. Organizuje grupnu podršku ženama i njihovo osnaživanje. Kreativnim ručnim radovima učestvuje na izložbama i humanitarnim akcijama, i na taj način se finansijski potpomaže.

Medicinska škola je osnovana 1948. godine. Škola je bila internatskog tipa, tako da je obuhvatala samo onoliko đaka koliko je mesta bilo u internatu, jedan školski razred. Školskim reformama došlo je do razvoja programskih aktivnosti i povećanja kapaciteta. U 2007. godini škola obrazuje učenike za sledeća zanimanja: medicinska sestra – tehničar, fizioterapeutski tehničar, farmaceutske tehničar, ginekološko-akušerska sestra, zubni tehničar. Učenici rado učestvuju u humanitarnim akcijama na nivou škole i grada.

Korisnici/ce usluga i njihov zdravstveni status

Aktivnostima multisektorskog tima bilo je obuhvaćeno 250 korisnika/ca: 129 žena i 121 muškarac. Korisnici/ce su bili/e pripadnici/e sledećih marginalizovanih grupa: izbegle i raseljene osobe, Romi/kinje, lokalno siromašno stanovništvo i srednjoškolci.

Do ovih korisnika/ca se došlo tako što je multisektorski tim mapirao mesta gde se nalaze najranjiviji sugrađani i krenuo prema njima. Projektom su obuhvaćeni izbegli i raseljeni u neregistrovanom kolektivnom centru u Velikoj Lomnici, kolektivnom centru Modrica (gde su smeštene 44 raseljena Roma iz Podujeva i Kosova Polja) i u zgradi za lokalnu integraciju izbeglica. Lokalno siromašno stanovništvo je obuhvaćeno akcijama obilaska narodne kuhinje Crvenog krsta i Prve mesne zajednice, ali i preko humanitarne apoteke Sveti Luka i Centra za socijalni rad (117 lica). Takođe su akcije bile usmerene i ka budućim medicinskim radnicima/ama – srednjoškolcima i srednjoškoljkama Medicinske škole.

Preventivnim zdravstvenim pregledima 59 žena je utvrđeno da ima jedan ili više faktora rizika po zdravlje, i to – 40% žena puši, 29% patološki nivo triglicerida, 25% ima poteškoće sa krvnim pritiskom (TA), 25% je gojazno (BMI) i 12% žena ima patološki nivo glikemije. Takođe se pokazalo da su pušenje i gojaznost više prisutni kod mlađe populacije, od 29 do 39 godina. Rizik za kardiovaskularne i šećerne bolesti je prisutniji kod žena nakon pedesetih i šezdesetih godina života, kao i patološki nivo triglicerida i holesterola u krvi.

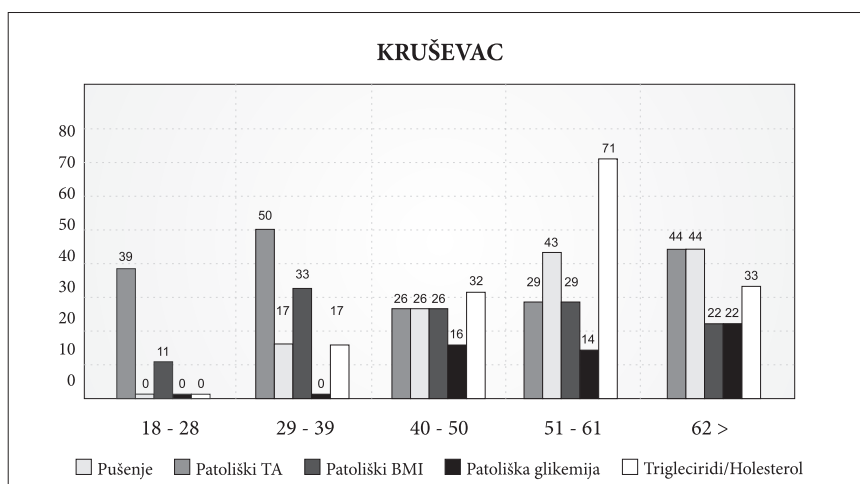
U periodu od maja do oktobra meseca obavljani su preventivni zdravstveni pregledi 59 žena. Svim ženama je uzeta lična i porodična anamneza i izvršeno antropometrijsko merenje (TT, TV, OS, BMI), kao i merenje krvnog pritiska, određivanje nivoa šećera u krvi, triglicerida, a sve zainteresovane žene su ginekološki pregledane i urađen im je pregled dojki. Iz njihove porodične anamneze uočeno je da su najviše zastupljene kar-

diovaskularne bolesti i dajabetes melitus. U ličnoj anamnezi dominira povišen krvni pritisak HOBP i neuropsihijatrijska oboljenja. Žene su pokazale da razumeju značaj ginekoloških pregleda, ali da većina njih ne ide na preglede, jer nema zdravstvenu legitimaciju (najviše iz Romske populacije). Zahvaljujući dobroj saradnji multisektorskog tima sa savetovalištom za reproduktivno zdravlje i podrške direktorke DZ-a, jedan broj njih je upućen na pregled. Ginekološki je pregledano 16 žena. Nalazi kod svih su bili uredni, a ujedno su žene i edukovane o značaju higijene, kada je u pitanju reproduktivno zdravlje.

TABELARNI I GRAFIČKI PRIKAZ FAKTORA RIZIKA
ZDRAVSTVENOG STANJA KOD ŽENA U KRUŠEVCU (izraženo u %)

Redni broj	Uzrast	Broj osoba	Stres	Pušenje	Patološki TA	Patološki BMI	Patološka glikemija	Trigliceridi /holesterol
1	18–28	18	0	39%	0%	11%	0%	0%
2	29–39	6	0	50%	17%	33%	0%	17%
3	40–50	19	0	26%	26%	26%	16%	32%
4	51–61	7	0	29%	43%	29%	14%	71%
5	62 >	9	0	44%	44%	22%	22%	33%
UKUPNO		59	0	36%	22%	22%	10%	25%

Napomena: Stres nije ispitivan



Aktivnosti multisektorskog tima

Kruševački multisektorski tim je organizovao sastanke u prostorijama povereništva u Kruševcu. Dinamika održavanja sastanaka bila je jednom u 15 dana. Tokom sastanaka planirali su akcije – gde i kako da dođu do marginalizovanog stanovništva, koje usluge da

im ponude, i definisali uloge pojedinih članova/ica. Organizovali su instruktivni seminar u Preventivnom centru Doma zdravlja.

Seminar je sadržao sledeće teme:

- Značaj zdravstveno preventivnih mera kod osoba ženskog pola - dr Stević-Gajić, šefica Preventivnog centra Doma zdravlja Kruševac,
- Socijalno stanje ugroženih grupa - Snežana Živković, sociološkinja Centra za socijalni rad,
- Rodna osetljivost ugroženih grupa - Snežana Ristić-Kostov, psihološkinja, OŠ „J. J. Zmaj“
- Prezentacija primera dobre prakse, kao rezultat početne zajedničke akcije multisektorskog tima (primer opisan na str. 10) - Dušan Todorović, poverenik za izbeglice, koordinator multisektorskog tima.

Multisektorski tim je direktnim zdravstvenim uslugama obuhvatio 59 korisnica, edukativnim uslugama obuhvaćeno je 64 korisnika/ca, a informativnim uslugama obuhvaćeno je 222 korisnika/ca. Bitno je da je više korisnika/ca bilo obuhvaćeno različitim uslugama.

Direktne zdravstvene usluge bile su: merenje krvnog pritiska, šećera u krvi, triglicerida, holesterola, kao i identifikovanje faktora rizika, kao što su pušenje i gojaznost. Vršeni su organizovani ginekološki pregledi žena, uz pružanje logističke podrške povereništva. U saradnji sa apotekom Sveti Luka, multisektorski tim je imao priliku i da organizuje distribuciju lekova koji su neophodni korisnicima/ama (i to za povišen krvni pritisak), u čemu su najaktivniju ulogu imali poverenik i lekari/ke. Radnica Centra za socijalni rad je prikupljala potrebnu dokumentaciju u saradnji sa poverenikom, i u tom kontekstu je konkretnu pomoć dobilo 100 korisnika/ca (neku vrstu jednokratne ili materijalne pomoći). NVO Peščanik je inicirao podelu odeće i obuće neophodne stanovnicima kolektivnih centara.

Usluge edukativnog tipa sastojale su se od: obučavanja žena prilikom pregleda o higijeni zdravlja, prenosivosti polnih bolesti i načinima zaštite. O pomenutoj tematici posebno su održane 4 radionice sa srednjoškolcima, a obuhvatile su i temu zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Multisektorski tim je nastojao da poveća svesnost i odgovornost žena za sopstveno zdravlje, kako bi shvatile važnost preventivne zdravstvene zaštite i ranog otkrivanja malignih bolesti. Srednjoškolke/ci su upoznati sa problemima neadekvatne zdravstvene zaštite.



Usluge informativnog tipa su obuhvatale davanje informacija o mogućnostima preventivne zdravstvene zaštite u Preventivnom centru, o uticaju lošeg načina života na zdravlje, o potrebi redovnih zdravstvenih kontrola, ali i informacije nemedicinskog karaktera, npr.: kako ostvariti jednokratnu materijalnu pomoć, šta je neophodno od dokumentacije da bi se dobili lekovi besplatno ili, pak, osnovna matična dokumenta. Informacije su bile saopštene usmeno i u pisanom obliku. Deljeni su i lifleti sa potrebnim informacijama koje su se odnosile na gore pomenuti sadržaj. Ovo su bile udružene akcije svih članova multisektorskog tima. Žene su posebno savetovane u vezi sa konkretnim pitanjima svog (ugroženog) reproduktivnog zdravlja.

Ilustracija rada multisektorskog tima: rad u grupi – samohrane majke u izbeglištvu i raseljensktvu

Razgovor sa grupom korisnica - žena u izbeglištvu i raseljenju organizovao je poverenik u saradnji sa lekarom, socijalnom radnicom i članicom NVO Peščanik. U prostorije povereništva pozvano je deset žena iz privatnog smeštaja i sve su se odazvale pozivu.

Ovo su neke od njihovih priča.

1

Izbeglica iz Hrvatske. Početkom rata je napustila Sisak i otišla u Petrinju, a kasnije došla u Kruševac. Samohrana je majka. Bila je samohrana majka i u Hrvatskoj, ali je tamo radila u fabrici i imala podršku primarne porodice i prijatelja.

Po dolasku u Srbiju radila je po tuđim kućama „sve i svašta“, kako kaže kroz suze. Čerka je porasla i udala se, a ona je živela sa njom i čuvala unuku. Posle godinu dana, čerkin muž je smrtno nastradao u lovu. Ostale su same njih tri, gotovo na ulici.

Posle izvesnog vremena, ćerka se zaposlila u fabrici za pakovanje pilića. Nije bila prijavljena. Jednog dana, mašina za pakovanje živine se otkočila i nanela joj telesnu povredu glave. Ležala je dugo u bolnici i trajno je radno onesposobljena.

Ova situacija naterala je majku da sklopi bračni sporazum sa jednim samcem, invalidom, da ga neguje i održava kuću, kako bi joj kasnije ostala kuća. Ona vodi računa o njegovoj ličnoj higijeni, kuva mu, održava dvorište i živinu. Ćerka se po drugi put udala, da bi imala gde da živi. Tog čoveka ne voli, ali kaže da je dobar čovek i da se brine o detetu iz ćerkinog prvog braka. Žena plače sve vreme dok priča. Težinu situacije objašnjava rečima: „Moraš da ćutiš i trpiš i radiš kako ti se kaže, inače može, ako mu se nešto ne sviđi, da te istera iz kuće i da ostaneš na ulici.“

Ima deset godina radnog staža u Hrvatskoj i nije pokušavala da traži pravo na penziju. Govori da je stalno radila po tuđim kućama da bi preživela, ćerku iškolovala. U toj borbi za preživljavanje, nije često posećivala ni poverenika, niti tražila pomoć.

„Sve sam ostavila i pošla bez ičega jednom iz Siska, jednom iz Petrinje, i sad ovde nemam ništa... Poverenik me pita: *Pa gde ste vi dosad bili?*... Ja se borila i radila.“

2

Žena sa Kosova, majka šestoro dece. Muž joj je poginuo na ratištu. Ovde živi u barakama sa decom. Kaže: „Neće niko da te primi sa toliko dece, niko neće da mu remetiš mir i red, a deca su deca, ona traže svoje.“ Najmlađe dete mi je imalo šum na srcu, pa je moralo da ide na operaciju u Tiršovu. Sve vreme sam bila sa njim, sada idemo na kontrolu na dve godine.

Niko mi nije pomogao, svi kažu „Tvoja deca, tvoja briga“. Bolesna sam, imam visok pritisak i lečim se... Živci su mi propali i pijem lekove i za to...

3

Žena izbegla iz Hrvatske. Bila je i na Kosovu, pa sa Kosova 1999. došla u Kruševac. Samohrana majka dvoje dece. Muž joj je poginuo na ratištu. Živi kao podstanar. Boluje od visokog pritiska i od „slabih živaca“. Sa dvoje dece se sama probijala kroz život. Radeći po tuđim kućama, odškolovala je decu. Devojčica radi kod Kineza. Kaže: „Ne smeš biti bolesna, inače odmah dobiješ otkaz“. Ima problema da overi „beli papir“ u Centru za socijalni rad, koji služi umesto zdravstvene knjižice. Kaže: „Nekad hoće da overe, nekad ne“.

Posle međusobnog upoznavanja i razgovora o zdravstvenom stanju žena, lekar je izmerio svakoj ženi krvni pritisak. Jednoj ženi je ustanovljen visok pritisak, pa je odmah dobila lekove. Svakoj ženi je **zakazan termin**, kako bi otišla u Preventivni centar da kontroliše zdravstveno stanje i dobije informacije kako da vodi računa o sebi.

Nisu imale **informacije** o tome koje usluge mogu dobiti u Preventivnom centru, pa su ih ovom prilikom dobile. Dve žene koje su imale problem sa overavanjem belog lista, koji zamenjuje zdravstvenu knjižicu, socijalna radnica je **uputila na službu i osobu** kojoj treba da se jave u Centru za socijalni rad i objasnila im način kako da reše problem. Jedna žena ima nerešen problem penzije koju treba da ostvari iz Hrvatske, pa je dogovoreno sa poverenikom da prikupi dokumentaciju i prosledi je Srpskom demokratskom forumu.

Tim je uočio da, od deset žena sa kojima se razgovaralo, četiri već odavno posećuju psihijatra. Jedna žena je obolela od karcinoma dojke i leči se zračenjem, a jedna ima više mioma na materici, koje lekar prati redovnim kontrolama.

Žene su rekle da im je ovaj razgovor važan, jer unutrašnja napetost koju nose i koja se kumulira biva manja, a i osećanje odbačenosti od sredine je manje.

Naučene lekcije tima

- Multisektorski tim je posebno istakao **značaj razmene informacija** unutar tima, jer su se na taj način stvorili svi uslovi za aktivno rešavanje uočenih problema. Poverenik za izbeglice koji poseduje veliko znanje o potrebama korisnika/ca i ostvaruje svakodnevne kontakte sa njima, ali i sa lokalnim institucijama, umnogome je doprineo kompaktnom, sistematičnom radu tima i uspešnoj realizaciji planiranih aktivnosti. (*Vidi str. 10, Prikaz slučaja - značaj aktivnog pristupa korisnicima/ama i rodne osetljivosti usluga*).
- Članovi multisektorskog tima su posebno naglasili značaj **podrške direktora lokalnih institucija**, pre svega Doma zdravlja, Centra za socijalni rad, organa lokalne samouprave i Srednje medicinske škole. Time je ostvareno i više od planiranog, jer je uz podršku Doma zdravlja izvršen organizovani ginekološki pregled žena iz kolektivnog centra u Modrici.
- U realizaciju projekta uključeni su i **zainteresovani pojedinci**, poput lekara u penziji, koji su u prostorijama Povereništva komesarijata bili aktivni vodeći savetodavne razgovore sa korisnicima, mereći pritisak i deleći lekove.
- Multisektorski tim je i u Kruševcu indentifikovao problem **doživljaja diskriminacije IRL** zbog posedovanja potvrda koje zamenjuju zdravstvene legitimacije.
- Kao posebno značajan problem koji je tim indentifikovao, javlja se **slaba mobilnost korisnika**, pre svega zbog udaljenosti mesta stanovanja od Preventivnog centra.
- **Problem je i neinformisanost i neznanje** korisnika o radu Preventivnog centra i usluga koje mogu dobiti. Jedna osoba u timu je navela da 90% građana pre ovog projekta nije znalo da Preventivni centar postoji. U tom smislu, **liflet** o značaju preventivnih pregleda, koji je nastao kao rezultat rada multisektorskog tima, može poslužiti kao osnova za dalju kampanju o značaju preventivnog zdravlja.
- Multisektorski tim je izrazio potrebu **za potrošnim materijalom** koji je neophodan u radu preventivnog centra, a pre svega tračica za šećer, lipide, trigliceride i holesterol.
- Multisektorski tim, prevashodno lekarke koje su obavljale pregled u romskom naselju, uočio je potrebu **za ginekološkim pregledom kod 20 žena**. Isti nije mogao biti obavljen zbog neposedovanja dokumenata. Poverenik je preko NVO Praxis pokrenuo postupak za prikupljanje dokumenata potrebnih da bi osobe postale državljani/ke Republike Srbije.



NIŠ

Multisektorski tim

Niški multisektorski tim čine:

- koordinatorka tima Valentina Aleksandrović, ekonomistkinja, članica gradske Komisije za rodnu ravnopravnost i jednake mogućnosti
- Nevena Simović, lekarka opšte prakse, šefica Preventivnog centra, Dom zdravlja
- Ljubica Mrdaković-Todorović, specijalistkinja ginekologije, šefica ginekološkog odeljenja, Dom zdravlja
- Dragana Ninović, specijalistkinja opšte medicine, načelnica opšte prakse, Dom zdravlja
- Zdravka Gigov, psihološkinja, Prihvatilište za decu i žene žrtve nasilja
- Ljiljana Cvetanović, socijalna radnica, direktorka Centra za socijalni rad
- Ljiljana Milošev, socijalna radnica, Centar za socijalni rad
- Ivana Radivojević, studentkinja, Centar za ljudska prava

U Nišu se multisektorski tim okupio oko Preventivnog centra osnovanog u maju 2006. godine. Centar za preventivne zdravstvene usluge, kao novi organizacijski koncept, planira niz zdravstveno promotivnih akcija i dijagnostičkih intervencija. Cilj rada je rano otkrivanje faktora rizika za bolesti srca i krvnih sudova, šećerne i maligne bolesti (rak dojke, grlića materice i debelog creva) kod zdravog, odraslog, radno aktivnog stanovništva i starijih od 65 godina. Organizaciona struktura Centra za prevenciju uključuje: 1) resurso-edukativnu koordinativnu jedinicu (stručno usavršavanje, usvajanje novog znanja, multisektorska saradnja, škola za odvikavanje od pušenja, grupni zdravstveno vaspitni

rad; 2) preventivno-savetovališnu jedinicu i telefonsko savetovalište (promocija zdravih stilova života, značaj pravilne ishrane, značaj fizičke aktivnosti, prevencija stresa); i 3) mobilnu jedinicu.

Komisija za rodnu ravnopravnost i jednake mogućnosti Skupštine grada Niša je radno telo koje ima zadatak da prati sprovođenje principa rodne ravnopravnosti u lokalnoj zajednici, daje predloge i organizuje aktivnosti koje bi doprinele poboljšanju položaja žena u društvu. Osnivač Komisije je Skupština. U okviru svojih aktivnosti, komisija saraduje sa NVO, u cilju uzajamnog informisanja i pružanja pomoći ženama. Promovisanje svojih aktivnosti realizuje kroz konferencije na lokalnom nivou i kroz saradnju sa medijima.

Centar za socijalni rad je osnovan 1961. godine. Delatnost centra je socijalna zaštita, socijalni rad i porodično-pravna zaštita korisnika, na osnovu promene Zakona o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana, Porodičnog zakona, Zakona o maloletnim počiniocima krivičnih dela i krivično-pravnoj zaštiti građana na teritoriji grada Niša. Centar aktivno učestvuje u reformskim procesima i jačanju profesionalnih kapaciteta potrebnih u procesu unapređivanja sistema socijalne zaštite.

Prihvatilište za žene i decu žrtve nasilja počelo je sa radom 2006. godine. Rad prihvatilišta podržava grad Niš i finansira se iz njegovog budžeta. Od početka rada, pa do oktobra meseca ove godine, pomoć u prihvatilištu je dobilo 176 žena i dece. Starosno doba žena je od 18 do 73, a dece od jednog meseca, pa do 16 godina starosti. Prihvatilište radi 24 časa i pruža sledeće usluge: bezbedan prihvrat i smeštaj, ishranu, sredstva za ličnu, higijenu prostora i garderobe, psihosocijalnu, pravnu i zdravstvenu zaštitu. U okviru prihvatilišta organizovana je individualna i grupna podrška za žrtve nasilja, zastupaju žene na sudu pred drugim institucijama, u cilju ostvarivanja prava po osnovu Krivičnog i Porodičnog zakonika i Zakona o socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti.



Korisnici/ce usluga i njihov zdravstveni status

Aktivnostima multisektorskog tima bilo je obuhvaćeno 70 korisnika/ca, 59 žena i 11 muškaraca. Korisnici/ce su bili/e izbegle i raseljene osobe i lokalno siromašno stanovništvo.

Do ovih korisnika/ca se došlo preko Centra za socijalni rad i Prihvatišta za žene i decu žrtve nasilja, koji su upućivali svoje korisnike/ce u Preventivni centar. Obiđena su i sela niške gradske opštine Crveni krst, kao i kolektivni centar u ulici Kosovke devojke, uz pomoć poverenika.

Preventivnim zdravstvenim pregledima 59 žena, utvrđeno je da ima jedan ili više faktora rizika po zdravlje, i to – sve žene izjavljuju da su pod stresom, 59% žena puši, 25% ima patološki nivo triglicerida, 22% ima poteškoće sa krvnim pritiskom (TA), 17% je gojazno (BMI) i 17% žena ima patološki nivo glikemije.

Ustanovljeno je da je najugroženija starosna grupa žena od 51 do 61 godine života. U toj populaciji uočen je krvni pritisak koji spada u patološki, i to u visokom procentu od 37%. Takođe je uočen i visok postotak patološkog šećera u krvi 37%, na šta neprekidno i ukazuju medicinski radnici/e Doma zdravlja Niš. Druga rizična grupa je starija od 62 godine, kod koje je povećana gojaznost i patološki krvni pritisak u procentu od 40%.

Korisnice su dobile i poziv na zakazan ginekološki pregled. Od njih 59, odazvalo se 42. Kod 10 je primećena promena na grliću materice. Od toga, tri korisnice su imale kondilome, jedna papilom, a kod ostalih šest su otkrivene upalne promene koje su se farmakološki tretirale i pratile.

Prilikom rutinske medicinske kontrole, članice multisektorskog tima uočile su i potrebu korisnika/ca da govore o sebi, o nedaćama sa kojima se suočavaju. Primećeno je da, uz kardiovaskularna i ginekološka oboljenja, koja su najčešća među ispitanim ženama, veći broj ima psihičke tegobe, pa su podvrgnute terapiji, najčešće iz benzodijazepinske i neuroleptičke grupe lekova.

Posebnu grupu korisnica činilo je 15 žena iz Prihvatišta za žene i decu žrtve nasilja. Ove žene su, usled teških problema u porodičnom i bračnom funkcionisanju, potpuno zapostavile svoje zdravstveno stanje. Vrlo su retko odlazile kod lekara, neke samo u slučaju povreda, i lečile su se na svoju ruku. Najčešće su koristile sedativna sredstva i analgetike, koje su ili kupovale ili pozajmljivale.

Sve ove žena gotovo nikad ili retko kontrolišu pritisak i nivo šećera u krvi. Kod dve žene je na osnovu porodične anamneze ustanovljen visok rizik od dijabetesa, te je urađena i kontrola nivoa šećera u krvi za njihovu maloletnu decu. Ispostavilo se da je kod jednog deteta uzrasta 8 godina vrednost šećera visoka. Majka tog deteta je dobila sve potrebne informacije o tome kako i gde može da se obrati za sva dalja ispitivanja u cilju prevencije ili eventualnog lečenja. Lečenje je počelo i odvija se u preventivnom centru Doma zdravlja Niš.

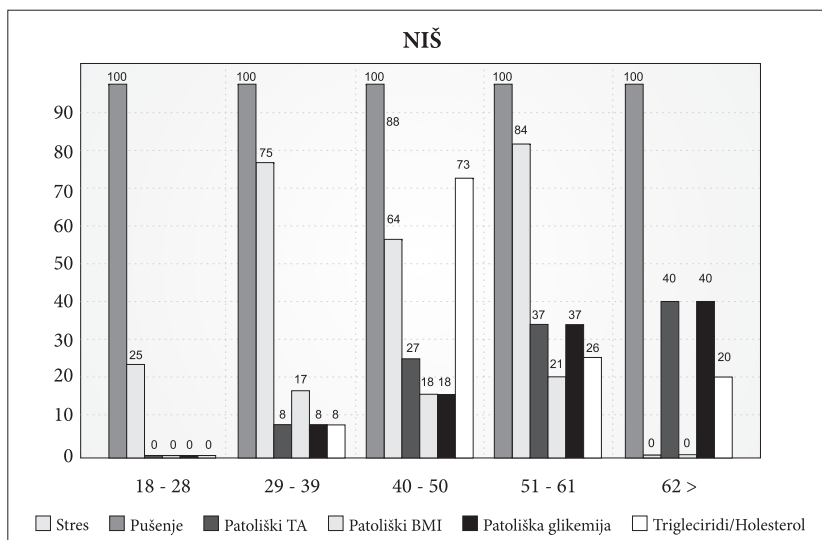
Svih 15 žena je iznelo podatak da poslednjih godina nisu imale ginekološke preglede. Za jednu od njih je, na osnovu podataka koje je iznela, zakazan pregled dojki i laboratorija, a za dve žene ginekološki pregled. Pregledi su u međuvremenu realizovani i pristupilo se lečenju.

Od 15 žena obuhvaćenih pregledom, jedna je trudnica, pa je u razgovoru sa timom dobila korisne savete o režimu ishrane i zaštiti za vreme trudnoće, kao i usluge koje su njoj i detetu dostupne po porođaju.

Zajednički zaključak svih članova tima, a naročito medicinskih radnika/ca, je bio da postojeći zdravstveni programi treba da se unaprede razvojem veština komunikacije i aktivnog slušanja korisnika/ca, kako bi se unapredili preventivni programi u polju mentalnog zdravlja.

TABELARNI I GRAFIČKI PRIKAZ FAKTORA RIZIKA
ZDRAVSTVENOG STANJA KOD ŽENA U NIŠU (izraženo u %)

Redni broj	Uzrast	Broj osoba	Stres	Pušenje	Patološki TA	Patološki BMI	Patološka glikemija	Trigliceridi/holesterol
1	18–28	12	100%	25%	0%	0%	0%	0%
2	29–39	12	100%	75%	8%	17%	8%	8%
3	40–50	11	100%	64%	27%	18%	18%	73%
4	51–61	19	100%	84%	37%	21%	37%	26%
5	62 >	5	100%	0%	40%	40%	0%	20%
UKUPNO		59	100%	59%	22%	17%	17%	25%



Aktivnosti multisektorskog tima

Multisektorski tim se sastajao jednom u 15 dana i dogovarao se koji bi model bio najprihvatljiviji za akciju. Smatrali su da im je potrebno osnaživanje u temama koje su neophodne za uspešnu realizaciju projektnih aktivnosti. U Regionalnom edukativnom centru su organizovali instruktivni seminar. Njime su obuhvaćene četiri teme:

- Prevencija nasilja prema pripadnicama marginalizovanih grupa sa rodno osjetljivim pristupom - prof. dr Nevena Petrušić, Pravni fakultet Niš;
- Rad sa marginalizovanim grupama - pravni aspekt, Uglješa Guševac, pravnik, Srpski demokratski forum;
- Značaj preventivnog centra u promociji zdravlja, dr Nevena Simović, rukovodilac Preventivnog centra Doma zdravlja u Nišu;
- Uloga lokalne samouprave u ostvarivanju primarne zdravstvene zaštite marginalizovanih grupa, dr Ružica Đorđević, načelnica Uprave za dečiju, socijalnu i zdravstvenu zaštitu grada Niša.



Direktne zdravstvene usluge dobilo je 59 korisnica. Uslugama informativnog karaktera bilo je obuhvaćeno 67 korisnika/ca, a uslugama edukativnog karaktera 59 korisnika/ca. Usluge edukativnog karaktera su se odnosile na zdravstveno prosvetavanje ugroženih, tj. obuhvaćene teme bile su zdrava ishrana, zdravi stilovi života, ali i održavanje lične higijene radi sprečavanja kožnih oboljenja (kondilomi, papova virus). Sve korisnice koje su bile obuhvaćene zdravstvenim pregledom prošle su kroz edukativnu uslugu. Usluge informativnog karaktera bile su davanje informacija o samom Preventivnom centru i uslugama koje tamo mogu da se dobiju, o vrsti dokumentacije koja je potrebna za ostvarivanje prava na materijalnu pomoć ili za dobijanje privremenog zaposlenja preko CSR-a, o roditeljstvu i brizi oko deteta sa razvojnim smetnjama, o mogućnostima da se lekovi dobiju besplatni i dr. Veći broj osoba je dobio više od jedne usluge.

Direktne zdravstvene usluge sastojale su se od preventivnih pregleda, koji su obuhvatili merenje krvnog pritiska, nivoa šećera u krvi, određivanje indeksa težine. Veoma značajna dobit ovih usluga jeste i u tome što je ženama koje su bez zdravstvene knjižice (njih četiri) bio omogućen pregled.

Prilikom rutinske medicinske kontrole, članice multisektorskog tima uočile su i potrebu korisnika/ca da govore o sebi, o nedaćama sa kojima se suočavaju, kao i njihovu potrebu za materijalnom podrškom. U rešavanju materijalnih poteškoća, ključnu ulogu je imao Centar za socijalni rad. Tri korisnice su, u saradnji Centra za socijalni rad i Uprave za dečiju, socijalnu i primarnu zdravstvenu zaštitu, privremeno zaposlene, a jedna korisnica je smeštena u starački dom. Centar za socijalni rad se angažovao i u regulisanju zdravstvenog osiguranja i obezbeđivanju zdravstvenih knjižica.

Preventivne preglede pratili su informativni, edukativni i savetodavni razgovori. Multisektorski tim je korisnike/ce informisao o dobijenim rezultatima merenja. Uzeli su potrebne anamnestičke podatke i na osnovu njih ukazali ženama na moguće rizike u odnosu na dobijene rezultate ili, pak, u odnosu na rizike koji mogu prosteći iz nasleđenih predispozicija. Svi/e korisnici/e su dobili/e i informacije o samom centru, o uslugama koje se nude, kao i savete i preporuke o zaštiti reproduktivnog zdravlja, zdravim stilovima života, ishrani i rizicima u odnosu na životno doba u kojem se nalaze, kako bi na vreme preduzeli/e mere prevencije i zaštite za sebe i svoju decu.

Ilustracija rada multisektorskog tima

Žena stara 61 godinu je upućena od strane policijske uprave, kao žrtva porodičnog nasilja, u Prihvatilište za žene i decu žrtve nasilja. Žena je penzionerka (IV stepen stručne spreme), srpske nacionalnosti, udata i živi sa suprugom i dva sina u privatnoj kući.

Članica multisektorskog tima koja je psihološkinja u prihvatilištu pozvala je lekarku Preventivnog centra Doma zdravlja da je pregleda. Lekarka je ustanovila fizičke povrede, problem funkcionisanja štitne žlezde i povišen šećer u krvi. Žena je upućena odmah na ispitivanja funkcionisanja štitne žlezde - zakazan je ultrazvuk štitne žlezde i ispitivne nivoa hormona T3 i T4. U razgovoru sa psihološkinjom u Prihvatilištu za žene i decu žrtve nasilja, žena je upoznata sa mogućnošću korišćenja psihološke pomoći koja joj je neophodna zbog dugogodišnjeg trpljenja nasilja u porodici. Članica multisektorskog tima, socijalna radnica iz Centra za socijalni rad, je pomogla da se pokrene razvod sa korišćenjem prava po osnovi Porodičnog zakona pri CSR.

Naučene lekcije tima

- Multisektorski tim u Nišu je na prvo mesto učenih problema prilikom realizacije projektnih aktivnosti stavio problem **slabe pokretljivosti korisnika** ka Preventivnom centru. Prvi razlog je slaba *informisanost* o mogućnosti pregleda u Preventivnom centru, a drugi se odnosi na *udaljenost* od mesta stanovanja od institucije. Pa čak i kada korisnici dođu i obave pregled, rezultati nikada ne budu uručeni, što ukazuje, kako na problem pokretljivosti korisnika i njihovu lošu materijalnu situaciju, tako i na nepostojanje razvijene svesti o značaju medicinskih pregleda.
- Lekarke iz multisektorskog tima ističu **važnost preventivnog delovanja i prepoznavanja karcinoma materice**, po čemu je Srbija vodeća zemlja u Evropi, sa značajnim učešćem niškog okruga u toj crnoj statistici.
- Tim je takođe organizovao **nabavku neophodne dokumentacije** koju je prosledio Danskom savetu za izbeglice, kako bi pet korisnica dobilo neophodne medikamente.

- Slično kao i multisektorski tim u Kraljevu, multisektorski tim u Nišu uočio je **važnost zakazivanja termina** za opšte medicinske preglede, jer se žene organizuju i odazivaju se unapred zakazanim terminima u mnogo većem broju nego kada same treba da zakažu sopstveni pregled.
- Multisektorski tim ističe **neophodnost edukacije i kampanje** za promovisanje preventivne zaštite žena i među korisnicama ovog projekta. U tom smislu, **liflet** o značaju preventivnih pregleda, koji je nastao kao rezultat rada multisektorskog tima, može poslužiti kao osnova za dalju kampanju o značaju preventivnog zdravlja.
- Članovi tima su prepoznali **važnost učešća lokalne samouprave** koja podržava razvoj primarne zdravstvene zaštite kroz budžetsko izdvajanje sredstava za preventivnu zdravstvenu zaštitu, što je prioritet. Posebno je značajna inicijativa lokalne samouprave da se Preventivni centar izdvoji iz Doma zdravlja, i da mu se obezbedi prostor i bolji uslovi za rad na nivou lokalne zajednice.
- Multisektorski tim je prepoznao važnost **uloge medija** u promociji aktivnosti koje su organizovane i zdravstvene prevencije uopšte, pa su u tom pogledu članice bile veoma aktivne.

POŽAREVAC

Multisektorski tim

Požarevački multisektorski tim čine:

- koordinatorica tima Svetlana Radović, specijalistkinja medicine rada, direktorka Doma zdravlja, rukovodilac Preventivnog centra
- Jasmina Jolić, specijalistkinja ginekologije, Dom zdravlja
- Tatjana Rajić, sociološkinja, Centar za socijalni rad
- Ljiljana Drajić, poverenica za izbeglice, SO Požarevac
- Branka Stojanović, psihološkinja, Srednja ekonomska škola
- Milan Mitić, ekonomista, NVO Alka

Preventivni centar u okviru Doma zdravlja počeo je sa radom 2006. godine. Najznačajnije aktivnosti koje su realizovane u protekloj godini u okviru centra su: davanje podrške majkama da što duže doje svoju decu, obeležavanje nedelje borbe protiv tuberkuloze, prevencija malignih obolenja. Centar teži ka odvijanju aktivnosti na nivou zajednice i da se na taj način približi građanima. Kao preventivni centar, imaju dobru saradnju sa predstavnicima romske zajednice, pa je saradnja i zaštita ljudi koji su romske nacionalnosti bolja nego u gradovima gde ta saradnja izostaje.

Centar za socijalni rad je osnovan 1961. godine, kao ustanova socijalne zaštite od posebnog interesa u obezbeđenju socijalne sigurnosti i socijalnog rada. U sklopu svoje delatnosti pokriva 27 naseljenih mesta (2 gradska i 25 seoskih naselja), 37 mesnih zajednica i 25 mesnih kancelarija. Centar za socijalni rad u prvom redu rešava ostvarivanje

prava utvrđenih Zakonom o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana i porodično-pravne zaštite, pruža usluge socijalne zaštite, vrši isplate novčanih prava utvrđenih Zakonom o socijalnoj zaštiti.

Povereništvo za izbeglice

Povereništvo za izbeglice opštine Požarevac počelo je sa radom 1992. godine. Od tog perioda do danas, ova služba učestvovala je u zbrinjavanju 3.500 izbeglih lica iz bivših republika SFRJ i 2.500 raseljenih lica sa KiM. Podrška ovim licima sastoji se u rešavanju statusnih pitanja, stanovanja, zdravstva, obrazovanja, zapošljavanja.

Srednja ekonomsko-trgovinska škola „Žiža Lazarević“ je počela svoj rad kao posleno-trgovačka škola 1850. godine. 1960. godine škola dobija novi naziv: „Školski centar za ekonomsko obrazovanje kadrova“, da bi 1995. godine dobila naziv koji nosi i danas. Pravo ogledalo kvaliteta rada srednje škole je školski list „Novi Horizonti“, koji izlazi od 1973. godine. Ovaj list prati sve aktivnosti učenika i nastavnika, hvali ih, ali i kritikuje. Škola danas obrazuje sledeće profile: ekonomski, trgovački i ugostiteljski.



Korisnici/ce usluga i njihov zdravstveni status

Aktivnostima multisektorskog tima bilo je obuhvaćeno 257 korisnika/ca: 186 žena i 71 muškarac. Korisnici/ce su bili/e izbegle i raseljene osobe, lokalno siromašno stanovništvo i srednjoškolci/ke.

Do ovih korisnika/ca se došlo odlaskom u nepriznati kolektivni centar Rasadnik i prigradsko naselje Kostolac. Preko Centra za socijalni uspostavljen je kontakt sa siromašnom lokalnom populacijom u privatnom smeštaju. Zahvaljujući učešću predstavnice srednje ekonomske škole u multisektorskom timu, ovim projektom obuhvaćeni su i srednjoškolci.

Preventivnim zdravstvenim pregledima 147 žena utvrđeno je da ima jedan ili više faktora rizika po zdravlje, i to: 82% žena izjavljuju da su pod stresom, 68% žena puši, 45% je gojazno (BMI), 40% ima poteškoće sa krvnim pritiskom (TA) i 8% žena ima patološki nivo glikemije. Ustanovljeno je da je najugroženija grupa korisnica starosnog doba od 51 do 61 godine. Uočen je visok procenat nekoliko faktora rizika: stres 88%, pušenje 78%, patološki krvni pritisak 88%, patološki BMI 78%.

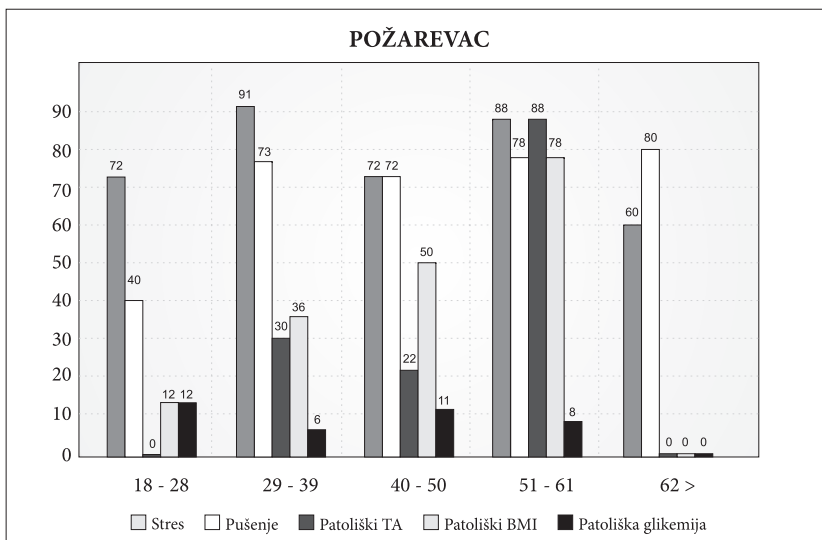
Pored navedene rutinske kontrole zdravlja, ginekološki je pregledano 50 žena, a najveći broj njih je bio starosnog doba od 18 do 29 godina. Kod sedam žena je pronađen patološki sekret, a kod 30 žena je pronađen upalni proces, pa su bile podvrgnute farmakološkoj terapiji.

Od 48 pregledanih muškaraca (romske nacionalnosti), zdravstvenim pregledom utvrđeno je da kod 21 muškarca postoji povišen krvni pritisak, da njih 13 ima problem sa gojaznošću, a 19 ima povišen šećer u krvi.

**TABELARNI I GRAFIČKI PRIKAZ FAKTORA RIZIKA
ZDRAVSTVENOG STANJA KOD ŽENA U POŽAREVCU (izraženo u %)**

Redni broj	Uzrast	Broj osoba	Stres	Pušenje	Patološki TA	Patološki BMI	Patološka glikemija	Trigliceridi/holesterol
1	18–28	25	72%	40%	0%	12%	12%	0
2	29–39	33	91%	73%	30%	36%	6%	0
3	40–50	18	72%	72%	22%	50%	11%	0
4	51–61	40	88%	78%	88%	78%	8%	0
5	62 >	5	60%	80%	0%	0%	0%	0
UKUPNO		121	82%	68%	40%	45%	8%	0

Napomena: Trigliceridi/holesterol nije ispitivan.



Aktivnosti multisektorskog tima

Po završetku edukativnog seminara u Beogradu, članovi multisektorskog tima su počeli da se sastaju u prostoriji Preventivnog centra u Domu zdravlja Požarevac. Na prvim sastancima mapirali su gde se nalaze najranjivije grupe korisnika/ca i razvili usluge primarne zdravstvene zaštite osetljive na rodnu pripadnost i dostupne marginalizovanim grupama. Takođe su definisali vlastite potrebe za osnaživanjem, kako bi uspešno realizovali planirane usluge. Organizovali su seminar koji je obuhvatio dve teme: „Pravni aspekt internog raseljavanja i izbeglištva“, koju je prezentovao Uglješa Guševac, pravnik Srpskog demokratskog foruma, i „Unapređenje veština timskog rada i komunikacije“, koju je prezentovala Zorica Živojinović, kordinatorka programa Grupe 484.

Direktne zdravstvene usluge dobilo je 147 korisnica i 48 korisnika. Uslugama informativnog karaktera bilo je obuhvaćeno 218 korisnika/ca, a uslugama edukativnog karaktera 190.

Direktne zdravstvene usluge podrazumevale su kontrolisanje šećera u krvi i pritiska, i procenjivanje faktori rizika - pušenja i stresa. Dve akcije pružanja ovih usluga bile su organizovane u nepriznatom kolektivnom centru „Rasadnik“ gde se nalaze Romi/kinje, interno raseljena lica sa Kosova i Metohije: jedna u prigradskom naselju Kostolac, a jedna u Preventivnom centru. Ovi pregledi su bili praćeni razgovorima sa predstavnicom Centra za socijalni rad i procenjivanjem socio-ekonomskog statusa korisnika/ca i potrebe za socijalnom zaštitom.

Centar za socijalni rad je pružio jednokratnu materijalnu pomoć ugroženim porodicama. Pomoć je dobilo čak 15 porodica. Dva interno raseljena lica su preko Danskog saveta za izbeglice počela da primaju lekove koji se besplatno dostavljaju na adresu.



Usluge informativnog karaktera su realizovane u privatnom smeštaju kod interno raseljenih porodica. Akcijom su pomenute porodice informisane o mogućnosti i dostupnosti preventivnih zdravstvenih pregleda. U akciji su učestvovalе lekarka Doma zdravlja, sociološkinja Centra za socijalni rad i poverenica. Još jedna akcija informativnog tipa rađena je u kolektivnom centru „Rasadnik“, gde su stanovnici/e dobili/e informacije o tome koje vrste pregleda treba da obave, u odnosu na svoje starosno doba. Usluge informativnog karaktera bile su i deljenje lifleta sa informacijama i kontakt telefonima svih institucija relevantnih za brigu o ugroženima, kao i karta preporučenih preventivnih pregleda u određenom starosnom dobu.

NVO Alka se posebno angažovala oko medijske promocije projektnih aktivnosti.



Edukativnim radionicama je bilo obuhvaćeno 56 adolescenata starosnog doba od 18 godina. Radionice su obuhvatile tri teme: zdravi stilovi života, održavanju osnovnih higijenskih navika kao prevencija infektivnih i kožno-veneričnih oboljenja, pojam rodne ravnopravnosti i značaj emocija u očuvanju zdravlja.

Ilustracija rada multisektorskog tima

Sedimo u dvorištu na ishabanim starim stolicama i razgovaramo sa muškarцем zapuštenog izgleda. Govori dišući otežano i ljubazno nam nudi da se raskomotimo; izvinjava se što nije sve urednije i lepše. On je interno raseljeno lice sa Kosova i Metohije. Godište je '53. Živi sa ženom u maloj trošnoj kućici kao podstanar. Na Kosovu je bio zdrav i radio u fabrici. Na početku rata bio je mobilisan i otišao na ratište. Oboleo je.

„Postao sam nervozan. Ne mogu da zaspim. A kad pokušam da zaspim i malo me san prevari, ja skočim, sve mi se slike vraćaju, tresem se. Jedino mogu da zakunjam na stolici. Razne misli mi se motaju po glavi. Bolestan sam na nervnoj bazi, a od pre dve godine bolujem i od srca. Imam astmu i teško dišem, nisam sposoban ni za kakav rad.“

Za lekove daje šest hiljada dinara mesečno, a sa biroa prima četiri. Kaže: „Zadužim se, pa kupim lekove“.

Udružena akcija članova tima se sastojala u sledećem: Kontaktiran je Danski savet za izbeglice, koji ima medicinski program i vrši distribuciju lekova najugroženijima. Dobijena informacija je prosleđena Centru za socijalni rad, a socijalna radnica je obavestila korisnika šta je potrebno od dokumentacije da bi redovno dobijao lekove besplatno. Poverenica iz opštine je proverila da li je korisnik sve uradio kako treba i da li je prikupljena dokumentacija potpuna. Korisnik je poslao poštom potrebnu dokumentaciju i sada očekuje redovno snabdevanje besplatnim lekovima, koje je pre toga plaćao.

Naučene lekcije tima

- U Požarevcu je takođe ukazano na važnost **saradnje sa „medijatorima“, predstavnicima/ama romske populacije**, koji su omogućili odlazak u romska naselja Rasadnik i Kostolac. Realizacija pregleda žena u ovim naseljima je bila pravi izazov - veći broj male dece za koju treba obezbediti čuvanje, saglasnost muža da bi došle na pregled, udaljenost naselja i sl. Ne bi uspele u tome bez dobre saradnje sa Udruženjem Roma Braničevskog okruga. Smilja Nikolić, žena koja ima veliki ugled u romskoj zajednici u Požarevcu (čiji je muž romski car), bila je spona sa korisnicama. Ona ih je više puta posećivala, kako bi ih motivisala da dođu na ginekološki pregled u Dom zdravlja. Organizovan je prevoz do Doma zdravlja, a Smilja je bila pratilac svake od grupa („Ako i ti ideš, idem i ja.“). Žene koje nisu mogle da organizuju čuvanje dece, povele bi sa sobom decu u Dom zdravlja. Posebno je važno naglasiti **održivost** ove saradnje koja je postojala i u ranijem periodu, ali se ovim projektnim aktivnostima ojačala.
- Multisektorski tim je uočio potrebu za boljom **edukacijom i informisanošću** korisnika/ca o postojanju preventivnog centra i usluga koje tamo mogu dobiti. Zbog toga je multisektorski tim osmislio **liflet** o značaju preventivnih pregleda. Taj liflet je nastao kao rezultat rada multisektorskog tima i može poslužiti kao osnova za dalju kampanju o značaju preventivnog zdravlja.

- Problem koji je uočio multisektorski tim, karakterističan i za druge gradove obuhvaćene projektom, vezan je **za slabu pokretljivost korisnika/ca**, izazvanu siromaštvom ovih ranjivih grupa. Veliki broj korisnika živi u udaljenim naseljima ili kolektivnim centrima, što iziskuje dodatne troškove prevoza.
- Uočena **dobit za korisnice** je sledeća: „Žene iz marginalizovanih grupa sada znaju na koga da se oslone, kome mogu da se obrate; znaju konkretne osobe i imaju njihove telefone“, „Pregledane žene pokazuju veće interesovanje za svoje zdravlje i imaju više pitanja da postave“, „Adolescenti iz socijalno depriviranih i marginalizovanih grupa su stekli uvid i postepeno razvijaju svest o važnosti čuvanja zdravlja, potrebi vođenja računa o kvalitetu življenja. Briga o zdravlju za njih više nije pitanje koje je važno samo odraslima“.
- **Edukativne radionice adolescenata** sprovedene u Srednjoj ekonomskoj školi naišle su na veliko interesovanje učenika/ca, pa su učenici dali predlog psihološkinji škole da se radionice održavaju u kontinuitetu u toku školske godine. Adolescenti/kinje su edukovani/e u oblasti važnosti očuvanja lične higijene, reproduktivnog zdravlja i sopstvene zaštite, osnaživanja i prepoznavanja svog emotivnog razvoja.
- Prepoznat je senzibilitet Centra za socijalni rad (CSR) za potrebe ugroženih. Oni su bili aktivni u pružanju **jednokratne materijalne pomoći ugroženim grupama**. Za razliku od redovne aktivnosti CSR-a, kada korisnici dolaze u centar, ovoga puta socijalna radnica je otišla kod korisnika/ca, čime je 15 novih korisnika/ca ostvarilo ovo zakonsko pravo.
- **Angažovanost poverenice bila je izuzetno velika** tokom čitavog projektnog ciklusa. Ona je, po preporuci koordinatorke ovog projekta, prosledila neophodnu dokumentaciju za dobijanje lekova od Danskog saveta za izbeglice.
- Tim je uočio **neophodnost senzibilizacije šire zajednice** i važnost uključivanja **medija** u taj proces. U tom kontekstu, posebno su istakli problem ranog zasnivanja bračnih zajednica u romskoj populaciji (devojčice stupaju u brak sa 12 godina), i neadekvatne reakcija pravosuđa koje, pozivajući se na „običajno pravo“ Roma, podržava ovu praksu.
- Takođe je ukazano na **važnost rada sa decom iz marginalizovanih grupa**. Potreban je intenzivan preventivni rad sa njima – reagovanje na pojavu najranijih oblika devijantnog ponašanja, kako bi se sprečila pojava „lančane reakcije“ – situacije kada deca, pokušavajući da izađu iz postojećeg problema, upadaju u još veće teškoće i probleme (uleću iz jednog problema u drugi).
- Multisektorski tim je prepoznao potrebu **za većim angažovanjem lokalne samouprave** u domenu primarne zdravstvene zaštite i razvoju preventive, posebno kroz veću finansijsku podršku Preventivnom centru.
- Projekat je omogućio **upoznavanje lokalnog nevladinog sektora sa „kapacitetom države“ i uspostavljanje partnerskog odnosa sa državnim institucijama**. Takođe je ukazano na mogućnost zajedničkog lobiranja u zajednici, kako bi se obezbedila održivost projekta.
- Multisektorski tim je istakao **povećanu efikasnost kroz multisektorski rad**: „Do sada nismo radili u multisektorskom timu, već samo izolovano, unutar svo-

je kuće. Udruženim snagama možemo da rešavamo kompleksnije probleme i da obezbedimo kompletniju pomoć svojim korisnicima (npr. romska devojčica koja nije mogla da ide na operaciju bubrega zbog nedostatka ličnih dokumenata).“

- Tim je ukazao da bi ovakvu **uspešnu saradnju trebalo promovisati**.



STARA PAZOVA

Multisektorski tim

Pazovački multisektorski tim čine:

- koordinatorka tima Zorica Kešelj, socijalna radnica, Centar za socijalni rad
- Slađana Bakić, psihološkinja, Centar za socijalni rad
- Radmila Dražić, specijalistkinja pneumofiziologije, Dom zdravlja
- Milena Veselinović, glavna medicinska sestra, Dom zdravlja
- Katarina Vrska, patronažna sestra, Dom zdravlja
- Branka Pantelić, socijalna radnica, Crveni krst

Dom zdravlja je zdravstvena ustanova primarnog nivoa i zbrinjava stanovnike u devet naseljenih mesta. U svih devet naseljenih mesta organizovana je zdravstvena služba različitog nivoa: zdravstvene stanice i ambulante, apotekarska služba, osim u Krnjaševcima. Shodno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, organizovane su sve službe predviđene za zdravstvene ustanove primarnog nivoa, ali nije organizovana posebna služba za preventivni rad.

Centar za socijalni rad je počeo sa radom 1982. godine. Od 1992. godine stručni rad se realizuje kroz rad trijaže, dve ekipe i četiri stručna tima. U ovoj godini, koja je

jubilarna, značajno je istaći da je Centar za socijalni rad uključen u projekat „Pilotiranje pravilnika o centrima za socijalni rad“, koji realizuje radna grupa Ministarstva rada i socijalne politike, međunarodni stručnjaci i Zavod za socijalnu zaštitu.

Crveni krst je osnovan 1960. godine. Jedan je od važnih učesnika u radu na stvaranju strateškog plana socijalne politike opštine Stara Pazova za period od 2005. do 2011. Delatnost Crvenog krsta se realizuje putem akcija prikupljanja humanitarne pomoći, realizacijom tradicionalnih akcija davalatstva krvi, pružanjem pomoći starim licima, programom obrazovanja romske dece predškolskog uzrasta.

Srednja ekonomska škola „Vuk Karadžić“ je osnovana 1956. godine kao izraz potrebe za kadrovima ekonomske struke u opštini i šire. Osnovna delatnost škole je srednje obrazovanje i vaspitanje, i to po područjima rada: ekonomija, pravo i administracija – četvorogodišnje školovanje; kao i trgovina, ugostiteljstvo i turizam – trogodišnje školovanje. Škola ima 18 odeljenja.

Korisnici/ce usluga i njihov zdravstveni status

Multisektorski tim je svojim uslugama obuhvatio 296 korisnika/ca: 174 žene i 122 muškarca. Korisnici/ce su bili pripadnici/e sledećih marginalizovanih grupa: izbegle i raseljene osobe i lokalno ugroženo stanovništvo romske i srpske nacionalnosti. Edukativnim uslugama obuhvaćeni su i srednjoškolci/ke. Pripadnika/ca romske nacionalnosti bilo je 161, a srpske 126.

Do ovih korisnika/ca se došlo zajedničkom identifikacijom i određivanjem ciljnih grupa. Mesta koja su mapirana su: kolektivni centar Žegrap, romsko naselje Vojka, sve mesne zajednice na teritoriji Stare Pazove i Ekonomsko-trgovinska škola.

Preventivnim zdravstvenim pregledima 37 žena utvrđeno je da ima jedan ili više faktora rizika po zdravlje, i to: 100% žena izjavljuje da su pod stresom, 100% žena puši, 24% ima poteškoće sa krvnim pritiskom (TA), i 5% žena ima patološki nivo glikemije.

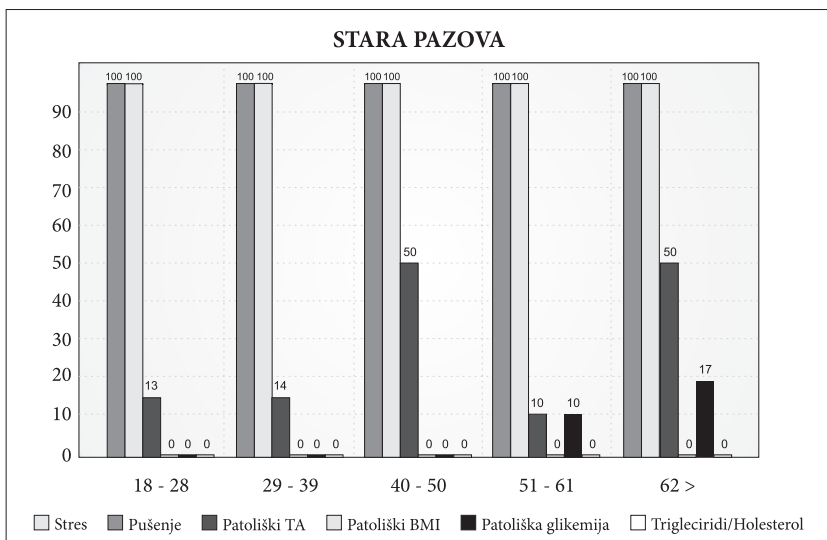
Od 18 pregledanih muškaraca, zdravstvenim pregledom utvrđeno je da kod četiri muškarca postoji patološki krvni pritisak i povećan nivo šećera u krvi.

Dakle, patološki faktori rizika otkriveni su kod 11 žena i 4 muškaraca. Zapažanje zdravstvenih radnica je da u ispitanoj populaciji ima više faktora rizika nego novootkrivenih slučajeva sa patologijom. Uočeno je da polovina korisnika/ca uzima prepisanu terapiju. Razlog tome je uočljivo materijalno oskudevanje, pa participacija za neophodne lekove biva prevelika za većinu. Tako ne uzimaju redovno terapiju, da bi sačuvali novac za nešto drugo.

TABELARNI I GRAFIČKI PRIKAZ FAKTORA RIZIKA
ZDRAVSTVENOG STANJA KOD ŽENA U STAROJ PAZOVI (izraženo u %)

Redni broj	Uzrast	Broj osoba	Stres	Pušenje	Patološki TA	Patološki BMI	Patološka glikemija	Trigliceridi/holesterol
1	18–28	8	100%	100%	13%	0	0%	0
2	29–39	7	100%	100%	14%	0	0%	0
3	40–50	6	100%	100%	50%	0	0%	0
4	51–61	10	100%	100%	10%	0	10%	0
5	62 >	6	100%	100%	50%	0	17%	0
	UKUPNO	37	100%	100%	24%	0	5%	0

Napomena: BMI i trigliceridi/holesterol nisu ispitivani.



Aktivnosti multisektorskog tima

Po završenoj edukaciji u Beogradu, multisektorski tim je nastavio da se sastaje dva puta mesečno u sali Centra za socijalni rad. Identifikovali su ciljne grupe i razvili usluge primarne zdravstvene zaštite. Osnažili su svoj tim organizujući seminar sa temama koje treba da budu sastavni deo planiranih usluga. Seminar je obuhvatio sledeće teme: „Bolest prljavih ruku“, dr Milena Aščerić, specijalistkinja pedijatrije Doma zdravlja; „Infektivne bolesti i prevencija“, dr Duško Kolić, epidemiolog Doma zdravlja; „Zoonoze“, Milan Sokolović, veterinar u veterinarskoj stanici; „Multisektorski pristup u rešavanju problema zdravstvene zaštite“, Vesna Trbović, diplomirana socijalna radnica Centra za socijalni rad.

Multisektorski tim je uslugama preventivnog pregleda obuhvatio 55 korisnika/ca, uslugama informativnog karaktera 279 korisnika/ca i uslugama edukativnog karaktera 143 osobe.

Preventivnim pregledima kontrolisan je šećer u krvi i pritisak, i procenjivani su faktori rizika - pušenje i stres. Pregledi su u glavnom realizovani u okviru poseta kolektivnim centrima Žegrap i Vojki, kao i terenskim posetama porodica, na osnovu evidencije Centra za socijalni rad i poziva Mesne zajednice. Ovi pregledi su bili praćeni i edukativnim sadržajem - značaj higijene i načini zaštite u jako lošim higijenskim uslovima, radi sprečavanja crevnih bolesti i bolesti prljavih ruku.



Na osnovu prijava udruženja penzionera, mesnih zajednica i savesnih građana da u našem okruženju postoje osobe kojima je neophodna pomoć - zdravstvena, materijalna ili neka druga usluga iz oblasti socijalne zaštite, došlo je do brzih intervencija i povezivanja lokalnih institucija u cilju pružanja pomoći i zaštite ugroženih korisnika/ca. Nakon prijava, u terensku posetu su išli lekarka Doma zdravlja i socijalna radnica Centra za socijalni rad. Nakon procene i utvrđivanja primarnih potreba, napravljeni su planovi zaštite. Najveći broj korisnika/ca su uključeni u projekat Centra za socijalni rad „Starima s ljubavlju“, preko kojeg je obezbeđena pomoć i nega u kući, tj. obezbeđeni su redovni obilasci negovateljice, gerontodomačice i volontera (vojnika koji služe vojni rok). Na osnovu procenjenih potreba i po nalogu rukovodioca Tima za pomoć i negu u kući, one korisnicima obezbeđuju usluge u okviru svojih nadležnosti (održavanje higijene stana, nega bolesnika, održavanje lične higijene, nabavka lekova, vožnja do Doma zdravlja na neophodne preglede itd). Nekim korisnicima je bilo neophodno da se hitno transportuju do bolnice, što je brzom intervencijom Doma zdravlja i učinjeno.

Ovaj vid pružanja usluga preko projekta finansira opština Stara Pazova.

Osim navedenih usluga, korisnici su dobijali i neophodne usluge informativnog karaktera o smeštaju u dom za stara lica, kao i informacije o tuđoj nezi i pomoći i jednokratnoj pomoći. Usluge informativnog karaktera su uključivale i informaciju kome iz tima se mogu javiti radi kontrole zdravlja u DZ-u ili, pak, za pripremu neophodne dokumentacije radi ostvarivanja prava uz pomoć Centra za socijalni rad.

Edukativne usluge su podrazumevale predavanje za žene organizovano u Centru za socijalni rad i radionice u Ekonomsko-trgovinskoj školi za starije adolescente/kinje. Edukativno predavanje za žene organizovano u Centru za socijalni rad odnosilo se na simptome i značaj menopauze i preventivno delovanje. Radionice su obuhvatale teme koje su se odnosile na bolesti zavisnosti, tj. zloupotrebu psihoaktivnih supstanci.

Ilustracija rada multisektorskog tima: kućne posete

Na poziv Mesne zajednice, članice multisektorskog tima – lekarka i socijalna radnica ulaze u stan gde živi starica od 84 godine sa bolesnom ćerkom. Ćerci su amputirane obe noge, a boluje od karcinoma dojke, koji je zahvatio ceo organ. Žena se nije obraćala lekaru zbog problema. „Bilo me je strah, dosta mi je doktora i svih...“ Soba u koju je multisektorski tim ušao bila je puna razbacanih i prljavih stvari, posuđa, mrva. Žena koju su zatekli već je umirala od bolesti. Ekipa multisektorskog tima je preko Centra za socijalni rad organizovala dolazak gerantodomačice, a iz Doma zdravlja poslata je patronažna služba koja ju je redovno obilazila. Ova žena, nažalost, više nije sa nama, preminula je pre dva meseca.

Naučene lekcije tima

- Multisektorski tim, a posebno članice iz Doma zdravlja i Centra za socijalni rad, naglasio je veliki problem **nepostojanja Preventivnog centra** na teritoriji ove opštine. Članovi/ce tima smatraju da nepostojanje ove institucije, odnosno prostora, organizovane službe zdravstvenih radnika/ca koji se bave prevencijom na način na koji se to čini na teritoriji drugih opština, dovodi do smanjene prevencije bolesti i dodatnog opterećenja sistema tercijalne zaštite, odnosno opterećenja sistema bolničkog lečenja. U prilog tome govori i činjenica da na teritoriji ove opštine vlada „prava epidemija karcinoma grlića materice“.
- Članovi/ce tima su istakli i potrebu **održivosti** ovakvih aktivnosti u cilju prevencije i podizanja svesti građana, a naročito ugroženih grupa. „U redu je dok traje projekat. Kada se on završi, biće kao da smo zatvorili tu knjigu i odložili je na policu. Za kontinuirane akcije su potrebna sredstva.“ Romski predstavnik je ukazao „da smo sa ovim projektom samo došli do baze podataka koji problemi postoje; neophodan je nastavak u kome bi se pružila konkretna pomoć većem broju korisnika“.
- **Predavanje o klimaksu** je bilo dobro prihvaćeno. Trebalo bi ga ponoviti za nove ciljane grupe. Važne teme su i prevencija karcinoma dojke, naročito pošto je Dom zdravlja u Staroj Pazovi dobio mamograf, pa će u skorije vreme biti u mogućnosti da obavlja specijalističke preglede. Prevencija raka grlića materice je takođe jedna od veoma značajnih tema za prevenciju zdravlja žena, pa su članovi/ce tima posebno istakli važnost *sprovedene edukacije* korisnica o problemima ginekološkog aspekta zdravlja.

- Uočeno je da je dobro da **predavanja** o zdravstveno relevantnim temama **odmah prate i specijalistički pregledi** u Domu zdravlja.
- Prema mišljenju multisektorskog tima, trebalo bi što pre organizovati akcije **informisanja** građana, a posebno ugroženih grupa, o značaju prevencije bolesti i „razbiti“ strah od „belog mantila“. U tom smislu, **liflet** o značaju preventivnih pregleda, koji je nastao kao rezultat rada multisektorskog tima, može poslužiti kao osnova za dalju kampanju o značaju preventivnog zdravlja.
- Ovaj tim je takođe ukazao na važnost **medijske praćenosti aktivnosti**. Smatraju da bi njihov aktivniji angažman značajno doprineo zdravstvenoj prevenciji.
- I ovaj tim je ukazao na značaj **podrške institucija iz kojih dolaze**, kao i na značaj podrške **lokalne samoprave**.
- Multisektorski tim je uočio važnost **saradnje sa lokalnom zajednicom**, jer je dobijao informacije o ugroženim članovima u privatnom smeštaju od predstavnika/ca mesnih zajednica, a u projektne aktivnosti su se, kao i u Kruševcu, samoinicijativno uključili i zainteresovani građani, koji su obavestavali članice Centra za socijalni rad o pojedinim ugroženim porodicama. U vezi sa tim, multisektorski tim je posebno istakao značaj nevladinih organizacija u mobilisanju građana lokalne zajednice na ovom veoma važnom poslu.
- Važnu podršku multisektorski tim je dobio i od **vojnika koji služi civilni vojni rok** i koji je prikupljao podatke o korisnicima/ama. Formirana je **dobra baza podataka** koja se redovno koristi.
- Tim je prepoznao važnost **saradnje sa „medijatorima“, predstavnicima romske populacije**, koji su omogućili brži i efikasniji kontakt sa ovom ugroženom grupom stanovnika opštine.
- Takođe je prepoznata važnost **razmene informacija na redovnim sastancima multisektorskog tima**, koji su *nastavljeni* da se održavaju u kontinuitetu jednom u 15 dana.
- Multisektorski tim ima **potrebu za potrošnim radnim materijalom** koji se koristi u svrhe preventivne zaštite - tračice za šećer, lipide, trigliceride, holesterol.
- Ovaj tim je ukazao na izuzetan značaj postojanja **Strateškog plana socijalne politike** u Staroj Pazovi, koji je osnova i okvir za ovakvu timsku saradnju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U ovom planu analiziran je problem nedostupnosti zdravstvene zaštite za posebno osetljive grupe građana i date su smernice i mere za njegovo prevazilaženje.
- Multisektorski rad i saradnja su omogućili **bolje međusobno upoznavanje i bolje međusobno razumevanje**, jer su članovi bili angažovani na istom zadatku. Istaknuta je važnost povezivanja srodnih sistema zaštite koji se međusobno podržavaju.

VII EVALUACIJA

Eksterna evaluacija

Teška ekonomska situacija u Srbiji dovela je do smanjenja budžetskih sredstava za zdravstvenu zaštitu i povećanog učešća pacijenata u troškovima lečenja, što posebno otežava pristup zdravstvenoj zaštiti siromašnom delu stanovništva.

Ovakva situacija naročito pogađa izbegličku i raseljeničku populaciju, koja prema zakonskim odredbama treba da ima nesmetan pristup zdravstvenoj zaštiti, ali se u praksi suočava sa čitavim nizom prepreka, kao što su: nedostatak dokumenata, neinformisanost o zakonskom okviru i dostupnim zdravstvenim uslugama, neadekvatan tretman zdravstvenog osoblja, udaljenost od zdravstvenih ustanova, male finansijske mogućnosti i sl. Među izbeglom i raseljenom populacijom žene su više ugrožene od muškaraca, jer su u većem broju nezaposlene i u većoj meri preokupirane brigom o članovima porodice i borbom za obezbeđivanje minimalnih uslova za egzistenciju, što im ostavlja malo prostora za brigu o sopstvenom zdravlju. Dostupne zdravstvene usluge su takođe često neosetljive na rodne razlike, što žene još više udaljava od zdravstvene prevencije.

Sa druge strane, domaća zdravstvena javnost pridaje sve više pažnje pitanju zdravstvene prevencije i počinje da razvija primarnu zdravstvenu zaštitu, znatno mobilniju i sveobuhvatniju nego što je bila do sada. U Strategiji za smanjenje siromaštva u Srbiji predviđen je razvoj i sprovođenje nacionalnih programa usmerenih na posebno ugrožene grupe (programi za zdravstvenu zaštitu žena, dece, Roma, izbeglih i raseljenih lica, ruralnog stanovništva itd.), kako bi se umanjila nejednakost u dostupnosti zdravstvene zaštite.

Projekat Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa nastao je na osnovu iskustva Grupe 484 u radu sa izbegličkom i raseljeničkom populacijom i usmeren je na unapređenje preventivnih zdravstvenih usluga, kako bi se podržao proces reformi Ministarstva zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Srbiji.

Cilj projekta je da doprinese razvoju osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za problematiku roda i marginalizovanih grupa kroz:

1. Unapređenje znanja zdravstvenih radnika/ca iz primarnog sistema zdravstvene zaštite o obeležjima i potrebama najranjivijih grupa građana,
2. Povezivanje sistema primarne zdravstvene zaštite sa relevantnim partnerima u lokalnoj zajednici – centrima za socijalni rad, nevladinim organizacijama, opštinama, povereništvima za izbeglice, školama i sl.,
3. Osposobljavanje sistema primarne zdravstvene zaštite da u saradnji sa relevantnim partnerima u lokalnoj zajednici (multisektorski timovi) osmisli rodno osetljive programe i usluge koji su istovremeno dostupni ranjivim grupama i koji ranjive grupe osnažuju da adekvatnije brinu o svom zdravlju i koriste usluge primarnog sistema zdravstvene zaštite.

Ovim projektom Grupa 484 je imala nameru da poveže dve strane primarne zdravstvene zaštite – uslužnu i korisničku, putem uzajamnog upoznavanja potreba i načina funkcionisanja, te povećanjem međusobnog razumevanja i prilagođavanja jednih drugima.

Devetomesečnu realizaciju projekta Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa finansijski je podržala Kanadska vlada preko Kanadske agencije za međunarodni razvoj.

U projektu je učestvovalo pet gradova u Srbiji: Stara Pazova, Požarevac, Kruševac, Kraljevo i Niš.

Zamišljeno je da se projekat realizuje kroz sledeće aktivnosti: 1) formiranje 5 multisektorskih timova primarne zdravstvene zaštite u pet gradova; 2) bazična obuka multisektorskih timova iz tri ključne oblasti – primarna zdravstvena zaštita, pitanje roda i marginalizovano stanovništvo; 3) koncipiranje i implementacija programa i usluga primarne zdravstvene zaštite od strane multisektorskih timova koji su osetljivi na rodne specifičnosti i dostupni marginalizovanom stanovništvu; 4) izrada publikacije o primerima dobre prakse primarne zdravstvene zaštite sa ranjivim i marginalizovanim grupama, 5) okrugli sto posvećen razmeni primera dobre prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ranjivih grupa, 6) identifikovanje naučenih lekcija kroz eksternu evaluaciju projekta.

Projektom je obuhvaćeno 1123 korisnika/ca: od toga 275 interno raseljenih lica (123 žene i 63 muškarca), 123 izbegla lica (70 žena i 53 muškarca) i 725 domicilnih lica (426 žena i 207 muškaraca).

Korisnicima/ama je bilo dostupno 942 preventivna zdravstvena pregleda (kao što su kontrola krvnog pritiska, merenje sadržaja masnoće i šećera u krvi, antropometrijska merenja (TT, TV, OS, BMI), ginekološki i onkološki pregledi), 876 usluga informativnog tipa (informacije o mogućnostima dobijanja usluga u Preventivnim centrima, uslovima za dobijanje jednokratne materijalne pomoći, mogućnostima i uslovima za besplatno dobijanje potrebnih lekova i sl.) i 521 usluga edukativnog tipa (saveti o ishrani, održavanju lične higijene, zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, menopauzi, značaju reproduktivnog zdravlja i sl.).

Ukupan broj usluga koje su realizovane sa korisnicima je bio 2339, što znači da su korisnici/ce bili obuhvaćeni sa najmanje dve usluge različitog tipa.

Pri realizaciji projektnih aktivnosti, multisektorski timovi su koristili dvojaku metodologiju: individualne kućne posete (kolektivni centri, privatni smeštaj) i grupni rad (kolektivni centri i/ili ugovoreni dolasci korisnika/ca u lokalne institucije: povereništvo, CSR, preventivni centri, škole). Obe metodologije podrazumevaju aktivan pristup korisnicima.

Cilj evaluacije

Osnovni cilj eksterne evaluacije je bio identifikovanje uvida, saznanja i iskustava (tzv. naučene lekcije) do kojih se došlo tokom realizacije projekta Razvoj osetljivosti sistema primarne zdravstvene zaštite za pitanje roda i marginalizovanih grupa. Naučene lekcije identifikovane su iz dve komplementarne perspektive – perspektive multisektorskih timova za zdravstvenu prevenciju i perspektive korisnica i korisnika zdravstvenih usluga. Tokom evaluacije registrovane su i poteškoće sa kojima su se multisektorski timovi susretali u različitim fazama implementacije projekta, kako bi se bolje razumeo kontekst u kome su naučene lekcije nastale. Na osnovu identifikovanih poteškoća i naučenih lekcija, formulisane su preporuke za poboljšanje i nastavak projekta.

Korišćena metodologija i učesnici

Za prikupljanje podataka korišćena je metoda fokus grupa – kvalitativni tip ispitivanja koji se sastoji od grupne diskusije na zadatu temu sa malim brojem učesnika. Za razliku od drugih formi grupnog intervjuisanja gde ispitivač postavlja pitanje, a učesnici pojedinačno odgovaraju na njih, na fokus grupi učesnici diskutuju i razmenjuju vlastita iskustva, razmišljanja, saznanja i uvide, tako da se do podataka i zaključaka o temi koja se ispituje dolazi kroz međusobnu interakciju učesnika. Osim toga, sama diskusija se organizuje na takav način da se ne utiče na njen ishod, pri čemu se vodi računa da se razmotre svi relevantni aspekti teme koja je predmet diskusije i da stavovi učesnika fokus grupe budu što jasniji. Kao oslonac za vođenje diskusije, koristi se unapred pripremljena lista pitanja koju treba obraditi tokom diskusije (tzv. vodič za diskusiju).

Sa članovima multisektorskih timova zdravstvene prevencije i njihovim saradnicima realizovano je pet fokus grupa (Stara Pazova, Požarevac, Kruševac, Kraljevo i Niš) u periodu od 15.10.2007. do 8.11.2007. godine. U prvom delu fokus grupe, sa članovima timova za zdravstvenu prevenciju je diskutovano o pojedinačnim aspektima projekta: izboru članova tima za zdravstvenu prevenciju, osnovnoj obuci i instruktivnim seminarima, osmišljavanju programa i usluga za zdravstvenu prevenciju koje uključuju rodno osetljivost i dostupne su ranjivim grupama, implementaciji programa i usluga zdravstvene prevencije koje su rodno osetljive i dostupne marginalizovanim grupama, multisektorskoj saradnji u oblasti zdravstvene prevencije, kao i o naučenim lekcijama i primerima dobre prakse. Ukoliko je vreme planirano za izvođenje to dozvoljavalo, u drugom delu fokus grupe učesnici/ce su analizirali svoje učešće u timu za zdravstvenu prevenciju kroz četiri dimenzije: unutrašnje snage, unutrašnje slabosti, spoljašnja podrška i spoljašnja ograničenja.

U istom vremenskom periodu realizovane su i tri fokus grupe sa korisnicima/ama usluga zdravstvene prevencije (Kruševac, Kraljevo i Niš). Pored fokus grupa, sa korisnicima/ama usluga su vođeni i individualni strukturirani intervjui tokom posete dva neregistrovana kolektivna centra (Stara Pazova i Požarevac). Tematske celine koje su pokrivene diskusijom na fokus grupama i individualnim intervjuima su: dostupnost primarne zdravstvene zaštite, tretman zdravstvenih radnika, očekivanja u odnosu na lekara, usluge preventivne zaštite koje su im bile na raspolaganju zahvaljujući ovom projektu, odnos prema zdravlju, briga o zdravlju, informisanost o preventivnim centrima i uslugama koji oni nude.

Individualni intervjui realizovani su i sa 5 predstavnica stejkholdera. Teme o kojima je razgovarano su: mogući pristupi za unapređenje rodne osetljivosti i dostupnosti sistema primarne zdravstvene zaštite, institucionalna rešenja za najvažnije probleme korisnika/ca, načini osiguranja održivost projekta, predlozi za poboljšanje i nastavak projekta.

Ukupno je razgovarano sa 134 osobe: 65 članova/ica multisektorskih timova i saradnika, 63 korisnika/ce i 5 stejkholderki. U evaluaciji je učestvovalo 105 žena (78.4 %) i 29 muškaraca (21.6%). Regionalna i polna struktura učesnika evaluacije prikazana je u tabeli br. 1.

Tabela br. 1 : Regionalna i polna struktura učesnika/ca evaluacije

Metod ispitivanja	Regionalna i polna struktura uzorka			
	mesto	žene	muškarci	ukupno
Fokus grupe sa članovima, multisektorskim timovima i saradnicima	Stara Pazova	9	3	12
	Požarevac	14	4	18
	Kruševac	10	7	17
	Kraljevo	6	1	7
	Niš	9	2	11
		48	17	65
Fokus grupe sa korisnicima projekta	Kruševac	10	2	12
	Kraljevo	13	2	15
	Niš	14	/	11
		37	4	41
Individualni intervju sa predstavnicima kolektivnog centra/naselja	Stara Pazova	12	1	13
	Požarevac	3	6	9
		15	7	22
Intervju sa stekholderima	Kraljevo	1		
	Niš	1		
	Beograd	2	1	
	Stara Pazova	1		
		5	1	6
Ukupno		105	29	134

Rezultati evaluacije

A) Poteškoće u realizaciji projekta

Na osnovu fokus grupa sa članovima/icama multisektorskih timova za zdravstvenu prevenciju utvrđene su sledeće poteškoće u realizaciji projekta:

1. Identifikovanje i izbor korisnika/ca: U gradovima u kojima je realizovan projekat postoji mnogo veći broj potencijalnih korisnika u odnosu broj korisnika koji je obuhvaćen projektom. Zbog toga je u pojedinim slučajevima multisektorskim timovima bilo teško da odaberu ciljne grupe, tj. donesu odluku o tome kojim marginalizovanim grupama je pomoć najpotrebnija. Mobilnost romskog stanovništva je predstavljala dodatni problem u identifikovanju korisnika (multisektorski tim Kruševac), kao i zahvat korisnika/ca u zabačenim seoskim sredinama (multisektorski tim Niš). Pored izbeglih i raseljenih, multisektorski timovi su se najčešće opredeljivali da projektom obuhvate predstavnike sledećih marginalizovanih grupa: domicilni Romi, stara lica i adolescenti. Samo jedan multisektorski tim je za svoju ciljnu grupu odabrao žene i decu žrtve nasilja.
 2. Veliki broj problema i urgentnih potreba marginalizovanih grupa: Prilikom realizacije projekta, multisektorski timovi su se suočili sa činjenicom da je veliki broj bazičnih potreba marginalizovanih grupa nezadovoljen. Najčešće poteškoće sa kojima se marginalizovane grupe susreću su: neadekvatan životni prostor, loši i ne higijenski stambeni uslovi, bez odgovarajuće infrastrukture¹⁷, neadekvatna ishrana, neposredovanje ličnih dokumenata, nezaposlenost, nedostatak obrazovanja, nedostatak novčanih sredstava za kupovinu lekova i plaćanje raznih zdravstvenih analiza, diskriminacija i dr. Među izbeglom i raseljenom populacijom žene su više ugrožene od muškaraca (u većem broju su nezaposlene), a naročito su ugrožene romkinje i samohrane majke. Posebno ugrožena kategorija samohranih majki su žene čiji su muževi kidnapovani ili se vode kao nestali. Njihov pravni i socijalni status nije zakonski regulisan, tj. one ne mogu da ostvare nikakva prava, jer kod nas ne postoji zakon za kidnapovana i nestala civilna lica (takva situacija nije predviđena u srpskom zakonodavstvu).
- Na većinu ovih problema nije bilo moguće delovati u okviru ovog projekta, iako oni predstavljaju značajne izvore stresa i, kao takvi, utiču na zdravstveno stanje marginalizovanih osoba.
3. Neposredovanje ličnih dokumenata: Ovaj problem je specifičan za Romsku populaciju kod koje je u prošlosti bilo uobičajeno da se većina porođaja odvija izvan bolnica i da se novorođena deca nikada ne upisuju u matične knjige. Problem sa kojim se Romi danas suočavaju (i kada se porođaj obavljaju u bolničkim uslovima) je što u matične knjige ne može biti upisano dete neregistrovanih roditelja. Zbog toga u romskoj populaciji postoji veliki broj tzv. nevidljivih građana - neregistrovanih osoba bez lične dokumentacije, koji nisu u mogućnosti da ostvare odgovarajuća socijalna i zdravstvena prava iako

¹⁷ Naročito osobe koje su smeštene u nepriznatim kolektivnim centrima.

im ona po zakonu pripadaju („Osobe koje nemaju ličnu dokumentaciju kao i da ne postoje.“, multisektorski tim Kruševac).

4. Zdravstvena dokumentacija (dobijanje, obnavljanje i overavanje zdravstvenih knjižica) i zakonska regulativa: Romi sa Kosova u većini slučajeva nisu ni prijavljeni kao raseljena lica, tako da nemaju izbegličku legitimaciju, pa samim tim ni mogućnost da koriste primarnu zdravstvenu zaštitu. Ovaj problem se, kao i prethodno spomenuti, prenosi na novorođenu decu, jer se novorođena deca ne mogu prijaviti, tj. upisati u matične knjige bez odgovarajuće dokumentacije roditelja. Poseban vid problema su neoverene zdravstvene knjižice u seoskim domaćinstvima, usled neredovnog izmirivanja poreskih obaveza, naročito zato što se ovom marginalizovanom grupom retko ko bavi. Sa druge strane, obavezne zakonske norme u pogledu zdravstvene dokumentacije nalažu da zdravstveni radnici bez odgovarajuće i overene zdravstvene dokumentacije ne smeju da izvrše zdravstvene preglede.

Problem marginalizovanih osoba koje ne poseduju odgovarajuću zdravstvenu dokumentaciju onemogućio je realizaciju pojedinih projektnih aktivnosti u svim gradovima. Na primer, u Domu zdravlja Kruševac nije bilo moguće obaviti 20 planiranih ginekoloških pregleda žena iz romskog naselja zbog toga što one nemaju potrebnu zdravstvenu dokumentaciju. Sa druge strane, u kolektivnim centrima su obavljani preventivni zdravstveni pregledi i sa korisnicima koje nemaju dokumentaciju. U rešavanju ovog problema, multisektorskim timovima je potrebna stručna pomoć pravnika: „Mi znamo da rešavamo zdravstvene probleme, ali smo pred pravnim problemima nemoćni“ (multisektorski tim Kruševac). Ovaj problem pokreće izvesna etička pitanja: „Lako je edukovati one koji imaju redovnu zdravstvenu zaštitu o važnosti prevencije bolesti. Šta uraditi sa onima kojima je primarna zdravstvenu zaštita uskraćena? Njima je pomoć najpotrebnija. Ako ih i mi odbijemo, oni nemaju kome da se obrate“ (multisektorski tim Niš). Zato tretiranje ovog problema ne sme da bude stvar dobre volje pojedinaca, već njemu treba pristupiti sistematski, pogotovu što „ad hoc rešenja mogu da otvore prostor za razne vidove manipulacije i zloupotrebe“ (multisektorski tim Niš).

5. Dinamika projektnih aktivnosti: Teškoću u izvođenju projektnih aktivnosti stvarala je i planirana dinamika realizacije projektnih aktivnosti, i to na dva načina. Većina projektnih aktivnosti je organizovana tokom letnjeg perioda, kada su bile velike vrućine, a to je otežavalo rad. Leto je takođe i vreme godišnjih odmora, tako da je teže bilo okupiti ekipu i realizovati aktivnosti.
6. Slabiji odziv pojedinih marginalizovanih grupa: Bilo je primera da je mali broj izbeglih i raseljenih lica došao na zdravstvene preglede u Preventivni centar. Da bi se ovaj problem predupredio, potrebno je „poboljšati saradnju sa poverenikom za izbeglice i pronaći druge vidove motivisanja korisnika/ca za zdravstvene preglede“ (direktorka DZ-a Kraljevo).
7. Otpor članova porodica: Žene iz marginalizovanih grupa, naročito Romkinje, žive u proširenim i velikim porodicama. Imaju veći broj male dece za koju je potrebno obezbediti čuvanje u njihovom odsustvu. Da bi došle na pregled u dom zdravlja, moraju da imaju podršku i saglasnost muževa, a „pojedini

muževi nisu bili spremni da izađu u susret svojim ženama bez dodatnog ubeđivanja od strane predstavnice romskog udruženja“ (multisektorski tim Požarevac).

8. Promena vlasti na lokalnom nivou: Za vreme realizacije projekta, u Staroj Pazovi je došlo do smene u opštinskim strukturama, što je zahtevalo ponovno uspostavljanje kontakta sa nadležnim osobama i prezentovanje projekta.
9. Nedovoljna medijska praćenost projektnih aktivnosti: Mediji nisu pokazali veliku zainteresovanost za praćenje i izveštavanje o projektnim aktivnostima: „Mediji su bili pasivni i nisu pokazali nikakvu inicijativu“ (multisektorski tim Stara Pazova). U većini slučajeva, mediji su objavljivali samo informacije koje im je tim za zdravstvenu prevenciju slao.

B) Naučene lekcije

Na osnovu fokus grupa sa članovima i članicama multisektorskih timova za zdravstvenu prevenciju, fokus grupa i individualnih intervju sa korisnicima/ama usluga zdravstvene prevencije, identifikovani su sledeći uvidi, saznanja i relevantna iskustva:

O obuci

Osnovni seminar: Na početku realizacije projekta svi članovi multisektorskih timova za zdravstvenu prevenciju su prisustvovali dvodnevnom seminaru U susret reformi zdravstvenog sistema: Primarna zdravstvena zaštita dostupna marginalizovanim grupama i rodno osetljiva, koji je bio posvećen sledećim temama: primarna zdravstvena zaštita, rod i marginalizovane grupe. Članovi multisektorskih timova su ovaj seminar ocenili kao izuzetno koristan i važan, jer im je omogućio da se upoznaju sa sadržinom i načinom realizacije projekta, sa timovima iz drugih gradova, kao i da se upoznaju unutar timova: „Pojedini članovi multisektorskih timova su se po prvi put sreli i upoznali na ovom seminaru“ (multisektorski tim Požarevac).

Veoma su korisni bili praktični saveti o tome kako teku faze u realizaciji projekta, šta je sve potrebno da bi se napravio akcioni plan (multisektorski tim Kruševac) i razmena mišljenja sa drugim timovima: „Kako oni vide moguće poteškoće u realizaciji projekta jer se sa istim problemima i mi možemo sresti, a da ih trenutno nismo svesni“ (multisektorski tim Požarevac). Za sve timove su najkorisniji bili prikazi i analize slučajeva i primera iz prakse.

Posle seminara je došlo do promene u razmišljanju o problematici roda i marginalizovanih grupa. Seminar je pružio novo svetlo, novi pogled na pitanje rodne ravnopravnosti: „Postale smo osetljivije za problematiku roda. Sada nam neke izjave zaparaju uši kada ih čujemo, dok ranije na njih uopšte nismo obraćale pažnju. Pre seminara su svi korisnici usluga su bili samo korisnici - nismo u njima videli žene i muškarce sa specifičnim rodnim potrebama“ (multisektorski tim Stara Pazova).

Prema mišljenju članova i članica multisektorskih timova, seminar je bio odlična priprema za projekat: „Pokrenut je optimizam i pozitivna energija. Bile smo pozitivno informisane snagom drugih ljudi koji su prikazivali svoja iskustva“ (multisektorski tim Stara

Pazova), „Na najpozitivniji način je podstaknuta i takmičarska atmosfera između timova“ (multisektorski tim Niš).

Instruktivni seminari: Pored uvodnog dvodnevnog seminarara, svaki tim zdravstvene prevencije je u okviru projekta i dodatno podržan kroz još jedan instruktivni seminar na teme koje su timovi sami odabrali. Članovi i članice multisektorskih timova smatraju da im je ova dodatna obuka pomogla da kvalitetnije realizuju projektne aktivnosti. Multisektorski tim Kraljevo ističe da im je naročito bio značajan interni seminar o stresu i profesionalnom sagorevanju.

U nekim timovima je postojala potreba za više od jednog instruktivnog seminarara. Tako je, na primer, multisektorski tim Požarevac odabrao instruktivni seminar posvećen pravnoj problematici, iako je u timu bila prepoznata potreba i za seminarom posvećenom izgradnji tima.

O korisnicima/ama

Otežan pristup zdravstvenim uslugama marginalizovanih grupa: Uočen je problem otežane mobilnosti i pokretljivost korisnika/ca. Zdravstveni objekti su najčešće udaljeni od mesta boravka izbeglih i raseljenih koji zbog izraženog siromaštva nisu u stanju da pokriju troškove prevoza. Na primer, stare osobe iz kolektivnog centra Zegrap (Stara Pazova) ne kontrolišu redovno pritisak i šećer jer im je „daleko da pešače“ do ambulante u obližnjem selu, koja radi dva puta nedeljno i udaljena je 2 km. Takođe, preventivni centri su obično pri domovima zdravlja, koji se nalaze u centru grada, dok većina korisnika/ca živi u prigradskim naseljima. Dolazak u preventivni centar od njih iziskuje dodatne troškove prevoza i materijalnog odricanja. Sledeći problem je što korisnici/ce, i kada obave zdravstvene preglede, u velikom broju slučajeva nikada ne podignu rezultate tih pregleda, jer podizanje rezultata zahteva ponovni dolazak u dom zdravlja. Povećano učešće pacijenata u troškovima lečenja još više otežava pristup zdravstvenoj zaštiti siromašnom delu stanovništva. Zbog loše materijalne situacije, marginalizovanim grupama nedostaju novčana sredstva za kupovinu lekova i plaćanje raznih zdravstvenih analiza.

Nedovoljna informisanost ugroženih i marginalizovanih grupa o radu preventivnih centara i mogućnostima koje oni pružaju: Pre uključivanja u ovaj projekat i dobijanja usluga primarne zdravstvene zaštite i zdravstvene prevencije, više od 90% korisnika/ca nije znalo za postojanje preventivnih centara i usluga zdravstvene zaštite koje ovi centri nude. Zato je potrebno kontinuirano informisanje marginalizovanih i ranjivih grupa o mogućnostima zdravstvene zaštite, koje mogu dobiti preko preventivnih centara. Važno je takođe obezbediti i različite vidove informisanja, s obzirom na činjenicu da je znatan deo predstavnika pojedinih marginalizovanih grupa nepismen.

Bolji uvid u stanje na terenu: Prikupljanje podataka o korisnicima omogućilo je da se stekne bolji uvid u stanje na terenu: ko su potencijalni korisnici i kakvi su njihovi probleme. Formirana je dobra baza podatak koja će se i dalje koristiti (multisektorski tim Stara Pazova). Važno je da se nije ostalo samo na ekonomskim pokazateljima o korisnicima, mada je „formular za prikupljanje podatak o korisnicima mogao da bude i opširniji“ (multisektorski tim Kraljevo).

Veća izloženost stresu izbeglih i raseljenih lica: Položaj ljudi u izbeglištvu i raseljenju je teži u odnosu na ljude iz lokalne zajednice, jer su izloženi većem broju stresnih faktora. Neki od njih su: neadekvatan životni prostor (loši i nehigijenski stambeni uslovi, bez odgovarajuće infrastrukture - naročito osoba koje su smeštene u nepriznatim kolektivnim centrima), nezaposlenost, nedostatak socijalne mreže, nedostatak relevantnih dokumenata. Među izbeglim i raseljenim osobama najugroženiji su Romi (koji zbog loših uslova življenja i neadekvatne ishrane boluju od hroničnih bolesti, što traži kontinuirano lečenje) i samohrani roditelji (pogotovu žene čiji se muževi vode kao nestali).

Potreba za razgovorom i psihološkom podrškom: Kod korisnika/ca iz svih socijalnih grupa uočena je potreba za psihološkom i emotivnom podrškom u vidu razgovora i saveta. Korisnici/ce imaju potrebu da govore o sebi i nedaćama sa kojima se suočavaju. Potreba da se priča o sopstvenim problemima bila je izraženo i tokom sprovođenja evaluacije. Da bi se izašlo u susret ovoj potrebi, korisnicima/ama je na fokus grupama i pri individualnim intervjuima prvo dat prostor da govore o svojim problemima, pa je tek onda prelaženo na razgovor o temama koje su bile predmet evaluacije.

Iskustvo diskriminacije u zdravstvenim ustanovama: Veliki broj raseljenih lica ističe diskriminaciju u kontaktu sa lekarima kao veoma prisutan problem, naročito sa medicinskim sestrama u zdravstvenim ustanovama. Izvor ove diskriminacije vide u posedovanju potvrda koje zamenjuju zdravstvene legitimacije. Doživljaj kornika/ca iz ove marginalizovane grupe je da medicinsko osoblje zauzima neljubazan i ignorišući stav prema raseljenim licima čim vidi ovu potvrdu: Kada dođemo s tim papirom na šalter dočekaju nas neljubazno, „prevrnu očima“ ili stave papir na dno; Lekari gledaju samo kako da nas otkače, da što pre završe pregled - to strašno boli, Kao da smo na neki način obeleženi tim papirom (fokus grupa sa korisnicima Kraljevo).

Akumulirana marginalizacija žena: Marginalizovani položaj žena se ogleda u nedostupnosti informacija, izolaciji, uskraćenim pravima na obrazovanje, zdravstvenu zaštitu, reproduktivnu i seksualnu slobodu, zaštitu od nasilja, ekonomsku nezavisnost i posedovanje lične imovine: Evidentno je da su žene u suštini marginalizovana grupa. Žena koja je izbegla ili raseljena je dvostruko marginalizovana, romkinje koje su izbegle ili raseljene su trostruko marginalizovane (multisektorski tim Niš).

Briga o zdravlju: Žene iz marginalizovanih grupa svoju energiju usmeravaju na borbu sa siromaštvom i obezbeđivanje minimalne egzistencije, dok im je briga o sopstvenom zdravlju na poslednjem mestu: Prvo gledam decu, a onda tek ja dođem na red, i to onda kad se baš mora. Čutim sve dok me nešto baš mnogo ne zaboli (samohrana majka sa šestoro dece, izbegla sa Kosova, Kruševac); Slabo kontrolišem zdravlje. Nemam vremena za sebe. Samo kada primetim da sam mnogo bolesna, onda idem kod lekara (izbeglica iz BIH, Niš); Kod nas žena poslednja jede i poslednja se leči (Romkinja iz naselja Rasadnik, Požarevac). Žene iz marginalizovanih grupa nikada ili retko kontrolišu svoje zdravlje (pritisak, nivo šećera u krvi), a još ređe odlaze na ginekološke preglede. Zato je potrebno i dalje nastaviti sa radom na podizanju nivoa zdravstvene kulture i odgovornosti za sopstveno zdravlje, kako bi žene iz marginalizovanih grupa uvidele važnost preventivne zdravstvene zaštite i značaj medicinskih pregleda u ranom otkrivanju bolesti koje su izlečive ukoliko se pravovremeno otkriju.

Adolescenti: Među srednjoškolskom populacijom ne postoji dovoljno informacija u vezi sa zaštitom od neželjene trudnoće, putevima prenošenja polnih bolesti i HIV

infekcija, kao i o bolestima zavisnosti i narkomaniji. Potrebno je i kod adolescenata, naročito onih iz socijalno depriviranih i marginalizovanih grupa koji imaju ograničene mogućnosti, razvijati svest o važnosti čuvanja zdravlja – da briga o zdravlju nije pitanje koje je važno samo odraslima (multisektorski tim Požarevac). Mlade je potrebno upoznati sa važnošću održavanja lične higijene i očuvanja reproduktivnog zdravlja, problemima neadekvatne zdravstvene zaštite, koja se pre svega odnosi na upotrebu kontraceptivnih sredstava, problemom nasilja u toku zabavljanja, kao i sa prednostima preventivne zdravstvene zaštite.

O pristupu realizaciji projekta

Iskorak ka korisnicima: Važna je promena paradigme u radu sa korisnicima/ama. Potrebno je u što većoj meri izaći iz institucija i sve veći broj zdravstvenih usluga nuditi na terenu - izaći u susret korisnicima. Na ovaj način se uzima u obzir i rešava problem slabe pokretljivosti korisnika/ca ka preventivnom centru i domovima zdravlja. Takođe, korisnici/ce imaju više poverenje u zdravstvene radnike i bolje se osećaju kada zdravstvene usluge dobijaju na terenu, u svom prirodnom okruženju (multisektorski tim Požarevac), opušteniji su i hoće više da pitaju (multisektorski tim Stara Pazova), osećaju se uvaženim i priznatim, da je neko došao na njihov prag i da ih je neko pitao za zdravlje (multisektorski tim Niš).

Pronalaženje spona sa korisnicima: Da bi se pristupilo socijalno ranjivim i marginalizovanim grupama, uspostavio kontakt sa njima, i da bi se podstakla njihova motivacija za učešće u projektnim aktivnostima, neophodno je prvo obezbediti saradnju i podršku uglednih predstavnika marginalizovanih grupa, koji zatim imaju ulogu spona (posrednika) između multisektorskih timova za zdravstvenu prevenciju i korisnika/ica. Direktno uključivanje uglednih predstavnika/ica marginalizovanih grupa (lidera/ki iz marginalizovanih grupa) u projekat i njihovo podržavanje projektnih ciljeva olakšalo je realizaciju i obezbedilo kontinuitet programskih aktivnosti, a korisnike/ice učinilo manje nepoverljivim i prijemčivim za usluge zdravstvene zaštite koje su im obezbeđene i nuđene kroz ovaj projekat (multisektorski tim Požarevac). Bez dobre saradnje sa istaknutim predstavnicima marginalizovanih grupa, pristup pojedinim marginalizovanim zajednicama ne bi bio moguć. Tako je, na primer, dobra saradnja multisektorskog tima Požarevac sa predstavnicom Udruženja Roma Braničevskog okruga omogućila ulazak tima za zdravstvenu zaštitu u romska naselja Rasadnik i Kostolac, kao i veliki odziv i dolazak Romkinja na ginekološki pregled u dom zdravlja. Pored toga, multisektorski tim iz Kraljeva je, da bi osigurao pristup porodicama kidnapovanih i nestalih lica sa Kosova, morao prvo da obezbedi podršku lidera Udruženja porodica kidnapovanih i nestalih lica sa Kosova.

Postupnost uspostavljanja kontakta i izgradnja poverenja: Mnoge žene nerado odlaze i izbegavaju ginekološke preglede, jer im je takav vid pregleda neprijatan, a i boje se dobijanja negativnih nalaza takvih pregleda. Sledeći model pristupa korisnicima se pokazao efikasnim u ovoj situaciji – žena lekar odlazi na teren da uspostavi prvi kontakt sa korisnicama: Važno je da žene vide ginekološkinju i da se upoznaju sa njom. Kada se probije led, zdravstveni preventivni rad postaje kvalitativno drugačiji, korisnice su mnogo opuštenije, više pitaju i spremnije prihvataju savete lekara (multisektorski tim

Požarevac). Nakon što se formira odnos poverenja između korisnika i lekara, korisnici se pozivaju na specijalističke preglede u dom zdravlja.

Fleksibilnost pristupa: Da bi realizovali pojedene planirane aktivnosti, članovi i članice multisektorskih timova su morali da se prilagođavaju situaciji koju su zatekli na terenu. Tako je multisektorski tim Kraljevo umesto predavanja o važnosti održavanja higijene radi sprečavanja crevnih bolesti i bolesti prljavih ruku, vodio pojedinačne informativne razgovore sa porodicama u romskom naselju: Treba naći načina kako im prići, da se ne oseće nepoželjnim i odbačenim (multisektorski tim Kraljevo), dok su u Kruševcu planirane tribine o neželjenoj trudnoći i zaštiti od polnih bolesti zamenjene konkretnim uputstvima na samom terenu (multisektorski tim Kruševac).

Rad sa mladima: Tribine i radionice su važan vid rada sa mladima, jer je bitno da mladi dobiju informacije i savete od stručnih lica, a ne samo putem popularnih časopisa. Tribine i radionice treba organizovati prema interesovanju mladih i pokriti sve relevantne zdravstvene teme, jer se takvi sadržaji ne obrađuju u redovnim obrazovnim programima škola. Važno je da tribine i radionice budu praćene i individualnim razgovorima sa stručnjacima kako bi mladi mogli slobodnije da pitaju o konkretnim stvarima koje ih zanimaju.

Podrška upravljačkih struktura lokalnih institucija: Da bi projekat mogao sa uspehom da se realizuje, bilo je neophodno obezbediti saradnju i podršku lokalnih institucija, pre svega domova zdravlja, centara za socijalni rad, organa lokalne samouprave i škola. Za uspešnu i kvalitetnu realizaciju projekta, od presudne važnosti je bila podrška upravljačkih struktura ovih institucija. Raspon podrške menadžmenta varirao je od upoznavanja sa projektom i praćenja odvijanja projektnih aktivnosti (Niš, Kraljevo, Kruševac) do direktnog uključivanja u projektne aktivnosti i/ili rukovođenja projektom (Nova Pazova, Požarevac).

Važnost obezbeđivanja podrške upravljačkih struktura je Grupa 484 prepoznala na samom početku realizacije ovog projekta, kada su uspostavljeni prvi kontakti i predstavljen cilj projekta upravo direktorima/direktorkama i menadžmentu relevantnih institucija i organizacija. Grupa 484 je sa svim institucijama i organizacijama potpisala i memorandum o saradnji. Na ovaj način podsticana je motivisanost i uključivanje celokupnih institucija/organizacija u projektne aktivnosti (a ne samo zainteresovanih pojedinaca), obezbeđena je posvećenost institucija/organizacija projektom cilju i uspostavljena je osnova za održivost projektnih aktivnosti i po završetku projekta.

Drugi oblik podrške institucija ovom projektu sastojao se od pružanja konkretne pomoći timovima za zdravstvenu prevenciju, kao što su: korišćenje prostora, telefona, kola i materijala potrebnog za obavljanje preventivnih zdravstvenih pregleda (Kraljevo, Stara Pazova, Požarevac).

Treći vid institucionalne pomoći odnosio se na obezbeđivanje kompletnije zdravstvene zaštite korisnika/ca, tako što su korisnici/ce čije potrebe nisu mogle biti zadovoljene samo u okviru ovog projekta, uključivani u komplementarne aktivnosti drugih projekata. Na primer, korisnicama kojima je bila potrebna kućna nega, obezbeđeni su redovni obilasci negovateljice, gerontodomačice i volontera u okviru projekta „Starima s ljubavlju“, koji realizuje CZR Stara Pazova, a finansira opština Stara Pazova.

Četvrti vid institucionalne podrške ogledao se u pružanju jednokratne materijalne pomoći korisnicima/ama i obezbeđivanju higijenskih paketa za korisnike/ce.

Saradnja sa civilnim sektorom: Članovi multisektorskih timova su do informacija o socijalno ugroženim korisnicima/ama u privatnom smeštaju dolazili na osnovu prijava udruženja penzionera, mesnih zajednica i savesnih pojedinaca, što govori o tome da je civilni sektor veoma važna karika za organizovano delovanje multisektorskih timova (multisektorski tim Stara Pazova). Nakon dobijanja prijave o ugroženim osobama, lekarka i socijalna radnica iz CZR-a bi odlazile u terensku posetu, sa ciljem da procene situaciju i utvrde primarne potreba korisnika/ca, dok bi sam plan zaštite bio koncipiran na nivou multisektorskog tima u celini.

Partnerstvo državnih institucija i NVO-a: Kroz ovaj projekat, NVO su se po prvi put upoznale sa kapacitetom države i uspostavile partnerski odnos sa državnim institucijama. Ujedno, partnerstvo državnih institucija i NVO-a je glavni put obezbeđivanja održivosti projekta tako što će se udruženim snagama lobirati u lokalnoj zajednici za nastavak projekta (predstavnik NVO Alka, Požarevac).

O uslugama zdravstvene zaštite

Dobijanje saveta i preporuka o zaštiti reproduktivnog zdravlja, zdravim stilovima života, ishrani i rizicima u odnosu na životno doba u kome se nalaze, predstavlja novinu za korisnice i, prema njihovom mišljenju, najveća dobit je što su im takve informacije bile dostupne: Ovakvi projekti su veoma dobri, jer nam omogućavaju da nešto saznamo i uradimo u vezi sa svojim zdravljem. Žene teško stižu da misle na svoje zdravlje. Sve nešto trčimo, stalno je nešto drugo preče (korisnica, fokus grupe Niš).

Važnost zakazivanje termina za opšte medicinske preglede: Uočeno je da korisnici/ce dobro reaguju na situaciju kada imaju unapred zakazan termin opšteg pregleda, jer tada mogu bolje da planiraju vreme i rasporede druge obaveze: Nismo morale da čekamo, što je glavni problem kada odete kod lekara; Dobro je bilo, ne čekaš ništa, odmah završavaš; Brzo sam mogla da završim i idem kući (korisnice, fokus grupa Niš); Organizacija je bila dobra, nije bilo čekanja (korisnica, fokus grupa Kruševac).

Tretman lekara: Za korisnike/ce (naročito za raseljene sa Kosova) je od posebne važnosti to što su ih medicinski radnici koji su im pružali usluge preventivne zdravstvene zaštite tretirali ravnopravno, tj. što se nisu osetili diskriminisanim zbog svog statusa, što se obično događa tokom redovnih zdravstvenih pregleda u domovima zdravlja: Lekari koji su nas pregledali su bili super, korektno su se ponašali prema nama; Lepo su sa nama postupali, sve je bilo u redu; Izvadili smo sve rezultate, sve je išlo fino, bez ikakve gužve ili ulaženja preko reda (korisnice, fokus grupa Kraljevo); Primaju nas, ništa nam ne traže (korisnica fokus grupe u Kruševcu, raseljeno lice sa Kosova koja nema zdravstvenu knjižicu). Pored ravnopravnog tretmana, od posebnog značaja za korisnike/ce su ljubaznost lekara: Prvi put u životu da sretnem lekara koji je tako ljubazan; Svi su bili ljubazni, lepo smo bili primljeni, obratila bih se isto njima (korisnice, fokus grupa Kraljevo); i spremnost lekara da porazgovara sa pacijentom: Lepo smo se ispričali, to mi je puno značilo (korisnica, fokus grupa Niš); Kad obično odeš, red, čekaš, neće uopšte da te saslušaju, da te razumeju, da sa tobom poragovaraju (korisnica, fokus grupa Kruševac).

Dolazak na kućni prag: Problemima izbeglica i IRL se posvećuje sve manje pažnje: Do 2003. godine smo ih redovno obilazili u kolektivnim centrima, a posle toga je nastalo zatišje (direktorka DZ Kraljevo). Zbog toga što su već duže vreme zapostavljeni, za izbegle i raseljene je od posebne važnosti da je neko došao na njihov prag i da ih je pitao za zdravlje (korisnica, kolektivni centar Žegrap). Kroz ovaj projekat je ispoljena briga zajednice za probleme izbeglih i raseljenih: „Ovim projektom smo pokazali tim ljudima da mislimo na njih. Kada smo u drugom navratu došli u izbeglički kamp, dočekali su nas sa rečima: Pa vi nas niste zaboravili i Setili ste se nas opet.“ (multisektorski tim Niš).

O multisektorskoj saradnji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Prednosti multisektorskog povezivanja: Kao ključne prednosti multisektorskog povezivanja, izdvajaju se upoznavanje sa kapacitetima postojećih institucija: Sada se tačno zna za šta je ko nadležan i šta ko može (multisektorski tim Kruševac); bolje prepoznavanje i rešavanje problema korisnika: Došli smo do saznanja da se, kada se povežu postojeće institucije, problem bolje prepozna i bolje rešava (multisektorski tim Niš); mogućnost rešavanja kompleksnijih problema i povećanje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga: Do sada nismo radili u multisektorskom timu, već samo izolovano, unutar svoje kuće, a udruženim snagama možemo da rešavamo složenije probleme i da obezbedimo potpuniju pomoć korisnicima, što se i pokazalo na primeru rešavanja slučaja Romske devojčice, koja nije mogla da ide na operaciju bubrega u Italiju, zbog nedostatka ličnih dokumenta (multisektorski tim Požarevac). Bitne prednosti multisektorske saradnje su i brže rešavanje problema i dobijanje povratne informacije o urađenom: Brže se završe poslovi. Niko od korisnika ne ode bez informacije gde, kad, kod koga i kako – znamo gde da ga uputimo. Znamo tačno ko je preuzeo slučaj, a imamo i povratnu informaciju o tome šta je urađeno (multisektorski tim Kraljevo).

Faktori koji doprinose uspešnom radu: Dobra procena, ne samo potreba korisnika, nego i kapaciteta tima i raspoloživih resursa je neophodna da bi se osmislio i realizovao realističan akcioni plan pružanja usluga primarne zdravstvene zaštite korisnicima. Ukoliko nisu dobro procenjeni kapaciteti i resursi, postoji opasnost da se osmisli preambiciozan akcioni plan, koji je zatim kasnije nemoguće realizovati, što veoma utiče na kvalitet multisektorskog rada. Važna je i razmena informacija unutar multisektorskog tima, jer se na taj način stvaraju uslovi za aktivno rešavanje uočenih problema. Bitna je i dobra koordinacija aktivnosti i podela odgovornosti: Što je više ljudi, to je teža organizacija u startu, ali se posle lakše i kvalitetnije odradi (multisektorski tim Stara Pazova).

Snaga i slabosti multisektorskih timova: Stručnost i edukovanost (svako dobro poznaje svoj posao i poseduje znanje i iskustvo u radu sa marginalizovanim grupama), posvećenost rešavanju problema, motivacija, humana orijentacija i empatičnost, institucionalna raznovrsnost (mogućnost obuhvatanja različitih aspekata istog problema) i prihvatanje od strane korisnika/ca su neke od karakteristika koje su percipirane kao „unutrašnje snage“ multisektorskih timova. Sa druge strane, kao „unutrašnje slabosti“ multisektorskih timova, opažene su sledeće karakteristike: prezauzetost drugim profesionalnim obavezama, nemogućnost usklađivanja redovnih radnih obaveza sa pojektnim zadacima, vremensko uklapanje članova tima i mali broj osoba u timovima.

O poboljšanju i nastavku projekta

Razmena iskustva sa drugim timovima: Za vreme realizacije projekta, potrebno je organizovati susrete multisektorskih timova na kojima bi oni imali priliku da međusobno prezentuju i razmene različita iskustva u vezi sa realizacijom projekta: Bilo je potrebno da se za vreme trajanje projekta još jednom sastanemo i da razmenimo saznanja sa drugim gradovima. Da vidimo gde su drugi, a gde smo mi. Da zajedno napravimo presek onoga što smo uradili i da vidimo kako dalje. Mi mislimo da smo dobro radili, a možda smo mogli i bolje (multisektorski tim Kraljevo).

Proširenje tima: Multisektorski timovi su uočili da im za uspešno rešavanje pojedinih tipova problema nedostaju stručnjaci određenog profila (pravnik, psiholog) ili podrška predstavnika određenih institucija (na primer, predstavnik škole, predstavnik lokalne samouprave i predstavnik medija).

Veći obuhvat korisnika: Ponavljanje istih aktivnosti na drugim lokacijama i sa drugim korisnicima, da bi se obuhvatili svi pripadnici marginalizovanih grupa (multisektorski tim Stara Pazova).

Osmišljavanje novih aktivnosti za iste korisnike: Na primer, žene su lepo prihvatile predavanje o klimaksu. Bilo bi dobro organizovati nova predavanja o zdravstveno relevantnim temama za iste žene, jer se time njihova ukupna zdravstvena kultura podiže na veći nivo. Predavanja bi trebalo da slede specijalistički pregledi u domu zdravlja (multisektorski tim Stara Pazova).

Obavezni ginekološki pregledi: Srbija se po broju žena koje obolevaju od karcinoma materice nalazi među vodećim zemljama u Evropi. Zbog toga je od izuzetne važnosti rano dijagnostikovanje ovog oboljenja i preventivno delovanje u ovoj oblasti. Da bi se to postiglo, neophodna je edukacija žena o važnosti preventivne zaštite, kao i uvođenje obaveznih ginekoloških pregleda (direktorka Doma zdravlja Niš). Takođe, potrebno je izdvojiti i veća sredstva za ginekološke i onkološke preglede (multisektorski tim Kraljevo).

Psihološko savetovanje: Veliki broj korisnika/ca je imao potrebu da govori, bude saslušan i dobije savete u vezi sa svojim aktuelnim psihičkim stanjem i psihičkim problemima. Zbog toga bi bilo važno da se u ponudu zdravstvenih usluga na projektu uključi i psihološko savetovanje korisnika/ca.

Održivost projekta: Važno je raditi na održivosti projekta. Multisektorski timovi za zdravstvenu prevenciju imaju kapacitet da koncipiraju projekat kojim bi konkurisali za sredstva lokalne samouprave. Problem je što finansiranje iz ovih izvora još nije zaživelo, tako da je teško doći do sredstava na ovaj način: To znači da postoje kapaciteti za realizaciju ovakvog i sličnih projekata, ali ne i potrebna sredstva za to. U međuvremenu bi bilo dobro da Grupa 484 pokrene nastavak projekta, a mi da se uključimo u njega kao partneri (predstavnik NVO Alka, Požarevac)

Participacija u izradi nacrtu novog projekta: Multisektorski timovi u svim gradovima bi nastavili saradnju sa Grupom 484: Grupa 484 se pokazala kao odgovoran i jak partner (direktorka Doma zdravlja Kraljevo) i spremni su za dodatni angažman u koncipiranju nacrtu novog projekta, jer smatraju da je važno da učešće multisektorskih timova obuhvati i definisanje projekta (multisektorski tim Požarevac).

Senzibilizacija postojećih institucija za pitanja roda i marginalizovanih grupa: Da bi postojeće institucije uspješnije rešavale probleme marginalizovanih grupa, i da bi pri tome imale rodno osetljiv pristup, neophodno je i da radnici datih institucija prođu obuku posvećenu pitanjima roda i marginalizovanih grupa (multisektorski tim Niš). Zato bi bilo važno da se u nastavku projekta predvidi i ovaj vid aktivnosti, jer bi se time unapredio kvalitet rada postojećih institucija, a samim tim i kvalitet rada multisektorskih timova.

Preporuke

Institucionalizacija i širenje modela: Multisektorska saradnja se pokazala kao dobar model za rešavanje kompleksnih problema marginalizovanih grupa. Zbog toga je potrebno raditi na institucionalizaciji ovog modela. Dok se to ne ostvari, potrebno je širiti model, tako što bi se postojeći projekat nastavio, i tako što bi se u njegovu realizaciju uključili i novi gradovi. Za širenje modela na ovaj način, potreban je i duži vremenski period implementacije – najmanje tri godine. Uključivanje novih gradova bi trebalo da bude organizovano u etapama i podržano procesom horizontalnog učenja i razmene iskustva sa gradovima koji su već učestvovali u projektu. U prvoj fazi bi bilo uključeno pet novih gradova, i to tako što bi svaki od novouključenih gradova bio uparen sa jednim gradom koji je već učestvovao u projektu. U drugoj fazi, nakon perioda od godinu dana bi bilo uključeno još pet novih gradova, s tim što bi pet novih gradova iz prve faze sada preuzelo na sebe proces horizontalnog učenja, tj. rad sa novouključenim gradovima. Gradovi koji su u prvoj fazi bili vodeći u diseminaciji iskustava, mogu se nakon dve godine projektne podrške smatrati dovoljno osposobljenim za samostalno praktikovanje modela multisektorske saradnje. Nakon perioda od tri godine, model multisektorske saradnje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bi bio isproban i praktikovan u 20 gradova Srbije, što predstavlja solidnu osnovu za njegovu institucionalizaciju.

Ujednačavanje sastava multisektorskih timova: Da bi bili u stanju da uspešno rešavaju širok spektar problema, multisektorski timovi treba u svojim redovima da imaju stručnjake različitog profila. Bilo bi poželjno da se na nivou gradova formira širi multisektorski tim, koji bi sačinjavali lekari, medicinske sestre, socijalni radnici, poverenik/ca za izbeglice, pravnik/ca, psiholog/psihološkinja, predstavnici lokalne samouprave, predstavnik/ca korisnika/ca (potrebno je da su zastupljene sve marginalizovane grupe), predstavnik/ca medija. Uloga šireg multisektorskog tima bi bila da se bavi institucionalnim nivoom rešavanja problema korisnika/ca, osmišljavanjem i implementacijom rodno osetljivih programa i usluga primarne zdravstvene i osnaživanjem marginalizovanih grupa za adekvatniju brigu o sopstvenom zdravlju. Takođe, da bi se izašlo u susret korisnicima, potrebno je da postoji više mobilnih multisektorskih timova, koji bi sačinjavali lekar, medicinska sestra, socijalni radnik/caca, psiholog/psihološkinja, pravnik/ca i predstavnik/ca marginalizovane grupe. Zadatak mobilnih timova je da marginalizovanim grupama na terenu pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite, i da na konkretnom nivou rešavaju probleme korisnika/ca.

Izgradnja i razvoj multisektorskih timova: Tim koji funkcioniše kao grupa individua nije tim u pravom značenju te reči. Zato je potrebno podržati proces izgradnje i razvoja već formiranih multisektorskih timova, a naročito proširenih i novoformiranih timova,

obukom iz oblasti timskog rada i timskih uloga, donošenja odluka u timu, principa dobre komunikacije u timu i rešavanja sukoba u timu.

Ujednačavanje pogleda na probleme korisnika/ca: Da bi se sa uspehom ostvarilo povezivanje zdravstvenog sistema sa ostalim sistemima u lokalnoj zajednici, potrebno je postići ujednačavanje pogleda na problem korisnika/ca koji dolaze iz različitih profesionalnih okvira. Time će se izbeći opasnost da svaki sistem tumači problem na svoj način, izolovano od drugih sistema. Prema mišljenju konsultantkinje projekta, case management – prikaz i zajednička analiza slučajeva iz prakse je najbolji način da se sagleda šta znači raditi u multisektorskom timu, i da se postigne formiranje zajedničkog referentnog okvira za rešavanje problema. Ovoj vrsti edukacije treba dati veći prostor na samom početku projekta. Obuku posvećenu case management-u bi trebalo organizovati svakog meseca, i to barem šest meseci. Zadatak timova bi bio da za svaki susret pripreme 2 - 3 primera za analizu iz prakse. Analiza primera i izrada strategije rešavanja datog problema bi se odvijala na samoj obuci kroz zajednički rad članova i članica multisektorskog tima. Na ovaj način, timovi bi se u potpunosti uhodali sa metodologijom multisektorskog rada.

Web stranica sa primerima dobre prakse: Saradnja i razmena iskustava među multisektorskim timovima iz različitih gradova može se pospešiti kreiranjem posebne web stranice. Pored tekućih informacija o projektu, glavna funkcija ove web stranice bi bila da podrži proces horizontalnog učenja i razmenu primera dobre prakse.

Ka vidljivosti nevidljivih građana: Multisektorski timovi za zdravstvenu prevenciju mogu da budu značajna podrška marginalizovanim grupama u borbi za njihova prava, tako što će probleme marginalizovanih grupa učiniti transparentnim i javno zagovarati institucionalno rešavanje problema neposredovanja ličnih dokumenata i zdravstvenih knjižica.

Zdravstveno prosvetavanje – misija preventivnih centara: Jedan od mogućih pravaca profilisanja preventivnih centara bi bio veće angažovanje centara u domenu promovisanja važnosti brige za očuvanje sopstvenog zdravlja među različitim kategorijama stanovništva, značaja redovnih zdravstvenih pregleda i modela zdravog življenja.

VIII ZAKLJUČCI

(O rezultatima multisektorskih napora da se razvije primarna zdravstvena zaštita koja je osetljiva na rodne razlike i dostupna marginalizovanim kategorijama stanovništva)

- **Marginalizovane kategorije stanovništva** koje su identifikovane u 5 gradova obuhvaćenih projektom su: interno raseljena i izbegla lica, lokalno ugroženo stanovništvo i Romi. U Strategiji za smanjenje siromaštva Srbije takođe je ukazano da je određeni procenat populacije Srbije ispod linije siromaštva.

Najčešća oboljenja zabeležena preventivnim pregledima tih ljudi su: kardiovaskularna oboljenja, oboljenja respiratornog trakta, dijabetes melitus i oboljenja centralnog nervnog sistema.

Uočena je i činjenica da marginalizovano stanovništvo ima značajne prepreke u realizaciji prava na zdravstvenu zaštitu. Posebno se ističe neposredovanje ličnih dokumenata, karakteristično za romsku populaciju

- **Redovni sastanci multisektorskih timova (dva puta mesečno) omogućili su** razmenu informacija među članovima tima, uspešan proces pravljenja akcionog plana i praćenje njegove realizacije.

Multisektorski timovi su funkcionisali na sledeći način: imali su udružene akcije, koje su pravili na osnovu akcionih planova. Realizaciju pojedinih aktivnosti morali su da urade pri svojim centrima/institucijama, posle uvida u potrebe korisnika.

Aktivnosti konkretnog tipa obuhvatile su 942 korisnika/ce.

Aktivnosti informativnog tipa obuhvatile su 876 korisnika/ca.

Aktivnosti edukativnog tipa obuhvatile su 521 korisnika/ce.

Ukupan broj usluga je 2.339, što znači da su pojedinci bivali obuhvaćeni sa po najmanje dve usluge različitog tipa.

Aktivnostima je obuhvaćeno 1.123 pojedinca.

Interno raseljenih 275: žena 212, muškaraca 63.

Izbeglih lica 123: žena 70, muškaraca 75.

Lokalnog stanovništva 725: žena 426, muškaraca 307.

Dvojaka metodologija rada multisektorskih timova pokazala se važnom i korisnom, a obuhvatala je:

Individualne kućne posete (privatni smeštaj i kolektivni centri)

Rad u grupi (zajedničke prostorije ili dvorišta u kolektivnim centrima ili ugovoreni dolasci u uključene lokalne institucije)

- **Dostupnost usluga** se postigla **aktivnim pristupom** u odnosu na korisnike.

Važno je mapirati gde se nalaze najranjivije grupe ljudi, a jednako je važno učešće aktera koji već imaju razvijene kontakte i dobar odnos sa ranjivim grupama.

Gledano iz perspektive korisnika, važno je da se barem prvi kontakt obavlja na inicijativu multisektorskog tima, jer se time umanjuje njihovo osećanje diskriminisanosti i zanemarenosti. Drugi važni elementi aktivnog pristupa su davanje povratnih informacija (i kada ih korisnik/ca ne traži), zakazivanje tačnog termina radi kontrole ili dodatnog pregleda u nekoj od zdravstvenih ustanova, i neprekidno informisanje i zdravstveno edukovanje korisnika/ca.

- **Rodna osetljivost** usluga postignuta je vođenjem računa o strukturi ciljne grupe, odabirom rodno osetljivih tema edukativnih aktivnosti (Značaj menopauze i šta raditi, Održavanje higijenskih navika radi sprečavanja širenja polnih i kožno-veneričnih bolesti), i konačno –senzibilisanjem žena, ali i muške populacije, za rodne specifičnosti ženskog zdravlja. Prisustvo ili odsustvo faktora rizika utvrđivano je prvenstveno kod žena.

IX PREPORUKE

(Za razvoj primarne zdravstvene zaštite koja je rodno osetljiva i dostupna marginalizovanim kategorijama stanovništva)

Izgradnja strateškog okvira

- Potrebno je da **Strategija zdravstvene zaštite** i **Strategija o primarnoj zdravstvenoj zaštiti** budu predložene od strane Vlade Republike Srbije, odnosno usvojene od strane Narodne skupštine Republike Srbije. Iako dosadašnja praksa pokazuje da je najveći broj strategija usvojen od strane Vlade Republike Srbije, važnost teme zdravstvene zaštite za građane Srbije nameće zaključak da bi o sadržaju pomenutih strategija konačnu reč trebalo da da Narodna skupština Republike Srbije.
- Treba formirati **Zdravstveni savet Republike Srbije**, što je obaveza iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti, usvojenog pre dve godine. To je telo koje bira Skupština Srbije i koje Vladi predlaže pomenute strategije, mere za očuvanje zdravlja stanovništva i standarde za ocenu kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova.
- Potrebno je da svaka opština planira socijalnu politiku na lokalnom nivou i da izradi **Strategiju socijalne politike** u okviru koje će biti definisana i politika primarne zdravstvene zaštite.

Zdravstvena zaštita izbeglica i raseljenih lica

- Usvajanje novih zakonskih rešenja u oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, u odnosu na izbegličku populaciju dovelo je **do problema pristupa primarnoj zdravstvenoj zaštiti** u periodu od gubitka statusa do sticanja državljanstva, što značajan broj lica, u glavnom starih osoba, ostavlja van sistema zdravstvene zaštite, pa se, iz tog razloga, iskazuje potreba za evaluacijom donetih propisa i preduzimanjem koraka za otklanjanje ove loše prakse.
- Nova zakonska rešenja mahom su nepoznata izbegličkoj populaciji, pa je potrebno da nadležni državni organi, a pre svega Republički zavod za zdravstveno osiguranje, Komesarijat za izbeglice i organi lokalne samouprave, **sprovedu kampanju informisanja** o novim uslovima i mogućnostima ostvarivanja prava u ovoj oblasti.
- Kada je reč o interno raseljenim osobama, trebalo bi razmotriti mogućnost **uvođenja zdravstvenih knjižica**, čime bi se otklonila stigmatizacija i obaveza tromesečnog obnavljanja važenja potvrda na osnovu kojih se sada ostvaruje zdravstvena zaštita. Ovim bi se, pre svega, izgubio osećaj diskriminisanosti, koji raseljena lica često imaju, jer koriste drugačije zdravstvene legitimacije u odnosu na domicilni stanovništvo. Takođe bi bio otklonjen jedan bitan uslov mogućeg realnog diskriminisanja u sistemu zdravstvene zaštite.
- Izbeglim i raseljenim licima i romskoj populaciji potrebno je posvetiti **mного više pažnje** u oblasti primarne zdravstvene zaštite, uzimajući u obzir ugroženost ovih ranjivih grupa. Ponovo bi trebalo razmotriti mogućnost

uvođenja prakse redovnih obilazaka kolektivnih centara i romskih naselja od strane mobilnih timova, i mogućnost kontinuiranog pružanja dodatne zdravstvene podrške ovim ranjivim grupama.

Zdravstvena zaštita romske populacije

- Ministarstvo za lokalnu samoupravu i državnu upravu i organi lokalne samouprave bi trebalo da posvete posebnu pažnju činjenici da **veliki broj Roma nije upisan u matične knjige, ne poseduje odgovarajuće dokumente** i samim tim otežano pristupa ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu. Taj problem je posebno uočljiv kod raseljenih Roma sa prostora Kosova i Metohije.
- Pripadnici/ce romske populacije su u velikom broju bili korisnici/ce ovog i sličnih programa koji se tiču primarne zdravstvene zaštite. **Kulturna i jezičke barijera** redovno predstavlja prepreku uspešnom sprovođenju planiranih aktivnosti, pa bi stoga u ovakve programe trebalo uvek uključivati i **romske medijatore/ke**, koji/e bi imali/e ključnu ulogu u obezbeđivanju dobre komunikacije i motivisanju romske populacije za učešće u ovoj vrsti programa. Za rad ovih osoba bilo bi neophodno izdvojiti i određena budžetska sredstva.

Dodatne usluge za posebno ugrožene korisnike/ce preventivnih centara

- Organi lokalne samouprave i Ministarstva zdravlja Republike Srbije, kao i sami preventivni centri, posebnu pažnju treba da posvete **slaboj mobilnosti znatnog broja korisnika/ca** iz ugroženih socijalnih grupa, posebno onih koji žive udaljeni od gradova i preventivnih centara, pa bi bilo važno obezbediti izdvajanje dodatnih budžetskih sredstava **za pokrivanje troškova prevoza** ovih korisnika/ca.
- S tim u vezi, problem nepreuzimanja rezultata obavljenih preventivnih pregleda od strane korisnika/ca mogao bi se rešiti njihovim dostavljanjem **poštom**. Uz rezultate pregleda, bilo bi dostavljano i mišljenje lekara. Troškovi slanja bili bi pokriveni iz budžeta lokalne samouprave, odnosno Ministarstva zdravlja.

Edukativne i zdravstveno-promotivne aktivnosti

- Vrlo je važno osnažiti kampanje kojima se **promoviše** primarna zdravstvena zaštita među marginalizovanim grupama. Edukacija ranjivih i marginalizovanih grupa o značaju zdravstvene zaštite je preduslov za uspešnu i efikasnu primenu mera iz ovih oblasti. Lifleti sa informacijama o radu preventivnih centara i plakati u prostoru zdravstvenih ustanova samo su prvi korak u ovom procesu. Neophodno je zainteresovati **medije** koji imaju najvažniju ulogu u informisanju javnosti.
- U vezi sa tim bi posebno trebalo razmotriti mogućnost održavanja **edukativnih i psiholoških radionica o značaju preventivne zaštite za adolescente** za vreme školske godine, a posebno u oblastima lične higijene, očuvanja reproduktivnog zdravlja, zdravih stilova života, mentalne higijene i mentalnog zdravlja.

- Intenzivan rad potreban je i **sa decom iz marginalizovanih grupa**, sa stavljanjem posebnog akcenta na prevenciju nezdravog i devijantnog ponašanja i na sprečavanje situacija kontinuiranog zapadanja u teškoće („lančana reakcija“).
- Edukativne i informativne aktivnosti trebalo bi da prate **preventivni pregledi**, budući da se pokazalo da je tada, zbog povećanog razumevanja važnosti preventivne zdravstvene zaštite i unapred zakazanih pregleda, odziv korisnika/ca mnogo veći.

Održivost rada centara za preventivne zdravstvene usluge

- Proces **decentralizacije** primarne zdravstvene zaštite u Srbiji treba da obuhvati i pitanje rada i postojanja preventivnih centara. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i organi lokalne samouprave trebalo bi da prepoznaju važnost **finansijske podrške** preventivnim centrima, što podrazumeva kontinuirano finasiranje rada preventivnih centara od strane kako državnog, tako i budžeta lokalnih zajednica.
- Neophodno je **jasno defenisati budžetske razdele** koji se odnose na rad preventivnih centara. Time bi se izbegle situacije da se budžetska sredstva namenjena primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne raspodele preventivnim centrima ili da se raspodela vrši po nejasnim kriterijumima.
- Potrebno je izvršiti **reviziju šifara** koje mogu koristiti lekari zaposleni u preventivnim centrima, jer pored šifara za ciljani pregled, planirani razgovor i zdravstveno-vaspitno predavanje, za koje su ovlašćeni, u svom svakodnevnom radu, lekari pružaju i usluge koje nisu unete u šifrarnik, pa sami tim i nisu pokrivena budžetskim sredstvima.
- Organi lokalne samouprave i lokalno civilno društvo treba da uspostave partnerske odnose u **cilju zajedničkog lobiranja** i pronalaženja dodatnih sredstava u svrhu održivosti rada preventivnih centara.
- Organi lokalne samouprave, uz podršku Ministarstva zdravlja i u okviru postojećih budžetskih sredstava, treba da predvide novac za nabavku **potrošnog medicinskog materijala**, neophodnog za svakodnevni rad preventivnih centara.
- Organi lokalnih samouprava u narednom periodu treba **više da razmenjuju informacije** o idejama za unapređivanje rada preventivnih centara i mogućnostima pronalaženja dodatnih budžetskih sredstava za njihov rad.
- Značajnu podršku razvijanju i realizaciji programa i aktivnosti primarne zdravstvene zaštite mogu dati **sami građani u vidu volonterskog rada** – volonteri u civilnoj službi, lekari/ke u penziji i drugi.

Dalji razvoj sistema preventivnih centara

- Ministarstvo zdravlja i organi lokalne samouprave treba da preduzmu sve neophodne mere kako bi se **preventivni centri osnovali** u svim opštinama u Srbiji u kojima sada ne postoje.

- Organi lokalne samouprave i lokalne institucije treba da budu **više uključeni** u rad preventivnih centara, jer iskustva multisektorskih timova pokazuju da se uz veće učešće centara za socijalni rad, komunalnih inspekcija i drugih lokalnih institucija, postiže veća efikasnost u radu svih uključenih lokalnih institucija, usled bržeg *protoka informacija* i kompaktnog *timskog rada*.
- Sa posebnom pažnjom trebalo bi razmotriti mogućnost uključivanja lekara specijaliste psihijatrijske medicine u rad preventivnih centara i mobilnih timova, jer potrebe korisnika iziskuju pružanje i ove vrste usluga. Treba takođe razmotriti i mogućnost **dodatne edukacije** već angažovanog medicinskog osoblja o problemima mentalnog zdravlja. Istovremeno, potrebno je organizovati i seminare **o stresu i profesionalnom sagorevanju** u cilju efikasnijeg rada i boljeg nošenja sa brojnim problemima njihovih korisnika/ca.

Literatura

- Bosanskohercegovački Gender akcioni plan *Zdravlje, prevencija i zaštita*, BiH, 1995.
- Gender and Equality in Health Sector Reform*, PAHO/WHO, 2001
- Integrating Gender perspective in the Work of WHO: WHO Gender Policy*, Geneva, 2002
- Kaličanin, Predrag: *Zaštita mentalnog zdravlja*, Medicinski fakultet, Beograd, 2002.
- Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW), 1979.
- Lopičić, Zorka: *Psihosocijalni aspekt zdravlja žena*, Tematski seminar „Primarna zdravstvena zaštita dostupna marginalizovanim grupama i rodno osetljiva“, Beograd, 27. april 2007.
- Ljubomirović, Nataša: *Stres i mladi*, Zadužbina Andrejević, Beograd, 1999.
- Platforma za akciju, Peking, 1995.
- Preporuke Eu SZO o *Zdravlju za sve u 21. stoljeću*, Hrvatska, 1987.
- Stoiljković, Đorđe: *Ministarstvo zdravlja i povećanje dostupnosti marginalizovanim grupama*, Tematski seminar „Primarna zdravstvena zaštita dostupna marginalizovanim grupama i rodno osetljiva“, Beograd, 27. april 2007.
- Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja*, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2007.
- Zorić, Đurđica: *Problemi i potrebe Romkinja i zdravstvena zaštita*, Beograd, 2004
- Životić, Predrag: *Politika primarne zdravstvene zaštite na Balkanu*, Tematski seminar „Primarna zdravstvena zaštita dostupna marginalizovanim grupama i rodno osetljiva“, Beograd, 27. april 2007.

Naslov knjige:

RAZVOJ OSETLJIVOSTI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
ZA RODNE RAZLIKE I MARGINALIZOVANE GRUPE

Izdavač:

Grupa 484
Gračanička 10, Beograd

Autori teksta:

Prof Dr Zorka Lopičić-Institut za mentalno zdravlje, Beograd
Dr Nevena Simović-Dom zdravlja, Niš
Danijela Petrović, Filozofski fakultet
Vladimir Petronijević, Grupa 484
Tanja Pavlov, Grupa 484

Urednici:

Dr Nataša Ljubomirović
Siniša Volarević

Grafički i statistički deo uradili:

Branka Antanasijević
Vladimir Čimbuković, Preventivni centar, Kraljevo

Priprema za šampu:

Agencija Zakovski Design

Štampa:

TIM Agency Beograd
Tiraž 500 kom.

Beograd, februar 2008.

ISBN 978-86-86001-18-4