


**VODIČ ZA SAVJETODAVNI RAD
S PORODICOM NOVOROĐENČETA
SA SMETNJAMA U RAZVOJU
U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA**

unicef 



Ministarstvo zdravlja



Funded by
the European Union

Izdavač:

Ministarstvo zdravlja Crne Gore

Dizajn i priprema za štampu

Saša Petrović

Tiraž:

100 primjeraka

Vodič za savjetodavni rad s porodicom novorođenčeta sa smetnjama u razvoju u zdravstvenim ustanovama

februar 2016.

Autori: dr Viktorija Cucić, dr Borisav Janković, Jadranka Šujak, Marija Petrović, dr Danojla Dakić, dr Milorada Nešović, Ranka Šarčević.

Vodič za savjetodavni rad s porodicom novorođenčeta sa smetnjama u razvoju u zdravstvenim ustanovama nastao je u okviru reformske inicijative "Nastavak reforme sistema dječje zaštite" (IPA 2014), koji je realizovan u partnerstvu Vlade Crne Gore (Ministarstva rada i socijalnog staranja) i UNICEF-a, uz finansijsku podršku Evropske unije. Njegov sadržaj isključiva je odgovornost autora i ne predstavlja nužno službeni stav Evropske unije i UNICEF-a.



Sadržaj

Uvod	7
Razlozi za uvođenje procedura za saopštavanje nepovoljnih vijesti	12
Zdravstveno stanje djeteta kao sadržaj razgovora	13
Procedure saopštavanja nepovoljnih vijesti	17
Potrebe članova tima i vrste podrške	22
Prilozi	23
Prava djeteta i zdravlje	
Model ranog razvoja djeteta	
Informacije koje je neophodno dati porodici	
Literatura	35



Uvodna riječ

Osnov svakog savremenog društva je očuvanje zdravlja i života porodice. **Ministarstvo zdravlja Crne Gore** ima poseban senzibilitet kada su u pitanju djeca, njihov rast i razvoj i u tom smislu zdravstveni sistem je kreiran da se budućim majkama i djeci obezbijedi kvalitetna i dostupna zdravstvena zaštita i psiho-socijalna podrška, po evropskim standardima. Posebna pažnja posvećena je djeci sa smetnjama u razvoju i njihovim porodicama.

Ministarstvo zdravlja, u saradnji sa **UNICEF**-om, pripremiilo je **Vodič za savjetodavni rad sa porodicom novorođenčeta sa smetnjama u razvoju u zdravstvenim ustanovama**, koji ima za cilj podršku porodici djeteta sa smetnjama u razvoju, kroz sistem zdravstva, a u skladu sa Konvencijom o pravima djeteta.

Konvencija o pravima djeteta obavezuje sve države potpisnice da obezbijede djeci sa smetnjama u razvoju posebnu njegu, obrazovanje i osposobljavanje za rad i uslove za uključivanje u društvo. Istovremeno, Konvencija prepoznaje da je neophodno pružiti pomoć i podršku roditeljima, odnosno porodici koja vodi brigu o djetetu sa smetnjama u razvoju.

Saopštavanje nepovoljnih vijesti zahtijeva, osim dobrog stručnog znanja i iskustva i ovladavanje vještinama komunikacije. Vještine komunikacije ne smatraju se talentom, one se uče i usavršavaju kroz dodatnu edukaciju. Uspješna komunikacija otvara put saradnje između stručnjaka i porodice.

Cilj Vodiča upravo je da ljekarima i ostalim zdravstvenim radnicima, koji rade u porodilištima i specijalizovanim zdravstvenim ustanovama, da smjernice za organizovanje i pružanje podrške porodicama djece koja se rode sa smetnjama ili su u riziku od smetnji u razvoju, u skladu s pravima djeteta i njegovim interesima. Odnos između ljekara i roditelja zasnovan na razumijevanju, poštovanju i povjerenju doprinosi kvalitetnijem odgovoru na zdravstveni tretman njihovog djeteta.

Ministar

prof. dr Budimir Šegrt

Uvod

„...Djeca i mladi i njihove porodice nalaze se u riziku od diskriminacije usljed prisutnih (intelektualnih) smetnji u razvoju, a dodatni rizici javljaju se usljed etničke, rodne i vjerske pripadnosti, ekonomskog položaja, fizičkih ili neuroloških nedostataka, kao i stigmatizacije usljed zastarjele i degradirajuće terminologije. [...]

Prepoznamo da djeca i mladi s intelektualnim smetnjama u razvoju imaju pravo da odrastaju u porodičnom okruženju. [...] U društvenoj zajednici treba razviti ovu vrstu usluga i proširiti njihov opseg, kako bi se poboljšalo njihovo zdravstveno stanje i obezbijedile njihova dobrobit i inkluzija u društvo, kao i da bi se eliminisala institucionalizacija...“

Iz preambule Evropske deklaracije Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) o zdravlju djece i mladih s intelektualnim smetnjama u razvoju i njihovih porodica – *Bolje zdravlje, bolji životi*

Podrška porodici djeteta sa smetnjama u razvoju posljednjih godina postala je jedna od centralnih tema i zahtjeva u razvoju inkluzivnog društva. Citirana Deklaracija, kroz jedan od deset zadataka koje postavlja pred države, posebno izdvaja brigu o zdravlju i uključivanju porodice/staratelja djeteta i predlaže da države preduzmu akcije u oblasti unapređenja zdravstvene zaštite djece koje bi, između ostalog, obezbijedile da:

1. Organizacije profesionalaca i roditelja budu uključene u razvoj programa za edukaciju i obuku o komunikaciji s porodicama i starateljima, namijenjenih pružaocima usluga.
2. Uspostave programe podrške, obuke i savjetovanja (uključujući i pružanje odgovarajućih edukativnih materijala) za članove porodice i staratelje, kako bi se unaprijedili razvoj i dobrobit djece s (intelektualnim) smetnjama u razvoju, njihova autonomija i snaga volje.
3. Obezbijede da se prilikom obrazovanja i obuke zdravstvenih radnika i drugih zaposlenih lica stavlja naglasak na zdravlje

i dobrobit porodičnih staratelja, uključujući i njihovo mentalno zdravlje.

Vodič koji je pred vama nastao je kao jedan od instrumenata koji treba da doprinese efikasnoj primjeni Protokola o međusektorskoj saradnji u prevenciji napuštanja djeteta, koji su 2014. g. potpisali Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo rada i socijalnog staranja i Ministarstvo prosvjete.

Na osnovu Protokola, jedna od obaveza sektora zdravstvene zaštite jeste da: „Edukuju izabrane pedijatre i druge stručnjake u zdravstvu za: saopštavanje vijesti roditeljima; savjetodavni rad s majkom i porodicom djeteta u riziku, s teškoćama i/ili smetnjama u razvoju; razumijevanje inkluzivnih principa i pristupa.“ Protokol, kao i Vodič, dakle, neposredno odgovara na jedan od zahtjeva Deklaracije.

Cilj Vodiča je da se unaprijedi komunikacija između zdravstvenih radnika i roditelja/porodice djece sa smetnjama u razvoju ili rizikom od smetnji u razvoju – kroz standardizaciju postupka saopštavanja nepovoljnih vijesti. Način na koji se vijesti saopštavaju utiču kako na ostanak djeteta u porodici tako i na cjelokupan život djeteta i njegove porodice. Zdravlje djeteta i zdravlje cjelokupne porodice u neposrednoj su uzročno-posljedičnoj vezi. Svjetska zdravstvena organizacija u svojim dokumentima jasno prepoznaje potrebu da se dobrobit porodice djeteta sa smetnjama u razvoju posmatra kao preduslov očuvanja zdravlja samog djeteta i da je podrška porodici ključna u procesu uključivanja djeteta u zajednicu.

Vodič treba da doprinese da zdravstveni radnici bolje razumiju potrebu porodice za dostupnim informacijama i podrškom tokom trudnoće, rođenja djeteta i nadalje, kada se suočavaju s nepovoljnim vijestima o zdravstvenom stanju svog djeteta, da prepoznaju potrebu posebne društvene brige i podrške djeci i porodici, te da porodici pruže dovoljno argumenata koji mogu da joj pomognu u donošenju odluke od primarnog značaja za dijete – a to je **život i razvoj u okviru porodice**. Takođe, ovaj vodič će doprinijeti intenziviranju aktivnosti na podršci porodici kroz multisektorsku saradnju u lokalnoj zajednici.



Vodič je baziran na relevantnim pravnim aktima, prije svega na Konvenciji o pravima djeteta, dobroj praksi i postojećim iskustvima u zdravstvenim institucijama i postojećim istraživanjima.

Relevantni zakonodavni i strateški okvir Crne Gore prvenstveno obuhvata: Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Porodični zakon, Zakon o vaspitanju i obrazovanju djece s posebnim obrazovnim potrebama, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Strategiju razvoja sistema socijalne i dječje zaštite (2013–2017) i Strategiju razvoja hraniteljstva u Crnoj Gori (2012–2016), kao i Nacionalni plan akcije za djecu (2013–2017).

Standardizacija procedure (dobre prakse) u saopštavanju nepovoljnih vijesti uticaće na ujednačavanje stavova i unapređivanje odgovornosti, doprinijeće boljoj saradnji između zdravstvenih radnika i porodice, a time će uticati na smanjenje rizika ranog odvajanja

djeteta od porodice i stvoriti povoljnije okruženje za rast i razvoj djeteta.

Uputstva i procedure u Vodiču **namijenjeni su** zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima koji pružaju zdravstvenu zaštitu majci i djetetu u svim organizacionim oblicima i na svim nivoima.

Vodič je strukturiran tako da na početku odgovara na pitanje **zašto su posebne procedure** potrebne i na koja prava pacijenata odnosno obaveze profesionalaca se odnose. U narednom dijelu Vodiča razmatra se **zdravstveno stanje djeteta**, kao osnova razgovora s roditeljima/porodicom. Potom slijedi **procedura saopštavanja nepovoljnih vijesti**.

U prilogu Vodiča nalazi se **aneks Prava djeteta i zdravlje**, zasnovan na najznačajnijim dokumentima iz ove oblasti.



RAZLOZI ZA UVOĐENJE PROCEDURA ZA SAOPŠTAVANJE NEPOVOLJNIH VIJESTI

Ostvarivanje prava na potpunu informisanost o ozbiljno ugroženom zdravlju djeteta i/ili rizicima za trajnije smetnje u razvoju spada u domen saopštavanja nepovoljnih vijesti.

Iskustva i istraživanja pokazuju da procedure za realizaciju ovog teškog i zahtjevnog zadatka zahtijevaju standardizaciju. Posljedice neadekvatnog saopštavanja nepovoljnih vijesti mogu se formulisati kroz sljedeće primjedbe roditelja/članova porodice:

- da nijesu bili dovoljno saslušani i uvaženi;
- da nijesu pitani za mišljenje i potrebe;
- da se u razgovorima koristi nerazumljiva terminologija;
- da im se ljekari obraćaju s distancom autoriteta i nedovoljnom empatijom.

Ovakav doživljaj roditelja može otežati stvaranje partnerskog odnosa između zdravstvenog radnika i roditelja i povećati rizik od odbijanja djeteta od strane porodice.

Saopštavanje nepovoljnih vijesti zahtijeva, osim dobrog stručnog znanja i iskustva, i ovladavanje vještinama komunikacije. Vještine komunikacije ne smatraju se talentom. One se uče i usavršavaju kroz dodatnu edukaciju. Uspješna komunikacija otvara put saradnje, razumijevanja i poštovanja između stručnjaka i porodice, smanjuje strah, tenziju i neizvjesnost i na taj način smanjuje navedene rizike.

ZDRAVSTVENO STANJE DJETETA KAO SADRŽAJ RAZGOVORA

Cilj ovog poglavlja Vodiča jeste da poveća ona stručna znanja zdravstvenog radnika koja pomažu da se osjeća profesionalno sigurno i da samouvjerenost zastupa najbolji interes djeteta rođenog s rizikom od smetnji u razvoju.

Uzroci smetnji u razvoju – definicija i klasifikacija

Tokom intrauterusnog perioda i u najranijem životnom dobu često nije moguća konačna prognoza kasnijeg somatskog, psihičkog i motornog razvoja djeteta. Uz uvažavanje ovog ograničenja, terminom „smetnje u razvoju“ označavaju se sve malformacije, deformiteti i oboljenja novorođenog djeteta, koji:

- dovode (ili mogu da dovedu) do trajnijeg oštećenja zdravlja i razvoja;
- prouzrokuju poremećaje u funkcionisanju porodice;
- nose rizik odvajanja djeteta od porodice i smještanja u instituciju.

Patološka stanja i oboljenja koja predstavljaju rizik za pojavu smetnji u razvoju mogu se svrstati u pet grupa prikazanih u Tabeli 1.

Tabela 1: Smetnje u razvoju – etiološka klasifikacija

Hromozomske aberacije	Sindromi: Down; Edwards; Patau; Cri du chat i dr.
Molekularni genski sindromi	Sindromi: Cornelia de Lange; Williams; Crouzon; Lowe; Becwith Weidemann; Prader Willi; ahondroplazija; bulozna epidermoliza i dr.
Urođeni morfološki poremećaji	Hidro-mikrocefalija; rascjepi nepca i usne; defekti prednjeg trbušnog zida; defekti neuralne tube; ambivalentne genitalije i dr.
Urođeni poremećaji metabolizma	Poremećaji metabolizma aminokiselina, ugljenih hidrata; bolesti taloženja

Patološka stanja nastala u neonatalnom periodu	Prijevremeno rođenje (ekstremna nezrelost); perinatalne lezije CNS; urođene srčane mane; jatrogena oboljenja
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Najčešći poremećaji s rizikom od smetnji u razvoju su hromozomopatije i to sindrom Down, potom slijede patološka stanja nastala u neonatalnom periodu i urođeni morfološki poremećaji.

Smetnje u razvoju – dijagnostički i terapijski proces

Komunikacija s porodicom i njene faze uslovljene su dinamikom i rezultatima dijagnostičkog i terapijskog procesa. U slučaju sumnje na poremećaj s mogućim smetnjama u razvoju, dijagnostički i terapijski postupci su:

- složeni i mogu zahtijevati duži vremenski period;
- u domenu visoko-specijalizovanih ustanova;
- nameću potrebu transporta novorođenčeta ili slanja uzoraka za laboratorijska ispitivanja.

Tabela 2: Novorođenče sa smetnjama u razvoju: dinamika dijagnostičkih postupaka

Poremećaj	Mogućnosti kliničke dijagnoze u porodilištu	Konačna dijagnoza
Hromozomopatije	Visok stepen sumnje	Citogenetska – najmanje 7 – 10 dana
Molekularni genski poremećaji	Moguć određeni stepen sumnje	Molekularna genetika, može zahtijevati slanje uzoraka u inostranstvo, rezultati i poslije nekoliko nedjelja
Urođeni morfološki poremećaji	Visok stepen sumnje, dijagnoza često moguća odmah po rođenju	Moguća potreba dopunske dijagnostike (Rtg, KT, NMR i dr.)
Urođeni poremećaji metabolizma	Poremećaj stanja svijesti, mišićnog tonusa, konvulzije, hipoglikemija, hipamonijemija, metabolička acidoza (anjonski zjap)	Po pravilu zahtijevaju složenu dijagnostiku i terapiju iz domena neonatalne intenzivne njege

Patološka stanja svojstvena neonatalnom periodu	Ekstremna nezrelost, postasfiktični poremećaji, infekcije i dr.	Po pravilu zahtijevaju složenu dijagnostiku i terapiju iz domena neonatalne intenzivne njege
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

U većini slučajeva dijagnostika poremećaja iz Table 2 moguća je i tokom prenatalnog perioda. U narednoj tabeli dati su najčešći postupci.

Tabela 3: Dijagnostika poremećaja tokom prenatalnog perioda

Poremećaj	Dijagnostički postupak	Indikacije
Hromozomske aberacije	Amniocenteza	- Patološki nalazi skrining testova („double“; „triple“ test) - Patološki UZ nalaz - Trudnica > 35 godina
Molekularni genski poremećaji	- Biopsija horionskih čupica - Kordocenteza	- Proband - Patološki UZ nalaz
Urođeni poremećaji metabolizma	- Biopsija horionskih čupica	- Proband
Urođeni morfološki poremećaji	- Ekspertni UZ - NMR	- Patološki nalazi tokom standardne kontrole tokom trudnoće

Rizik da roditelji odbiju da prihvate novorođenče sa smetnjama u razvoju progresivno se povećava protokom vremena tj. odlaganjem:

- kontakta majke i djeteta;
- prve informacije o zdravstvenom stanju djeteta;
- saopštavanja preliminarne i konačne dijagnoze.

Kod velike većine poremećaja s mogućim smetnjama u razvoju nema medicinskih kontraindikacija za rani kontakt djeteta s majkom. Kontakt je potrebno omogućiti nezavisno od trajanja i prirode dijagnostičkog postupka.

U zavisnosti od dinamike dijagnostičkih postupaka, informisanje porodilje/porodice može imati dvije faze:

1. prethodna informacija u fazi kliničke sumnje na određeni poremećaj;
2. konačna informacija po dobijanju svih relevantnih nalaza i postavljanju krajnje dijagnoze.

1. Prethodna informacija sadrži:

- aktuelno stanje djeteta;
- radnu dijagnozu (dijagnostičku pretpostavku);
- planirane/neophodne dijagnostičke i moguće terapijske postupke;
- okvirno trajanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka;
- razloge za eventualni transport i odredišnu ustanovu, s kontaktom (adresa ustanove, naziv odjeljenja, telefon i, ako je moguće, ime doktora).

Informaciju o aktuelnom stanju djeteta odmah nakon rođenja daje ordinirajući pedijatar – neonatolog. U ovoj fazi potrebna je uzdržanost u odnosu na udaljenu prognozu.

2. Konačna informacija sadrži:

- postavljenu dijagnozu i objašnjenje prirode poremećaja;
- realne terapijske mogućnosti;
- prognozu neposrednog i eventualnog udaljenog ishoda;
- direktne instrukcije za rješavanje mogućih zdravstvenih problema djeteta u kućnim uslovima.

Sve informacije o zdravstvenom stanju novorođenčeta daju se na način koji je prilagođen obrazovnom i socijalnom statusu roditelja i/ili članova porodice. Svakako treba izbjegavati, ili samo na neophodnu mjeru svesti, stručnu terminologiju.

PROCEDURE SAOPŠTAVANJA NEPOVOLJNIH VIJESTI

Sastav tima za saopštavanje nepovoljnih vijesti

Informisanje o zdravstvenom stanju novorođenog djeteta, po principima saopštavanja nepovoljnih vijesti, obavlja se timski.

Tim čine:

- A – Porodilište opšte bolnice: ginekolog-akušer (perinatolog), pedijatar (neonatolog) i glavna sestra neonatologije
- B – Ginekološko-akušerska klinika – Klinički centar Crne Gore: ginekolog-akušer (perinatolog), pedijatar (neonatolog), glavna sestra neonatologije i psiholog
- C – Centar za neonatologiju Instituta za bolesti djece – Klinički centar Crne Gore: dva pedijatra neonatologa, glavna sestra neonatologije i psiholog. Po potrebi, timu se mogu priključiti i specijalisti ostalih pedijatrijskih disciplina.

Konzilijum za fetalne anomalije informiše roditelje o rezultatima prenatalne dijagnostike i mogućnostima liječenja, takođe prema principima saopštavanja nepovoljnih vijesti

Obaveza članova tima je da raspoložive informacije saopštavaju na usaglašen i jedinstven način.

Organizacija saopštavanja nepovoljnih vijesti

Saopštavanje nepovoljnih vijesti organizuje se kroz najmanje dva sastanka.

Priprema prvog sastanka

- Prvi razgovor tima zakazuje glavna sestra neonatologije, po pravilu u periodu od 24 do 48 časova nakon porođaja.
- Pored majke, na sastanak se poziva i otac ili neko od bliskih članova porodice, po izboru majke i uz njenu saglasnost.
- Zakazuje se tačno vrijeme i mjesto koje je predviđeno za tu svrhu.

- Potrebno je obezbijediti dovoljno vremena za razgovor (najmanje 30 min).
- Mjesto sastanka treba da bude pogodno za tu svrhu i zaštićeno od ometanja.
- Raspored sjedjenja učesnika u razgovoru treba da omogućava i podstiče komunikaciju u najvećoj mogućoj mjeri.

Kašnjenje ili odlaganje sastanka treba izbjeći.

Tok prvog sastanka

Ukoliko novorođenče ne boravi uz majku, roditeljima se prije sastanka obavezno omogućava da vide dijete. Poželjno je ohrabriti roditelje da uspostave fizički kontakt s djetetom.

Prvi susret započinje dočekom majke i članova njene porodice srdačnim pozdravom. Nakon što se udobno smjeste, predstavljaju se članovi tima, svojim imenom i funkcijama, a potom se predstave i svi prisutni članovi porodice.

Poželjno je da uvod u razgovor bude neka neutralna tema (npr. Kako ste došli do nas? Da li ste nas lako našli? Da li ste raspoloženi za jedan čaj, kafu...? Tek onda se oprezno započinje pitanjima o tome šta su do sada saznali o stanju novorođenčeta i kako doživljavaju stanje djeteta.

U pogodnom momentu (i ukoliko je medicinski opravdano) upitati da li je dijete dobilo ime. Ako jeste, u nastavku razgovora, kada se govori o djetetu, koristi se njegovo/njeno ime.

Saopštavanje nepovoljnih vijesti – principi dobre prakse

Dobra praksa u saopštavanju nepovoljnih vijesti podrazumijeva da se informacije o zdravstvenom stanju djeteta saopštavaju na sljedeći način:

- Reći istinu, otvoreno i saosjećajno, jednostavnim i razumljivim rječnikom.

- Prvenstveno govoriti o situaciji OVDJE i SADA, a o dalekoj perspektivi samo u okvirima raspoloživih elemenata. Ukoliko su nalazi sigurni (npr. anencefalija, multiple anomalije nespojive sa životom...), član tima treba da nagovijesti mogućnost nepovoljnog pa i smrtnog ishoda, pružajući neposrednu pomoć u prihvatanju realnosti. Ostavite vremena i dopustite roditeljima da ispolje svoja osjećanja. Budite spremni na pitanja o kratkoročnim i produženim posljedicama novonastale situacije.
- Ne dramtizovati, ali ni minimizirati, situaciju kod novorođenčeta.
- Ostaviti prostora za nadu i vjeru u povoljan oporavak, uz mogućnost adekvatnog ranog habilitaciono-rehabilitacionog tretmana.
- Iskazati poštovanje prema sagovorniku, uz pokazivanje razumijevanja za okolnosti pod kojima živi, lična iskustva i kulturološke karakteristike.
- Pratiti ponašanje i reagovati na reakcije porodilje/članova porodice. U tim okolnostima, iskreno i spontano ljudsko reagovanje predstavlja veliku podršku.
- Odgovarati na svako pitanje jasnim, razumljivim jezikom, prilagođenom obrazovnom profilu majke i članova porodice. Ostaviti mogućnost da se na neka pitanja odgovori na sljedećem sastanku.
- Obratite pažnju na intonaciju, kao i na neverbalne poruke/govor tijela, tokom razgovora. Trudite se da vam glas bude smiren i da se u njemu ne osjeti nestrpljenje i žurba.
- Nakon saopštavanja nepovoljnih vijesti, ostaviti vrijeme porodilji i članovima porodice da obrade informaciju i aktivno saslušajte šta vam govore nakon toga.
- Budite spremni na majčinu erupciju plača i očaja i ne skrivajte sopstvena osjećanja.

Tokom razgovora, tj. saopštavanja nepovoljnih vijesti, kad god je moguće, treba izbjeći:

- Ishitreno, prenaplašeno, patetično iskazivanje sopstvenih osjećanja.
- Neprikladnu neverbalnu komunikaciju (skretanje pogleda, grimase, nestrpljivost itd.).
- Brze promjena teme i oglašivanje o pitanja roditelja/porodice.
- Ublažavanje bola, očaja, šoka i nevjerice, "humorom" ili "mudrim izrekama" ili površnim tješanjem roditelja, tipa: svi smo smrtnici, svakome se to moglo dogoditi, vi ste jaki, prevazići ćete to i sl.
- Korišćenje neadekvatnih termina, kao što su invalid, hendikep, defekt, kao i kolokvijalnih izraza.
- Pretrpavanje viškom informacija i raznim savjetima.

Prvi sastanak s roditeljima/porodicom završava se rezimiranjem datih informacija, iznošenjem plana budućih akcija i pozivom roditelja na budući susret.

Jasno obavijestiti porodilju i porodicu ko je njena osoba za kontakt do narednog sastanka.

Sve relevantne podatke o sastanku evidentirati u istoriji bolesti i to:

- vrijeme i mjesto sastanka;
- lica koja su prisustvovala sastanku (sa strane porodilje i njene porodice, kao i imena članova tima);
- pružene informacije (ko, kome, koje);
- termin sljedećeg sastanka;
- osnovne podatke o atmosferi tokom razgovora i druga značajna zapažanja;
- procjenu tima o snagama i slabostima porodilje/porodice da odgovori na potrebe djeteta u oblasti njege i u sprovođenju terapijskih procedura.

Tok drugog sastanka

Na samom početku sastanka potrebno je utvrditi koliko su porodilja i članovi njene porodice razumjeli prethodne informacije o zdravstvenom stanju, kao i da li su shvatili suštinu problema i moguće implikacije.

Svaku nejasnoću potrebno je ponovo razjasniti i dati dodatne informacije. Ako ima dovoljno elemenata, saopštava se konačna dijagnoza.

Sve informacije na ovom i eventualnim narednim sastancima daju se po principima saopštavanja nepovoljnih vijesti.

Na drugom ili narednim sastancima, osim informacija o zdravstvenom stanju, roditeljima/porodici daju se i sljedeće praktične informacije i instrukcije:

- instrukcija za povezivanje s pedijatrom i patronažnom službom ustanova primarne zdravstvene zaštite;
- savjeti i pomoć u savladavanju emocionalnih i drugih urgentnih problema da bi se porodica mogla posvetiti djetetu;
- kontakti ustanova/stručnjaka potrebnih zbog kontinuiteta liječenja i njege djeteta;
- kontakti u zajednici: centar za socijalni rad, udruženja koja mogu biti podrška.

Važno je, umjesto etiketiranja dijagnozom, roditeljima dati punu informaciju o aktuelnom stanju djeteta, uz naglašavanje djetetovih snaga i potencijala. Imati na umu da će, zbog ranih zdravstvenih problema djeteta, roditelji još dugo biti izlagani različitim teškim informacijama o njegovom stanju i perspektivi, da će im trebati stručna pomoć u prihvatanju njegove/njene različitosti i mijenjanju njihovih očekivanja u odnosu na dijete. Najznačajniji ishod razgovora je uvjerenje da su roditelji razumjeli suštinu djetetovih teškoća i da su spremni na saradnju i zajedničko iznalaženje najboljih rješenja, koja idu u susret potrebama djeteta obezbjeđujući mu optimalnu sredinu za dalji rast i razvoj.

Najvažnije informacije, preporuke i uputstva koja su data porodiци upisati u otpusnu listu.

POTREBE ČLANOVA TIMA I VRSTE PODRŠKE

Članovima tima potrebno je obezbijediti:

- ujednačen nivo edukacije u oblasti vještina komunikacije i saopštavanja neočekivanih, nepovoljnih vijesti;
- vrijeme za opuštanje, obradu i razmjenu emotivnih sadržaja /"ventilaciju"/ poslije sastanka na kojem su saopštavane nepovoljne vijesti trudnicama/porodiljama i porodicama;
- informacije o kontaktima svih formalnih i neformalnih centara i mreža podrške roditeljima u zajednici radi upućivanja roditelja na tu mrežu podrške.

Potrebno je da svi zaposleni budu obaviješteni o procedurama i ko ih sprovodi. Isto tako, treba jasno istaći da neovlašćeno saopštavanje vijesti – saopštavanje koje se vrši neovlašćeno ili se informacije saopštavaju drugim licima bez saglasnosti roditelja – predstavlja kršenje prava pacijenta na povjerljivost.

PRILOZI

Prilog 1: Prava djeteta i zdravlje

Profesionalna obaveza svakog zdravstvenog radnika koji radi u zdravstvenoj zaštiti žena, djece i mladih, kao i potreba da poznaje i razumije koncept prava djeteta i njegovu povezanost sa zdravljem i pozitivnim zdravstvenim ishodom, identična je s obavezom da poznaje zakone i propise profesije kojom se bavi.

Poznavanje Konvencije o pravima djeteta i uloge i statusa tog značajnog dokumenta u domaćem zakonodavstvu dio je te obaveze.

Ljekari, medicinske sestre, patronažne sestre, babice koji su dobro upoznati s Konvencijom – razumjeće i njene efekte na zdravlje i dobrobit svakog djeteta i razumjeće zašto se baš od njih očekuje da budu glavni promoteri dječjih prava i njihovi glavni advokati.

Koncept dječjih potreba i prava djeteta

Osnovna činjenica je da djeca imaju svoja prava prosto zato što su ljudska bića. Pored toga, da bi rasla i razvijala se u zdrave ličnosti u punom smislu te riječi (fizički, psihički i socijalno), djeca imaju određene potrebe, koje je neophodno zadovoljiti da bi se postigli neometani rast, razvoj i zdravlje.

Koncept dječjih potreba predstavlja naučno prepoznat način na koji treba podizati dijete da bi ono u potpunosti moglo da iskoristi svoje potencijale. Dječje potrebe proizilaze iz raznih oblasti okruženja u kojem djeca žive i klasifikuju se na: fizičke, socijalno-ekonomske i kulturne, intelektualne, psihološke i emocionalne.

U fizičke potrebe spadaju: stan, sanitacija, ishrana, oblačenje, zdravstvena zaštita, zaštita od nasilja, eksploatacije i slično.

Socijalne, ekonomske i kulturne potrebe obuhvataju: znanje, stabilnu socijalnu okolinu, roditeljsku podršku, poštovanje pravila, dostupnost kulturnih dobara, njegovanje kulturne tradicije i slično.

Intelektualne, psihološke i emocionalne potrebe: najznačajnija potreba koja se u ovoj grupi ističe je život u stabilnoj porodičnoj sredini.

PORODICA se smatra bazičnom i glavnom institucijom primarne socijalizacije djeteta i glavni element koji određuje emocionalni razvoj djeteta. Dijete koje odrasta van porodice, najčešće, tokom života ima niz negativnih posljedica u svim sferama življenja.

Model ranog razvoja djeteta ističe da je porodična podrška prva karika u lancu „uslova“ koji taj razvoj omogućavaju (vidi Prilog 2).

Roditeljska porodica je ona koja pruža zaštitu/njegu, sigurnost, emocionalnu toplinu, podršku, stabilnost, usmjeravanje, vođstvo i postavljanje granica koliko je potrebno, kao i stalnu stimulaciju.

Kada govore o dječjim potrebama, stručnjaci ističu njihovu međusobnu povezanost, kao i nemogućnost da se jedne izdvoje od drugih na osnovu značajnosti. Stručnjaci se posebno zalažu za prepoznavanje univerzalnosti dječjih potreba, što znači da se dječje potrebe odnose na svu djecu, bez obzira na to gdje žive i bez obzira na njihove druge međusobne razlike.

Definisanje potreba, njihova klasifikacija i zalaganje za njihovu realizaciju otišlo je i dalje – do definisanja zajedničkih standarda, koje je neophodno dostići da bi se djetetu stvorili uslovi za pravilni rast, razvoj i odrastanje u zdravu ličnost. No, djeca svoje potrebe ne mogu zadovoljiti sama, samostalno. Odrasli moraju preuzeti obavezu da djeci omoguće realizaciju tih potreba.

Kada odrasli prihvate na sebe obaveze da će preduzeti sve mjere da zadovolje dječje potrebe, i to za svu djecu, kada tu obavezu prihvate s predanošću, obaveznošću pred zakonom i punom odgovornošću – onda zadovoljavanje tih potreba postaje **PRAVO DJETETA**.

Konvencija o pravima djeteta

Konvencija o pravima djeteta predstavlja sveobuhvatni pravni okvir odnosno međunarodno-pravni dokument u kome se dječje po-

trebe pretvaraju u definisana prava djeteta i u kome se države i vlade obavezuju da će poštovati ta prava. Konvencija o pravima djeteta, kao dokument Ujedinjenih nacija, stupila je na snagu 2. septembra 1990. godine i predstavljala je „vrhunac sedamdesetogodišnjih napora koji su bili usmjereni na to da međunarodna zajednica prepozna postojanje posebnih potreba djece kao ljudskih bića”.

Socijalistička Federativna Republika Jugoslavija ratifikovala je ovaj dokument već tokom 1989. godine, a Republika Crna Gora preuzela je ove obaveze sukcesorskom izjavom i time je Konvencija postala dio unutrašnjeg pravnog poretka zemlje. Kao međunarodni ugovor, ona ima primat nad domaćim zakonodavstvom i neposredno se primjenjuje kada odnose uređuje drugačije od domaćeg zakonodavstva.

Ideje koje su zaživjele s Konvencijom predstavljaju revolucionarni pristup u shvatanju djeteta i izazov tradicionalnom pogledu na dijete kao pasivnom primaocu njege i zaštite.

Konvencija o pravima djeteta:

- promoviše filozofiju poštovanja djeteta;
- prepoznaje dijete kao subjekt prava;
- obavezuje odrasle da omoguće ostvarivanje tih prava.

U oblasti zdravlja i zdravstvene zaštite, Konvencija:

- uspostavlja odnos između zdravstvene profesije i djeteta;
- poštuje i podržava razvoj zdravstvenog sistema;
- promoviše zdravstvenog radnika kao “advokata” dječjih prava;
- uspostavlja jasnu vezu između realizacije prava i zdravlja djece.



Članovi Konvencije i njena struktura

Konvencija se sastoji od 54 člana, u kojima su definisana različita prava djeteta.

Ta prava su nedjeljiva, univerzalna i među njima ne postoji hijerarhija – dakle, nijedno pravo nije starije niti ima prednost nad drugim.

Najčešće se grupišu na sljedeći način:

- politička i građanska prava – pravo na identitet, informisanje, udruživanje itd;
- prava djeteta u porodičnoj sredini – pravo da se roditelji prije svih drugih brinu o njemu, odgovornosti roditelja itd;
- prava vezana za zdravstvenu i socijalnu zaštitu;
- prava vezana za obrazovanje, kulturu, slobodno vrijeme;
- posebne mjere zaštite – grupa prava koja posebno štiti djecu u situacijama kao što je eksploatacija, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i slično;
- maloljetničko pravosuđe.

Osnovni principi Konvencije i prava koja su posebno značajna za djecu sa smetnjama u razvoju

Kako je već istaknuto, teško je izdvojiti pojedinačna prava i o njima govoriti i zato se svakom zdravstvenom radniku preporučuje da se upozna s Konvencijom o pravima djeteta, a posebno s onim djelovima u oblasti zaštite zdravlja.

Od najneposrednijeg interesa za nas najprije su osnovni principi Konvencije i to:

Član 2 – nediskriminacija djece: Svako dijete ima pravo na jednako poštovanje svojih prava definisanih Konvencijom. Dijete se ne može i ne smije diskriminisati po bilo kom osnovu.

Član 3 – Konvencija obavezuje sve koji su na bilo koji način u kontaktu s djetetom da u svim aktivnostima i mjerama koje preduzimaju promovišu djetetov najbolji interes i donose odluke u skladu s njim.

Član 6 – Ističe pravo svakog djeteta na život, optimalno preživljavanje i razvoj.

Potom su značajne odredbe koje se tiču prava djeteta na život u porodičnom okruženju:

Član 9 – Naglašava pravo svakog djeteta da ne bude odvojeno od roditelja, sem ako to nije u njegovom najboljem interesu.

Član 18 – Ističe obavezu države/vlada da obezbijedi podršku i pomoć roditeljima, s ciljem da im pomogne u ispunjenju uloge promotera i zaštitnika prava svoje i sve druge djece.

Od posebnog interesa za dijete sa smetnjama u razvoju su i članovi 23 i 24.

Član 23 u stavu 1 kaže da dijete s fizičkim i mentalnim smetnjama u razvoju treba da uživa pun i kvalitetan život, u uslovima koji obezbjeđuju dostojanstvo, unapređuju samopouzdanje i olakšavaju njegovo/njeno aktivno učešće u zajednici.

Član 23, stav 2 uvodi pojam posebne brige za dijete sa smetnjama u razvoju.

Pojam posebne brige, kao i aktivnosti koje iz njega nastaju, potrebno je shvatiti kao dodatnu podršku, kojom se stvaraju neophodni uslovi da bi djetetu sa smetnjama u razvoju i njegovoj porodici bila dostupna sva druga prava na isti način kao i drugoj djeci i da bi se olakšao individualni razvoj i uključivanje u društvo.

Član 24 govori o pravu na najbolje moguće zdravlje i dostupnu, kvalitetnu i djetetu prilagođenu zdravstvenu zaštitu i zdravstvene ustanove. Zajedno s članom 6, ovaj član predstavlja osnov za pravo na investiranje u zdravstvenu zaštitu i promovisanje razvoja djeteta.

Kako je Konvencija jedan šturi pravni dokument, njena primjena se olakšava i osavremenjuje kroz Opšte komentare Komiteta UN o pravima djeteta. Za profesionalce koji rade s djecom sa smetnjama u razvoju od posebnog je značaja Opšti komentar br 9 – Prava djeteta sa smetnjama u razvoju.

Kvalitetna zdravstvena zaštita kao preduslov za ostvarivanje drugih prava

Pravo na zdravlje i na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu značajan je preduslov za svako dijete da uživa u svim drugim pravima, uključujući pravo na život u porodici, obrazovanje, učestvovanje u kulturnom životu i rekreaciji. Zadatak kvalitetne zdravstvene intervencije jeste da podrži dijete (u skladu sa savremenim tokovima nauke i mogućnostima zajednice), uključujući i ono sa smetnjama u razvoju, da raste u sigurnoj porodičnoj atmosferi i da učestvuje u životu zajedice.

Djetetu je mjesto u porodici

Uprkos jasno formulisanim stavovima u Konvenciji o pravima djeteta, UN konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, UN standardima i pravilima o izjednačavanju mogućnosti za osobe s invaliditetom, stavovima SZO i drugim dokumentima, kao i uprkos značajnom konsenzusu stručnjaka baziranom na istraživanjima o

tome da je odvajanje djeteta iz porodičnog okruženja i život u rezidencijalnim institucijama značajan uzrok brojnih štrtnih posljedica kod djece – djeca sa smetnjama u razvoju ostaju najvulnerabilnija populaciona grupacija s aspekta realizacije prava na život u porodici. To je grupacija koja veoma često snosi štetne posljedice boravka u institucijama, za koje postoji dovoljno dokaza da ne obezbjeđuju zadovoljavajuću okolinu za rast i razvoj djeteta.

Značajni napori uloženi su u zemljama o kojima su prava djeteta na život u porodici bila najugroženija (zemlje jugoistočne Evrope), a stav da je djetetu mjesto u porodici centralna je tačka reforme dječje zaštite u Evropi. Eksplicitne preporuke bilježe se u nizu konferencija, deklaracija, rezolucija i slično, kao što su:

- Evropska deklaracija SZO: “Bolje zdravlje bolji životi – zdravlje djece i mladih sa smetnjama u intelektualnom razvoju i njihovih porodica”;
- Istraživački prioriteti za Deklaraciju „Bolje zdravlje, bolji život”;
- Preporuke Savjeta Evrope iz 2010. godine.

Najznačajnije preporuke navedenih dokumenata i stručnih susreta su sljedeće:

- Sva djeca imaju pravo na porodični život, obrazovanje, zdravlje i socijalnu podršku.
- Mora se zaustaviti prijem u institucije i omogućiti razvoj alternativnih organizacionih oblika zaštite u zajednici – i to ne samo donošenjem zakona i propisa već suštinskim promjenama u praksi.
- Obaveza države je da pruži podršku porodici kako bi ona mogla da odgaja dijete u porodičnom okruženju.
- Obaveza države je razvijanje moderne i efikasne zdravstvene službe koja podržava dijete i njegovu porodicu u zajednici.
- Obezbijediti ranu psiho-socijalnu podršku za dijete rođeno sa smetnjama u razvoju.

- Usmjeravati zdravstvene radnike ka aktivnom angažovanju u oblasti prava djeteta na život u porodici i osposobljavanje kroz edukaciju zdravstvenih radnika na svim nivoima, posebno pedijataru, za rad s djecom sa smetnjama u razvoju.
- Istraživanjima omogućiti nova saznanja o:
 - *specifičnim kulturološkim faktorima koji podržavaju ostatak djeteta u porodici;
 - *specifičnim kulturološkim i drugim socijalno-ekonomskim, organizacionim faktorima koji dovode do izdvajanja djeteta iz porodice;
 - *stavovima porodice i okoline prema djetetu sa smetnjama u razvoju.

Podrška djetetu i porodici

“Društvena podrška” djetetu i njegovoj porodici započinje odmah poslije rođenja, još u porodilištu, i nastavlja se kroz čitav period rasta i razvoja, s posebnim intenzitetom u prvoj godini života.

Rađanje djeteta sa smetnjama u razvoju stresni je događaj za majku, porodicu, pa i za profesionalca. Zdravstveni radnici koji rade u porodilištu ili pedijatrijskom bloku mogu samo da pretpostave kako taj događaj utiče na porodicu, ali ne mogu u potpunosti da razumiju niti dožive svu širinu emocionalnog iskustva s kojim se roditelji sreću.

U literaturi se opisuju osjećanja dezorijentacije i šoka, depresije, krivice, straha, tuge i slično i izjave koje idu od: „Ja hoću svoju bebu, ja ću nju da nosim kući, a ne taj vaš sindrom.” do: „Radite s njim šta hoćete, mene to ne interesuje.”

Profesionalci najčešće polaze od toga da je rađanje djeteta sa smetnjama za roditelje poražavajući događaj, koji roditelji ne mogu da savladaju i onda procjenjuju da je potrebno da oni (profesionalci) učine nešto za njih, nudeći im savjet, gotovo rješenje. Ovaj pristup u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti zove se „ekspertski model”.

No, jasno je da ne postoje jednostavne solucije, pa čak i kada neke postoje, one nijesu univerzalne i ne mogu se primijeniti na svaku porodicu i njene probleme.

Isto tako je jasno da profesionalac nema, niti može da ima, sve informacije za formulisanje odluke, niti se odluka može formulirati bez partnerstva s roditeljima. Čak i da profesionalac ima dovoljno informacija, čak i da ima apsolutno znanje – opet ostaju problemi komunikacije s porodicom i način na koji se poruka prenosi.

Period u porodilištu, neposredno poslije rođenja djeteta, od izuzetnog je uticaja na budući razvoj partnerskog odnosa zdravstvenih radnika i roditelja. To je istovremeno i period kada se realizuje pravo na „preživljavanje i najbolji mogući početak života“ i kada roditelji i profesionalci dijele odgovornost za realizaciju tog prava.

Profesionalci imaju obavezu da prepoznaju jedinstvenu ulogu porodice, jedinstvenu vezu koja postoji između roditelja i novorođenčeta i da tu vezu odmah podrže i pomognu da se razvije. Optimalna podrška postoji samo ako se roditelji shvate kao validni partneri zdravstvenim radnicima u traganju za adekvatnom solucijom za dijete.

Obaveze zdravstvenih radnika su:

- da se zalažu za dobrobit djeteta i njegovo pravo da ostane u svojoj porodici, sem ako su protiv toga opravdani medicinski razlozi;
- da pruže informacije o stanju djeteta, institucijama, uslugama, stručnjacima koji mogu da doprinesu često vrlo složenim i komplikovanim potrebama djeteta i porodice, kao i o mogućnostima za dugotrajniju emocionalnu i psihološku podršku;
- da se uzdrže od gotovih solucija, instrukcija, prijedloga.

Od načina na koji se saopšti početna vijest, odnosno informacija o rođenju djeteta, pa kroz sve dalje kontakte zdravstvenih radnika i majke, kao i ostalih članova porodice, neophodno je da profesionalci njeguju i emituju pozitivan stav, empatiju i podršku.

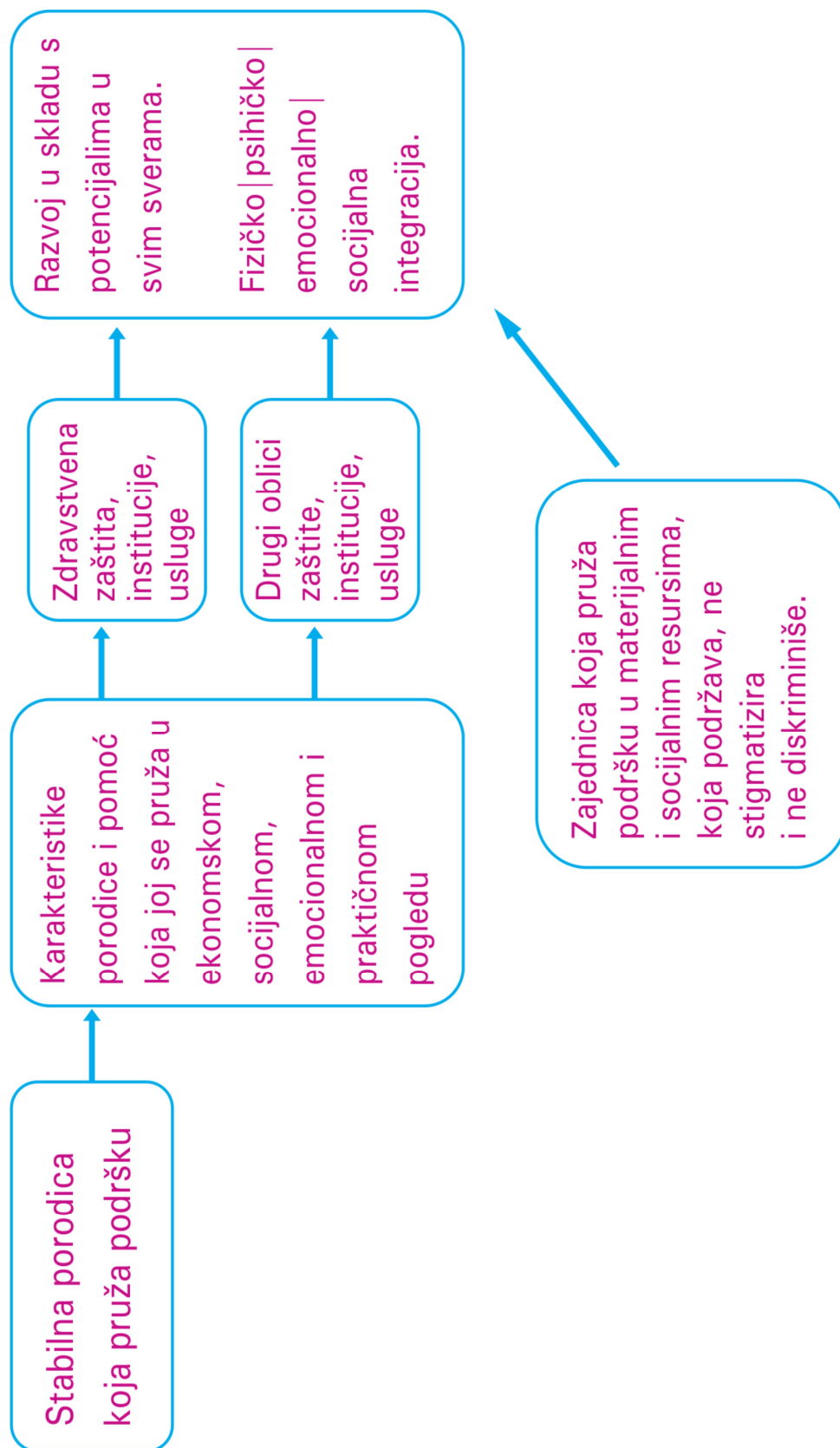
Taj pozitivan stav omogućava da se:

- dijete sa smetnjama u razvoju vidi **PRIJE SVEGA** kao **DIJETE**;
- dijete sagledava kao osoba (jedinka), a ne kao dijagnoza ili problem;
- jasno razumiju i sagledaju prava djeteta i porodice i ograničenja profesionalnog angažovanja u odluci;
- razumije da svaka porodica ima svoje sopstvene potrebe, uslove, želje i da ne postoje dvije iste porodice;
- intervencije usmjere na jačanje porodice;
- s punom senzitivnošću definišu vremenski okviri unutar kojih bi porodica trebalo da dobije neophodne informacije, kako u porodilištu (bolnici) tako i nakon napuštanja istog.



Prilog 2:

Model ranog razvoja djeteta



Prilog 3: Informacije koje je neophodno dati porodici

Porodici koja dobije dijete sa smetnjama u razvoju potrebne su informacije o:

- prirodi i karakteristikama medicinskog stanja djeteta;
- ozbiljnosti stanja, potencijalima djeteta, uz oprez davanja prognoza razvoja;
- vjerovatnoći promjena, kroz vrijeme, pojedinih faktora koji određuju trenutno stanje djeteta;
- institucijama i uslugama koje postoje na lokalnom i nacionalnom nivou i načinu na koji se može doći do pomoći;
- nevladinom i privatnom sektoru koji može da pruži podršku;
- imenima, adresama i kontakt telefonima osoba i stručnjaka koji mogu biti od pomoći;
- mogućim opcijama i pomoći u izboru opcija;
- osnovnim pravima i obavezama roditelja u odnosu na dijete i na podršku društva.

Praktične instrukcije porodici:

- instrukcija za povezivanje s pedijatrom i patronažnom službom;
- direktne instrukcije za rješavanje akutnih problema djeteta;
- pomoć u savladavanju emocionalnih i drugih urgentnih problema da bi se porodica mogla posvetiti djetetu;
- bazične vještine za zadovoljavanje osnovnih fizičkih i drugih potreba djeteta.

Literatura:

Brown, B, et al (2004) *Early child development in social context: A chart book*, Child Trends and Center for Child Health Research.

Carpenter, B. (2007) *Working in partneship through early support*, Department for Education and Skills, UK.

CRED-PRO (Child Rights Education for Professionals) (2008) *Child right curriculum for health professionals*, International Insititute for Child Rights and Development, Victoria, Canada.

CRED-PRO (2007) *An Introduction to child rights and child health*, International Insititute for Child Rights and Development, Victoria, Canada.

Cucić, V., B. Janković, J. Šujak Novak (2010) *Deci je mesto u porodici: Vodič za savetodavni rad sa porodicama novorođenčeta sa smetnjama u razvoju u zdravstvenim ustanovama*, Centar za prava deteta, Beograd.

Cucić, V. i saradnici (2000) *Prava deteta i zdravlje*, Centar za prava deteta i UNICEF, Beograd.

Cunningham, C and D. Hilton (1985) *Working With Parents: Framework for collaboration*. Open University Press.

Golubović, G. (2011) *Reči koje život znače: Komunikacija lekar – pacijent*, samostalni izdavač, Beograd.

Gutherson, P. (2007) *Information sharing, the common assesment framework and early support*, CfBT Education Trust, Leicester.

Health and Social Services England (2003) *Together from the start. Practical guide for professionals working with disabled children*, Department of Health, UK.

Hilton, D. (1993) *Savjetovanje roditelja hronično oboljele ili djece ometene u razvoju* (prevod), Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

HM Treasury and Department for Education and Skills (2007) *Aiming high for disabled children. Better support for the families*, HM

Treasury and Department for Education and Skills, UK.

Jones, H. (2000) "Disabled children's rights and the UN Convention of the Rights of the Child." *Disability studies quarterly* 20(4).

Jugoslovenski centar za prava deteta (1999) *Konvencija o pravima deteta u zakonodavstvu SR Srbije*, Jugoslovenski centar za prava deteta, Beograd.

Lemes L., Barbosa M. (2007) "Telling the mother that her newborn has a disability." *Acta Paul Enferm* 20(4).

Svjetska zdravstvena organizacija (2010) *Evropska deklaracija „Bolje zdravlje, bolji životi“*, Svjetska zdravstvena organizacija.

Zakonski i strateški okvir:

Vlada Crne Gore, Strategija razvoja sistema socijalne i dječje zaštite (2013–2017).

Vlada Crne Gore, Nacionalni plan akcije za djecu (2013–2017).

Vlada Crne Gore, Strategija razvoja hraniteljstva u Crnoj Gori (2012–2016).

Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo rada i socijalnog staranja i Ministarstvo prosvjete Crne Gore, Protokol o međusektorskoj saradnji u prevenciji napuštanja djeteta, potpisan 2014.

Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, *Službeni list Crne Gore* 27/13.

Porodični zakon, *Službeni list Crne Gore* 01/07.

Zakon o vaspitanju i obrazovanju djece sa posebnim obrazovnim potrebama, *Službeni list Republike Crne Gore* 80/04 i *Službeni list Crne Gore* 45/10.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni list Crne Gore* 3/2016.



Ministarstvo zdravlja



Funded by
the European Union

Podgorica, februar 2016.