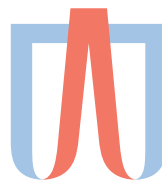




USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



УКРАЇНСЬКА ГЕЛЬСІНСЬКА
СПІЛКА З ПРАВ ЛЮДИНИ

**Права осіб із проблемами психічного здоров'я
Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях
Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини**

УДК 342.727 + 343.41
ББК 66.061.461
П 75

Автори проекту:

Імереллі Р. Е., Казачинська К. П., Мойса Б. С., Шум С. С.

Цей звіт видано завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в рамках проекту «Права людини в дії», який виконується Українською Гельсінською спілкою з прав людини.

Відповідальність за вміст несуть автори і він не обов'язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку або уряду Сполучених Штатів Америки.

Американський народ, через USAID, надає економічну та гуманітарну допомогу по всьому світу понад 50 років. В Україні допомога USAID надається у таких сферах як: економічний розвиток, демократія та управління, охорона здоров'я і соціальний сектор. Починаючи з 1992 р., Агентство США з міжнародного розвитку надало Україні технічну та гуманітарну допомогу на суму 1,8 мільярда доларів.

Детальнішу інформацію про програми USAID в Україні можна отримати на офіційному веб-сайті USAID <http://ukraine.usaid.gov> та сторінці у Facebook <https://www.facebook.com/USAIDUkraine>.

П 75 «Права осіб із проблемами психічного здоров'я. Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р. Е. Імереллі, К. П. Казачинська, Б. С. Мойса, С. С. Шум / Українська Гельсінська спілка з прав людини. – К.: КИТ, 2016. – 34 с. з іл.

ISBN 978-966-2279-50-4

Видання присвячене аналізу забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я у відповідності із практикою міжнародних договорів. У звіті приділено увагу реалізації правоздатності, дотримання права на свободу у контексті примусової госпіталізації, аспекту інформованої згоди. Детально проаналізовано дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах. На основі здійсненого аналізу підготовлено рекомендації щодо можливості впровадження міжнародних стандартів до національного правового поля.

УДК 342.727 + 343.41
ББК 66.061.461

ISBN 978-966-2279-50-4

© Імереллі Р. Е., Казачинська К. П., Мойса Б. С.,
Шум С. С., 2016
© Українська Гельсінська спілка з прав людини, 2016

Віг укладачів



Психіатричні лікарні та становище осіб, які там перебувають, без сумніву є не найкращим прикладом демонстрації нашою країною відданості цінностям прав людини. Але, саме виклики національної стаціонарної психіатрії є предметом уваги міжнародних правозахисних інституцій. Ми неодноразово стаємо свідками їх стурбованості правами людини у психіатричних закладах. Комітети ООН рекомендують Україні переглянути програми запобігання жорсткому поводженню відносно осіб, що перебувають у психіатричних та інтернатних закладах. Множиться й кількість рішень Європейського суду з прав людини, в яких наполегливо рекомендують Уряду України відійти врешті решт від «тоталітарних» уявлень про психіатричну допомогу та способів її надання. Однак, рух України є

аж надто повільним. Стигматизація, фактичне безправ'я є, напевно, найбільш м'якими характеристиками ставлення до пацієнтів лікарень.

Ми продовжуємо започатковане у 2015 році дослідження «Права осіб із проблемами психічного здоров'я». Перед вами друга його частина, в якій окреслено становище пацієнтів психіатричних лікарень. У пропонованому аналітичному звіті здійснено спробу запропонувати кроки, які мають сприяти утвердженню прав людини у національній сфері надання психіатричної допомоги.

Ми сподіваємося, що наданий аналіз проблем та розроблені рекомендації допоможуть органам влади під час напрацювання стратегічних документів та програм у сфері забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я.

Українська Гельсінська спілка з прав людини висловлює щире вдячність за всебічну допомогу у підготовці цього видання Всеукраїнській громадській організації інвалідів-користувачів психіатричної допомоги «Юзер», Асоціації психіатрів України та її Президентові Глузману Семену Фішелевичу за інтерес до проведеного дослідження. Висловлюємо повагу та подяку фахівцям Міністерства охорони здоров'я за сприяння в організації моніторингових візитів до психіатричних лікарень, а також за надані матеріали для проведення громадської експертизи його діяльності.

Ми вдячні експертам, що брали участь у підготовці дослідження: Імереллі Руслану Едуардовичу – президенту Всеукраїнської громадської організації інвалідів-користувачів психіатричної допомоги «Юзер», Шуму Сергію Сергійовичу – заступнику директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Окрему подяку висловлюємо Агентству США з міжнародного розвитку (USAID), яке надало фінансову допомогу у підготовці цього видання. За зміст публікації відповідає виключно автори та Українська Гельсінська спілка з прав людини і її не можна вважати такою, що відбиває позицію USAID або Уряду США.

Виконавчий директор
Української Гельсінської спілки з прав людини

Аркадій Бущенко



Представлений аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини «Права осіб із проблемами психічного здоров'я. Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях» є актуальним для сучасної України та є важливим елементом для розуміння необхідності прийняття Національної програми охорони психічного здоров'я населення України.

Існуюча нині в Україні модель надання психіатричної допомоги не відповідає Європейським стандартам та потребує нагального переорієнтування з системи обмеження особистої свободи на принципи поваги до гідності пацієнтів. Висвітлені проблеми фінансування психіатричних лікарень дають розуміння, що ціла низка порушень прав пацієнтів зумовлені недосконалою моделлю фінансування охорони здоров'я України.

Окремою категорією пацієнтів психіатричних лікарень є неповнолітні. Висвітлені у звіті проблеми дотримання прав дитини, які перебувають у психіатричних закладах, свідчать, що Україною не було виконано Рекомендації Комітету ООН з прав дитини, що були нам надані на 56-й сесії.

Показані у звіті недоліки судової психіатрії висвітлюють її застарілу організаційну модель та радянську орієнтацію на систему покарання, а не на реабілітаційні підходи. Недосконале українське законодавство вже призвело до неодноразових програшів України в Європейському суді з прав людини, а відсутність відповідних змін у законодавчих актах, що регулюють діяльність судової психіатрії, створюють підстави для обґрунтованого звернення громадян до Суду для захисту своїх прав.

Підготовлений звіт висвітлює помилки при наданні психіатричної допомоги, що мають системний характер. Сподіваємося, що підготовлений неурядовими організаціями аналіз проблем та надані рекомендації, допоможуть органам державної влади зрозуміти цінність психічного здоров'я нації для національної безпеки України.

Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України
зі спеціальності «Психіатрія і наркологія»,
доктор медичних наук,
старший науковий співробітник

І. Я. Пінчук

Список скорочень

АТО	Антитерористична операція
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄС	Європейський Союз
ЄСПЛ	Європейський суд з прав людини
ІПР	Індивідуальна програма реабілітації інвалідів
Комітет КПІ	Комітет із прав осіб з інвалідністю
КПІ	Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю
Мінсоцполітики	Міністерство соціальної політики України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
ООН	Організація Об'єднаних Націй

ЗМІСТ

Від укладачів	3
Список скорочень	5
Зміст	6
Вступ.	7
Розділ 1. Запровадження міжнародних стандартів забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я у країнах Східної Європи (на прикладі Болгарії, Польщі, Чехії та Угорщини).	9
Розділ 2. Правове забезпечення дотримання прав людини у психіатричних лікарнях. . .	18
Розділ 3. Практичний аспект дотримання прав людини у психіатричних лікарнях.	27
Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1.	27
Полтавська обласна психіатрична клінічна лікарня імені О. Ф. Мальцева.	39
Херсонська обласна психіатрична лікарня.	48
Рекомендації	60

Вступ

З часу видання першої частини дослідження «Права осіб із проблемами психічного здоров'я» наша держава не досягла особливого прогресу у забезпеченні прав однієї із найбільш вразливих категорій суспільства. Правозахисні інституції та неурядові організації й далі наполягають на системності порушень прав людини у закритих інституціях. Більше того, у 2015 році, ці питання стали предметом уваги Комітету ООН з прав людей з інвалідністю. Під час заслуховування Первинного звіту про виконання Конвенції ООН про права людей з інвалідністю члени Комітету звертали увагу уряду на недопустимість втручання у приватне життя пацієнтів психіатричних закладів, необхідність перегляду інституту дієздатності, зменшення випадків обмеження свободи особи через інвалідність, припинення ганебної практики жорстокого поводження із особами, що перебувають у психіатричних та інтернатних закладах.

Із сумом мусимо констатувати, що психіатричні лікарні є далекими від закладів охорони здоров'я та більше нагадують «закриті центри тотального контролю». Пригнічення персоналом пацієнтів через їх захворювання, використання специфічних засобів покарання як-то наглядових палат чи методів фіксації – не єдині ознаки буднів стаціонарних закладів психіатричної допомоги країни. Додаймо сюди відсутність поваги до приватного життя пацієнта, коли його залежність від персоналу доходить навіть до необхідності просити дозвіл скористатись ванною чи туалетною кімнатою і отримаємо атмосферу, яка менше за все сприятиме відновленню стану здоров'я особи. І нарешті, катастрофічне зменшення норм харчування у лікарнях поєднане із обмеженим доступом пацієнтів до власних страв та продуктів – взагалі ставить під сумнів декларований Конституцією обов'язок із збереження життя та здоров'я людини.

У пропонованому дослідженні зроблено спробу здійснити аналіз дотримання прав пацієнтів психіатричних лікарень до відповідно міжнародних стандартів, а також окреслено поступ у цьому напрямі країн Східної Європи.

Проаналізовано такі компоненти:

- дотримання прав людини під час госпіталізації до психіатричної лікарні;
- повага до приватного життя пацієнтів лікарень;
- забезпечення гідного рівня життя пацієнтів психіатричних лікарень;
- дотримання прав пацієнтів при наданні психіатричної допомоги;
- заходи, що унеможливають випадки жорстокого поводження.

Експерти свідомі того, що здійснений аналіз не охоплює усю сукупність викликів у сфері прав людей із проблемами психічного здоров'я, водночас сподіваються, що звіт стане додатковим аргументом необхідності невідкладного реформування сфери психіатричної допомоги.

Методика дослідження. Для дослідження використано три групи методів: аналіз документів, спостереження у психіатричних лікарнях та інтерв'ювання пацієнтів.

Проведено порівняльний аналіз відповідності міжнародним стандартам прав людини дотримання прав осіб із проблемами психічного здоров'я у країнах Східної Європи. Для прикладу були взяті Болгарія, Польща, Угорщина та Чехія. Як і у попередній частині експерти зосередились на: реалізації правоздатності; дотриманні права на свободу; протидії катуванням, жорстокому, нелюдському чи такому, що принижує гідність, поводженні чи покаранні; праві проживати самостійно та питанні деінституалізації послуг.

Для дослідження використані звітні доповіді, що були подані державами у межах міжнародних механізмів прав людини, зокрема до Комітету ООН з прав людей з інвалідністю. Інформацію щодо

практичної імплементації стандартів взято із альтернативних доповідей неурядових організацій, досліджень Агенції фундаментальних прав ЄС (Fundamental Rights Agency), Адвокаційного центру ментальної інвалідності (Mental Disability Advocacy Center) та інших експертних установ, а також наукові праці, присвячені цій тематиці.

Щоб дослідити правові засади забезпечення прав пацієнтів психіатричних лікарень у 2015 році було проведено громадську експертизу діяльності МОЗ України. Проаналізовано Порядки застосування примусових заходів медичного характеру, нормативні документи, що регламентують умови проживання та харчування пацієнтів, регламентування повноважень МОЗ у сфері контролю за діяльністю психіатричних лікарень та їх реалізація органом влади.

У грудні 2015 року експертами УГСПЛ здійснено моніторингові візити до: Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1, Херсонської обласної психіатричної лікарні та Полтавської психіатричної лікарні імені О. М. Мальцева. На основі інструментарію ВООЗ («quality rights tool kit») здійснено спостереження соціально-побутових умов проживання пацієнтів. Крім того, проведено фокус-групове опитування пацієнтів (по 5 пацієнтів із кожного відділення, де проводилось спостереження), а також здійснено інтерв'ювання персоналу закладів.

Структура дослідження. Представлене дослідження складається із трьох розділів.

У першому розділі здійснено порівняльний аналіз впровадження міжнародних стандартів забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я у чотирьох країнах Східної Європи.

Другий розділ присвячений розгляду національних правових стандартів дотримання прав пацієнтів психіатричних лікарень, на основі нормативно-правових актів та матеріалів, наданих МОЗ України.

У третьому розділі проаналізовано практичний аспект втілення як міжнародних норм, так і національних правових стандартів у системі психіатричних лікарень. Окремо подано результати моніторингу дотримання прав людини у кожній із трьох обраних експертами лікарень.

Підсумком дослідження стали підготовлені експертами рекомендації щодо поліпшення ситуації із забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я.

Автори сподіваються, що звіт зацікавить представників органів влади, у повноваженнях яких є напрями, пов'язані із наданням психіатричної допомоги. Крім того, заохочується запровадження дискусії серед заінтересованих сторін, зокрема об'єднань, що представляють фахівців у сфері психіатрії, неурядових організацій, що працюють в інтересах осіб з інвалідністю, правозахисних інституцій та інших, кому запропонована проблематика є не байдужою.

Розділ 1

Запровадження міжнародних стандартів забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я у країнах Східної Європи

(на прикладі Болгарії, Польщі, Чехії та Угорщини)

Поширення психічних розладів в Європі є серйозною проблемою охорони здоров'я. Близько третини населення регіону зіштовхуються із психічними розладами, тоді як у світі цей показник становить 25%. Водночас найбільші показники психічних розладів експерти спостерігають у вразливих груп населення¹. Дані про характер виплат по інвалідності свідчать про значне збільшення кількості хворих, первинне захворювання яких пов'язане із психосоціальними порушеннями, зокрема: У Данії 44% соціальних виплат призначається особам із психосоціальними порушеннями, у Румунії цей показник становить 37%, у Республіці Молдова – 25%. Міжнародні організації відзначають високий рівень дискримінації осіб із психосоціальними порушеннями. Як один із прикладів наводиться низький показник зайнятості осіб із психосоціальною інвалідністю порівняно з іншими групами².

Огляд стратегічних документів міжнародних організацій щодо забезпечення прав осіб із проблемами психічного здоров'я свідчить про необхідність зміни політики та ставлення до цієї категорії. Цей перехід полягає у зменшенні місця госпітальної системи лікування та зростання значення послуг на рівні громади. Всесвітня організація охорони здоров'я підтверджує, що переважна більшість країн Європи відмовляється від практики утримання осіб із проблемами психічного здоров'я у великих лікарнях, які характеризувались більше неналежним ставленням, ніж ефективним лікуванням. У деяких країнах цей процес супроводжується значними перешкодами та є дещо сповільненим³. Стосується це, зокрема, країн колишнього соціалістичного табору.

Об'єднує ці країни рівень економічного розвитку, що суттєво поступається західноєвропейським. Як наслідок, не значними у загальній кількості є видатки на охорону здоров'я. Останнє, у свою чергу, призводить до зменшення видатків на сферу психічного здоров'я у структурі загальної системи охорони здоров'я. Наприклад, Болгарія на охорону здоров'я витрачає 6,9% ВВП, а із загальної кількості видатків на охорону здоров'я частка психічного здоров'я становить 2,5%, Республіка Польща, витрачаючи на охорону здоров'я 11,5% ВВП, на сферу психічного здоров'я спрямовує 6,5%. Експерти зазначають, що таке недофінансування сфери психічного здоров'я є довготривалою проблемою, яку країнам доведеться вирішувати ще кілька років⁴.

Ще однією спільною рисою цих країн є домінування інституційного догляду із тривалим перебуванням у психіатричних лікарнях та наданням соціальних послуг переважно в інтернатних закладах. Однак, починаючи із 2010 року, держави взяли стратегічний курс на деінституалізацію та надання послуг на рівні громади. Крім того, країни переглядають інститут дієздатності як максимально правову автономію людини, а також пропонують додаткові гарантії захисту осіб, до яких застосовується примусова госпіталізація чи примусове лікування.

Законодавча основа декларування прав користувачів психіатричної допомоги у розглянутих країнах є різною. Болгарія, Угорщина та Чехія питання психіатричної допомоги включили до загального

¹ Mental health action plan 2013–2020. World Health Organization, 2015. – P. 48.

² The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, 2015. – P. 16.

³ Там само. – P. 16.

⁴ Martin Dlouhy Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems// Dlouhy BMC Health Services Research 2014, 14:42 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/42>

законодавства з охорони здоров'я, тоді як у Польщі затверджений окремий законодавчий акт із психічного здоров'я. Серед задекларованих прав, зокрема право вільного вибору надавача психіатричних послуг, доступ до медичної справи⁵.

Так, болгарське законодавство, зокрема, декларує: забезпечення права на доступ до послуг, процедури правового захисту у випадках, коли це потрібно, доступ до конфіденційної інформації та медичної справи. Однак користувачі послуг часто не поінформовані про права людини. Результати проведених фокус-групових досліджень свідчать, що навіть якщо пацієнт може ознайомитись із медичною інформацією та має намір скористатись своїм правом на доступ до медичної інформації про себе, йому це організують у такий спосіб, щоб він не зрозумів, про що йдеться у наданих документах⁶.

В Угорщині пацієнти мають вільний вибір постачальника послуг. Акт психічного здоров'я 1997 року задекларував такі права пацієнтів, як: право на повагу до гідності, право відмовитись від лікування, право на можливість ознайомлення із особистою медичною справою⁷.

Рівність перед законом. Питання правоздатності/дієздатності. Слід віддати належне, що у переважній більшості країн Європи, в тому числі й тих, правове поле яких обрано «кейсовим», є розуміння необхідності реформувати інститут недієздатності, поступово відійшовши від повної опіки над особою. Цьому сприяло в тому числі приєднання країн до Конвенції ООН про права людей з інвалідністю із зобов'язаннями, згідно із статтею 12. В Угорщині були здійснені спроби змінити законодавство, однак Комітет ООН з прав людей з інвалідністю рекомендував країні переглянути його у такий спосіб, щоб забезпечити можливість підтриманого прийняття рішень та зменшити вплив інституту опіки.

Із законодавства Чехії, що набуло чинності 2014 року, повну недієздатність було повністю видалено. Обмеження правової здатності допускається тільки тоді, коли використання альтернативних заходів є неможливим. Крім того, як альтернативу внесено «довіреність», яка заохочує до «самовизначення повнолітньої дієздатної особи щодо можливих дій у випадку обмеження її дієздатності у майбутньому». «Довіреність» (попередня декларація – терміни. – ред.) дозволяє визначити побажання повнолітньої особи щодо питань, які можуть виникнути, зокрема майбутнє опікунство⁸.

Конституційний Суд Польщі ще у 2007 році визнав, що до прав недієздатних осіб слід ставитись із більшою повагою. Він рекомендував модель інституційних рішень допомоги та гнучких послуг, замість недієздатності, результатом якої є позбавлення або обмеження спроможності здійснювати правові дії. Суд також рекомендував збільшити заходи захисту позбавлених дієздатності осіб⁹. На сьогодні у Польщі існує як повна опіка, так і часткова (наставництво). Хоча громадянське суспільство країни схильне вважати, що домінування повної опіки залишається¹⁰.

Болгарія, правове поле якої призвело до рішення ЄСПЛ, де було констатовано порушення статей 5–6, 8 Конвенції стосовно недієздатної особи¹¹, розпочала впровадження реформ із 2012 року. Цим реформуванням передбачалося: відмовитись від повної опіки та запровадити альтернативні заходи, зокрема «довіреність» – передачу іншій особі дозволу на здійснення правочинів у разі втрати дієз-

⁵ Martin Dlouhy Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems// Dlouhy BMC Health Services Research 2014, 14:42 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/42>

⁶ Там само.

⁷ Там само.

⁸ Replies of the Czech Republic to the list of issues, 2015. – P. 13 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/012/96/PDF/G1501296.pdf?OpenElement>

⁹ Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems / European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications office of the European Union, 2013. – P. 29 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fra.europa.eu/sites/default/files/legal-capacity-intellectual-disabilities-mental-health-problems.pdf>

¹⁰ Alternative Report on the Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – Warsaw, 2015. – P. 28. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fNGO%2fPOL%2f21651&Lang=ru

¹¹ Мова йде про рішення ECtHR, GC, Stanev v. Bulgaria, no. 36760/06, 17 January 2012.

датності, інші моделі підтриманого прийняття рішень. Заходи захисту особи, дієздатність якої обмежується, необхідно формувати на основі принципів пропорційності і гнучкості, при цьому враховуючи повагу до побажань особи. Такі заходи повинні бути спрямовані на уникнення конфлікту інтересів та у разі необхідності переглядатися¹².

Однак, не зважаючи на спроби реформувати інститут недієздатності, це питання залишається актуальним, а з ним не менш важливим питанням, яке також вимагає перегляду, питання опікунства. Так, неурядові організації Чехії зазначають, що не зважаючи на внесення змін до цивільного законодавства, обмеження правоздатності і далі превалює у кількісному вираженні. Суди продовжують обмежувати правоздатність людини у багатьох сферах: право на шлюб, право на сім'ю, право голосу, укладання трудових договорів, запити на соціальну допомогу та інформовану згоду у питаннях послуг з охорони здоров'я тощо¹³.

Критерії визнання особи недієздатною можуть відрізнятися, але, як правило, зводяться до інтелектуальних та психічних показників. До критеріїв належать ознаки спроможності, здатності, компетентності.

Процедура визнання особи недієздатною має певні особливості у різних країнах. У Болгарії, згідно із Цивільним процесуальним кодексом, у цій процедурі беруть участь дві судові інстанції. Перша процесуальна судова інстанція обмежує чи позбавляє особу здатності реалізовувати правочини та нести правову відповідальність. Друга – адміністративна процедура встановлення піклування над цією особою. Згідно із Сімейним кодексом, голова муніципалітету є органом, який відповідає за призначення опікуна та довіреної особи. До його повноважень належать моніторинг діяльності опікуна та строки опікунства. Схожою є ситуація в Угорщині, де за питання опіки відповідають позасудові адміністративні органи.

У Польщі регіональний суд займається питаннями визначення ступеня правоздатності особи, а місцевий суд вирішує питання опікунства¹⁴.

Для визначення ступеня захисту особи, яка втратила дієздатність, необхідно з'ясувати два питання: 1) який медичний висновок про стан психічного здоров'я; 2) яка оцінка ступеня неможливості особи управляти власними справами.

Із приводу умов обмеження правоздатності у Цивільному кодексі Чехії йдеться: «Перед обмеженням чиеїсь правоздатності, слід переконатись у наявності інституції, що допомагатиме у прийнятті рішень стосовно осіб, що проживають разом, або піклувальників, які допоможуть особі приймати рішення у складних ситуаціях без обмеження її правоздатності. Тільки переконавшись у неспроможності цих інституцій поліпшити становище особи з інвалідністю, суд може розпочати процедуру обмеження правоздатності особи»¹⁵.

Опікуном може бути дружина/чоловік, найближчі родичі (батьки, брати, сестри чи діти), якщо ж таких немає, то цю функцію на себе бере залежно від країни певна інституція. У Чехії, наприклад, це або посадова особа, або органи місцевої влади. Чеське законодавство взагалі визначає два види опікунства: приватні опікуни – родичі особи, при чому особа має погодитись на їх призначення. Такі опікуни несуть відповідальність перед судом. Державний опікун – це, як правило, орган місцевої влади, який призначається у випадку відсутності приватного опікуна. Згода особи на призначення такого опікуна не потрібна.

¹² Legal Capacity in Europe: A Call to Action to Governments and to the EU. – Mental disability advocacy Center [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mdac.info/en/resources/legal-capacity-europe-call-action-governments-and-eu>

¹³ Replies and comments of Czech NGOs and DPOs to the list of issues on the initial report of the Czech Republic, 2015. – P. 6–7. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fCSS%2fCZE%2f19782&Lang=ru

¹⁴ Там само. Р. 35.

¹⁵ Там само. Р. 35.

У Польщі, якщо позбавлена дієздатності особа перебуває під батьківським наглядом, то такій особі опікунство не встановлюється¹⁶.

Законодавством Угорщини передбачено проконсультуватися із особою стосовно її згоди на призначення тієї чи іншої людини/інституції опікуном.

Різними є й сфери прийняття рішень опікуном. Так, у Болгарії опікун приймає рішення в інтересах особи у всіх випадках.

У Чехії особі, стан здоров'я якої не дозволяє йому виконувати правові вчинки, допомогу надає член сім'ї, з яким вона спільно проживає. Хоча це переважно стосується незначних питань, як-от: послуг охорони здоров'я чи соціальних послуг, запитів щодо соціальних виплат чи допомог тощо¹⁷.

У ситуації із неповною опікою (піклуванням) суд визначає сфери, в яких потрібна згода підопічного. У Польщі, наприклад, піклувальник повнолітньої особи, яка перебуває під частковою опікою, відповідальний за допомогу такій особі в управлінні його справами. Загалом це виглядає так, що згода піклувальника (наставника) потрібна для того, щоб схвалити юридичну дію, що здійснює підопічний. За винятком деяких випадків, пов'язаних із щоденними незначними правочинами чи витрачанням заробленого. Однак у випадку складання заповіту все ж потрібно схвалення піклувальника (наставника)¹⁸.

Дії чи рішення опікуна чи піклувальника повинні контролюватись. Наставник подає до органу опікунства Польщі звіти та інформацію про характер витрат. Суд проводить щоквартальну перевірку отриманих даних. За потреби така перевірка може здійснюватись частіше¹⁹.

Зважаючи на те, що опікунство чи інші засоби захисту мають значний вплив на права людини, міжнародні організації наполягають на необхідності їх перегляду. Термін призначення опікунства різниться. Так, у Болгарії законодавством не встановлено терміну, на який призначається опіка. Польське законодавство передбачає, що особа може відновити свою дієздатність тільки у випадку, коли суд вважатиме, що перебування такої особи під опікою не повинно тривати довше.

У більшості країн Європи вже прийнято законодавство, що дає право особі, яка внаслідок втрати дієздатності поміщена під опіку, оскаржувати або звертатись за переглядом такого рішення. Таке законодавство передбачено в тому числі у Польщі, Чехії та Угорщині. У Болгарії особа, поміщена під опіку, права оскаржувати таке рішення немає. На що і звернув увагу ЄСПЛ.

Право на свободу. Протидія катуванням. Регламентація госпіталізації чи поміщення до закладу, а також лікування має певні особливості в окреслюваних країнах.

У Польщі особа може бути поміщена до лікарні, інтернатного закладу за своїм запитом. У разі, якщо особа є недієздатною, за запитом законного представника. При поміщенні чи госпіталізації недієздатної особи за заявою законного представника, вимагається згода опікунського суду. Крім того, недієздатна особа має право висловлювати власні думки щодо такого поміщення. До винятків, за якими допускається поміщення особи до інтернатного закладу або іншої форми підтримки без її згоди, належать: така особа самотійно неспроможна задовольняти свої елементарні потреби; не може незалежно функціонувати у повсякденному житті. У таких випадках рішення про поміщення до закладу приймається опікунським судом на запит закладу, соціальних служб чи прокурора. Особа, поміщена до інтернату чи закладу іншої форми підтримки за рішенням опікунського суду, має право звертатись до цього ж суду із запитом про перегляд такого рішення. Але і у цьому випадку Польща започаткувала зміну законодавства на виконання рішення ЄСПЛ²⁰, а саме: поміщення до закладу без згоди особи у вищенаведених випадках може тривати стільки, скільки така особа із цим погоджуватиметься; оцінка

¹⁶ Report of the Government of the Republic of Poland drawn up in accordance with the provisions of Article 35 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities presenting the actions taken in order to implement its provisions. – P. 15 [Електронна версія]. – Режим доступу:

http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fPOL%2f1&Lang=ru

¹⁷ Replies of the Czech Republic to the list of issues, 2015. – P. 14.

¹⁸ Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems. P. 39.

¹⁹ Report of the Government of the Republic of Poland.

²⁰ Йдеться про K dzior v. Poland Application No. 45026/07.

психічного стану особи, яка перебуває в інтернатному закладі може здійснюватись за запитом цієї особи або запитом її законного представника не частіше ніж один раз на шість місяців; якщо ж стан особи поліпшується, суд може переглянути рішення про поміщення особи до інтернату²¹.

У Чехії теж існувала практика поміщення особи до інтернату без її згоди. Практично до 2015 року був відсутній судовий захист позбавлення свободи особи у такий спосіб. Водночас законодавчим актом щодо спеціальних рішень передбачено, що суди розглядатимуть справи, пов'язані із ситуаціями позбавлення свободи, через направлення до інтернатів осіб, які перебували під опікою²².

Законодавче регулювання примусової госпіталізації та примусового лікування в оглянутих країнах є неоднаковим. Так, Законом охорони здоров'я Болгарії регулюються обидва поняття як госпіталізації, так і примусового лікування. У Чехії законодавство охорони здоров'я регулює лише примусове лікування, тоді як примусова госпіталізація передбачена Цивільним процесуальним кодексом країни²³.

Варіюється й мета примусового поміщення чи примусового лікування, проте, як правило, їх застосовують щоб запобігти шкоді. Метою примусового психіатричного лікування в Угорщині є захист пацієнта або інших осіб від шкоди життю, здоров'ю та цілісності особистості. Схожим є трактування мети у Болгарії: «Лікування психічних розладів здійснюється для захисту особи (пацієнта) та інших осіб, хто може постраждати від наслідків його/її поведінки в загостреному стані²⁴.

Мета примусового поміщення та/чи лікування віддзеркалена у критеріях його застосування. Здебільшого країни при визначенні критеріїв послугуються Рекомендаціями Ради Європи 2004 (10), беручи до уваги той чи інший із п'яти критеріїв²⁵. Єдине, що є спільним для усієї правової системи Європи, це застосування примусового лікування, яке можливе лише у разі найбільш серйозних проблем психічного здоров'я. Хоча проблеми психічного здоров'я є попередньою умовою, проте їх наявність не виправдовує примусове поміщення у лікувальний заклад. Так, в Болгарії, Угорщині та Чеській Республіці критеріями для застосування примусової госпіталізації є обґрунтований ризик, що становить небезпеку для життя як особи з психічними розладами, так і інших осіб, а також серйозність підтверджених проблем психічного здоров'я. Прикметним є те, що законодавство Угорщини розділяє небезпеку на неминучу, наслідком якої є термінове лікування, і можливу, за якої особа потребує лікування. У Республіці Польща примусова госпіталізація може бути виправдана, якщо крім наявності проблем психічного здоров'я має місце ризик заподіяння шкоди та доведена необхідність лікування²⁶.

Стосовно ж використання легших альтернатив, то ситуація теж є різною. Здебільшого примусова госпіталізація застосовується у випадку неможливості використання інших способів лікування як-то амбулаторного режиму. Угорським законодавством передбачено використання невідкладної госпіталізації у разі якщо «неминучої» поведінці особи можна запобігти виключно госпіталізувавши її. Вочевидь, якщо небезпеці можна запобігти в інший спосіб, то особа не може бути поміщена до закладу. Хоча, закон прямо не визначає альтернативи надання такої допомоги. Пошук альтернатив лікування передбачений і законодавством Польщі. У Болгарії та Чехії закон залишає прийняття рішення про поміщення особи на розгляд іншим, з урахуванням оцінки її умов²⁷.

²¹ Йдеться про *K dzior v. Poland* Application No. 45026/07.

²² Replies and comments of Czech NGOs and DPOs to the list of issues on the initial report of the Czech Republic, 2015. – P. 10.

²³ Involuntary placement and involuntary treatment of person with mental health problem. – European Union agency for fundamental rights, 2012. – P. 30 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

²⁴ Там само. Р. 31.

²⁵ Детальніше «Права осіб із проблемами психічного здоров'я: відповідність національного законодавства міжнародним стандартам. Контекст дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р. Е. Імереллі, Р. І. Кравченко, Б. С. Мойса / Українська Гельсінська спілка з прав людини. — Київ, КВІЦ, 2015. — Розділ 1.

²⁶ Involuntary placement and involuntary treatment of person with mental health problem. – European Union agency for fundamental rights, 2012. – P. 31–33. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

²⁷ Там само. Р. 36.

Не однаковою є регламентована законодавством участь особи у прийнятті рішення щодо примусової госпіталізації та/чи лікування, врахування її думки. Законодавство Республіки Польща наголошує на необхідності взяття до уваги думки пацієнта у процесі формування плану його лікування. Водночас суддя, що виносить рішення стосовно примусових заходів, просить зустрічі із особою перед початком слухань. У Чеській Республіці суд бере до уваги думку пацієнта, однак, якщо вирішено, що особа не має змоги брати участь у слуханнях, то рішення про її госпіталізацію та/чи лікування приймається за її відсутності²⁸.

Що ж до оцінки умов, необхідних для прийняття рішення, то у Болгарії, Республіці Польща та Чеській Республіці достатньо висновку одного спеціаліста.

Термін застосування госпіталізації та лікування може визначати суд чи інший незалежний орган. Однак у Чеській Республіці установа може самостійно виписати особу, якщо стан її психічного здоров'я змінився, незалежно від того, який термін її перебування встановив суд. В Угорщині термін здебільшого встановлюється судом за погодженням фахівців з психіатрії. Згідно із законом: «Особа має бути виписана із установи, якщо термін її лікування більше не є виправданим». У Болгарії термін госпіталізації встановлюється виключно судом²⁹.

ЄСПЛ, у тому числі в рішеннях щодо окреслюваних у звіті країн, наполягає на доступі до правосуддя особи, стосовно якої вживаються заходи примусового поміщення чи примусового лікування. Це, зокрема, передбачає й наявність безоплатної правової допомоги. Так, законодавством Болгарії та Угорщини передбачено, що захисник особі надається автоматично. Законодавством Польщі задекларовано, що безоплатна юридична допомога надається особі, якщо суд розглядатиме можливість участі захисника. У Чеській Республіці безоплатна допомога надається особі, якщо захисник є призначеним, якщо ж пацієнт для перегляду рішення чи апеляції сам обирає собі захисника, то його послуги не оплачуються у межах правової допомоги³⁰.

Громадянське суспільство зазначає, що країни все ж не досягли достатнього прогресу у дотриманні прав людини. Так, неурядові організації Польщі стверджують у законодавстві про психічне здоров'я присутні норми щодо фізичного обмеження пацієнтів за «Поведінку, що становить серйозну небезпеку», однак визначення, яка має бути поведінка у законі не наведено. Крім того, організації відзначають випадки неналежного поводження із пацієнтами лікарень (бійки між пацієнтами). Причини таких інцидентів експерти схильні вбачати у тому, що пацієнти практично не рухаються, а також відсутності реабілітаційних та терапевтичних заходів³¹. Водночас до кримінального законодавства країни внесено положення, яким встановлено покарання за незаконне позбавлення свободи чи неналежне поводження щодо особи з інвалідністю.

Чеським законодавством теж передбачено використання методів фіксації у випадках, коли особа становить небезпеку для свого життя, здоров'я чи своєї цілісності. Здійснювати цю процедуру повинен лікар, у крайньому випадку це може зробити інший фахівець, але необхідно відразу повідомити лікаря про застосування методів. Пацієнту варто роз'яснити стан його психічного здоров'я та підстави застосування методів. Крім того, потрібно повідомити законного представника пацієнта про використання методів фіксації³². Водночас «Адвокаційний центр психосоціальної інвалідності» висловив занепокоєння надмірним застосуванням у Чехії методів фіксації, як-от: сіток, ліжок-кліток, ременів, а

²⁸ Involuntary placement and involuntary treatment of person with mental health problem. – European Union agency for fundamental rights, 2012. – Р. 36 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

²⁹ Там само. – Р. 36.

³⁰ Там само. – Р. 40.

³¹ Alternative Report on the Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – Warsaw, 2015. – Р. 32 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fNGO%2fPOL%2f21651&Lang=ru
Replies of the Czech Republic to the list of issues, 2015. – Р. 16.

³² Cage beds and coercion in Czech psychiatric institutions. – Mental disability advocacy center, 2014. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/cagebed_web_en_20140624_0.pdf

також застосування медикаментів та ізоляції³³. Крім того, у чеському законодавстві кримінальна відповідальність за жорстоке, нелюдське або таке, що принижує гідність поводження, не включає ситуацій, пов'язаних із людьми з інвалідністю, які перебувають в інституціях³⁴.

Право проживати самостійно та деінституалізація послуг. Формально законодавством країн передбачена підтримка, спрямована на максимальну автономність особи. Проте проблемою залишається недостатнє співробітництво між медичною та соціальною галузями³⁵.

У Чеській Республіці реформа сфери надання психіатричної допомоги розпочалася у 2014 році. В її основу покладено створення громадсько-базованих центрів психічного здоров'я, розрахованих на обслуговування 100 тисяч населення³⁶. Результатом реформи має стати: створення центрів, наближених до громади; підготовка професіоналів у сфері психічного здоров'я; запровадження програм, спрямованих на відновлення навичок осіб із проблемами психічного здоров'я та повернення їх на ринок праці. Водночас уряд визнає, що витрачає на утримання інтернатів суттєво більше, ніж на надання послуг на рівні громади. Пріоритетом Міністерства соціальної політики є: створення системи громадсько-базованих послуг; поступова відмова від великих інтернатних центрів, їх трансформація у центри, які були б наближені до громади – деінституалізовані та гуманізовані. У межах реформування заплановано налагодження зв'язку між системою надання психіатричної допомоги та системою соціальних послуг, що має відображатись у наданні соціальних послуг для осіб із проблемами психічного здоров'я на умовах мультидисциплінарного підходу³⁷.

Декларування початку деінституалізації у Польщі можна пов'язати із прийняттям Національної програми захисту психічного здоров'я у 2006 році, мета якої полягає у трансформації психіатричної системи у громадсько-базовані послуги. Заплановано зменшення кількості ліжок у психіатричних лікарнях і, як результат, створення центрів щоденного догляду.

На законодавчому рівні країни задекларовано заходи, які мали б сприяти самостійному проживанню особи, а саме:

- збереження та розвиток навичок для незалежного проживання та активного життя;
- організація підтримки сім'ї, інших осіб, залучення організацій громадянського суспільства та відповідних інституцій;
- виділення фінансової та матеріальної допомоги, інших видів підтримки³⁸.

В окремих регіонах створені Центри денного перебування. Однак доступ до них різний. Неурядові організації свідчать, що не в усіх регіонах є такі центри, особливо це стосується надання послуг у сільській місцевості³⁹. Тому схиляються до ідеї створення Місцевих центрів психічного здоров'я, які б охоплювали до 200 тисяч населення⁴⁰.

У Польщі такі послуги надаються через будинки самопомоги, що діють на рівні громади, та клуби самопомоги.

Болгарія ще у 90-х роках ХХ ст. задекларувала перехід до системи надання послуг на рівні громади. Однак далі законодавчого проголошення цей процес не рухався. До 2012 року діяла Національна політика психічного здоров'я та Національний план дій її імплементації, проте програма не включала заходи із моніторингу та оцінки. Тому її виконання експерти ставлять під сумнів⁴¹. Після при-

³³ Cage beds and coercion in Czech psychiatric institutions. – Mental disability advocacy center, 2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/cagebed_web_en_20140624_0.pdf

³⁴ Replies and comments of Czech NGOs and DPOs to the list of issues on the initial report of the Czech Republic, 2015. – P. 10.

³⁵ Replies of the Czech Republic to the list of issues, 2015. – P. 16.

³⁶ Там само.

³⁷ Replies of the Czech Republic to the list of issues, 2015. – P. 22.

³⁸ Report of the Government of the Republic of Poland. – P. 24–25.

³⁹ Alternative Report on the Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. – P. 7.

⁴⁰ Report of the Government of the Republic of Poland. – P. 24–25

⁴¹ Martin Dlouhy Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems // Dlouhy BMC Health Services Research 2014, 14:42 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/42>.

йняття рішення ЄСПЛ (*Stanev v. Bulgaria*), уряд заявив про поступову ліквідацію інтернатних закладів. На думку урядовців, для цього країні потрібно буде до п'ятнадцяти років⁴².

Експерти констатують, що у Болгарії недостатньо практики із соціального супроводу сімей, етнічних міноритарних та корпоративних груп⁴³.

Угорська стратегічна ціль розвитку психіатрії, з позиції Міністерства охорони здоров'я, мала б ґрунтуватись на трьох критеріях: 1) бути пов'язаною з ініціативами ВООЗ у сфері психічного здоров'я; 2) враховувати місцеві особливості та механізми (наявність лікарень та інституцій); 3) враховувати точну економічну ситуацію⁴⁴.

У 2011 році Угорщина затвердила Стратегію деінституалізації. Відповідно до цієї Стратегії заплановано за 30 років змінити інституції, що налічують понад 50 місць, та нові установи – менше ніж 50 місць. Однак до Стратегії не включались будинки-інтернати для осіб із проблемами психічного здоров'я. У 2012 році уряду на підтримку Стратегії деінституалізації виділені інвестиції від Структурного фонду ЄС. Програмою передбачається підтримка обох напрямів: розвитку заходів із громадсько-базованого проживання та будову нових інституцій (терміни «центри проживання», «підтриманого проживання») для людей з інвалідністю та осіб із проблемами психічного здоров'я⁴⁵.

У Польщі, Угорщині та Чехії розвинутий громадський рух пацієнтів, їх родин та професіоналів. Організації є досить впливовими та представляють інтереси на рівні органів влади. Однак угорський громадський сектор вказує, що залучення владою їх до підготовки тих чи інших рішень здебільшого має декларативний характер. Проблемою для організацій, які представляють інтереси трьох країн, є недостатнє фінансування. Проте польські об'єднання отримують підтримку від промислового сектору, що робить їх лобістські ініціативи більш агресивними. На жаль, у Болгарії громадський сектор користувачів психіатричної допомоги становить лише кілька організацій, проте й ті засновані переважно фахівцями у сфері психіатрії. Будь-який вплив на прийняття ними рішень практично не здійснюється⁴⁶.

Позитивний досвід країн Східної Європи в імплементації міжнародних стандартів прав осіб із проблемами психічного здоров'я, вочевидь, може бути корисним для України. Реалізовані та заплановані реформи можна оцінити як альтернативи виконання взятих на себе зобов'язань.

По-перше, країни поступово змінюють національне законодавство та відходять від традиційного розуміння інституту дієздатності. Зменшення місця повної опіки повільно поступається альтернативним шляхам захисту особи, яка в певний момент потребує підтримки у прийнятті рішень. «Довіреність», обмеження правоздатності як захід, що може застосовуватись після вичерпання усіх можливостей, декларування моделі підтриманого прийняття рішення – шляхи вирішення, які обрали східноєвропейські країни.

2. Видаються позитивними задекларовані державами кроки на зменшення залежності особи із проблемами психічного здоров'я від інших осіб/інституцій у питанні поміщення до лікувальних закладів. Максимальне врахування думки особи, участь органів судочинства, можливість оскарження подібних рішень – це зміни, які були внесені до правового поля окреслених країн. Характерно, що на необхідність реалізації відповідних напрямів Україною неодноразово вказували міжнародні інституції.

По-третє, прогрес у деінституалізації надання психіатричної допомоги, досягнутий країнами, не є настільки помітним. Однак заплановані альтернативи такого переходу заслуговують на увагу наших урядовців.

⁴² Mapping exclusion Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. Mental Health Europe Mental Health Initiative of the Open Society Foundations, November 2012. – P. 40.

⁴³ Там само.

⁴⁴ Martin Dlouhy Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems // Dlouhy BMC Health Services Research 2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/42>

⁴⁵ Mapping exclusion Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. – P. 69.

⁴⁶ Martin Dlouhy Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems

Підсумовуючи наведені вище приклади дотримання прав осіб із проблемами психічного здоров'я в окремих країнах Східної Європи, не можна не оминати того факту, що в Україні також залишилась успадкована система із великими інституціями для надання психіатричної допомоги або утримання психічно хворих людей. Ми ніби одночасно із східноєвропейськими країнами засвоювали уроки міжнародного поступу у цій сфері.

Хоча у Польщі, Чехії та Угорщині ще залишились великі інститути, а експерти ще продовжують фіксувати неналежне ставлення до користувачів психіатричної допомоги, що інколи межує із катуванням, все ж країни започаткували стратегічний напрям переходу до деінституалізованої системи психіатричної допомоги. Болгарія, яка практично за кілька місяців після рішення ЄСПЛ стосовно порушення права недієздатної особи, задекларувала напрями реформування цієї сфери, може слугувати для України непоганим прикладом поваги до рішень міжнародних інститутів.

Варто віддати належне, що, ставши членами Європейського Союзу, країни можуть розраховувати на серйозну фінансову допомогу для реформування сфери психіатричної допомоги. Хоча реалізація тієї ж деінституалізації є процесом, який вимагає значних ресурсів, проте не можна постійно ставити забезпечення прав людини у залежність від недостатнього фінансування.

Розділ 2

Правове забезпечення дотримання прав людини у психіатричних лікарнях

Надані МОЗ статистичні дані свідчать, що забезпеченість населення психіатричними ліжками скоротилась з 39 251 у 2012 році до 38 810 у 2013 році і 31 857 у 2014 році, або відповідно 86,4; 85,5; 74,3 на 100 тис. населення. Кількість ліжок у досліджуваний період скоротилась у Дніпропетровській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Львівській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві. В той же час, більшість скорочень ліжок пов'язана з наявністю частково невідконтрольної території у Донецькій (9 лікарень), Луганській (6 лікарень) областях та окупацією АР Крим (6 лікарень).

Позитивним є відкриття психіатричних відділень за межами психіатричних лікарень. Так в 2014 р. у Київській обласній лікарні було розгорнуто 10 ліжок. Всього не в системі психіатричних лікарень функціонує два відділення в обласних лікарнях та 10 – в міських, одне відділення в дитячій міській лікарні.

Кількість госпіталізованих осіб у психіатричній лікарні з 2013 року по 2014 рік скоротилась на 47 695, за рахунок пацієнтів АР Крим 12 727, пацієнтів Донецької області 19 229, пацієнтів Луганської області 9 812, пацієнтів м. Севастополя 1 721. На жаль, немає підстав стверджувати, що Міністерство охорони здоров'я володіє інформацією про становище пацієнтів, які перебувають на окупованих територіях.

За даними НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології, в Україні у 2015 році, без урахування окупованих територій, нараховувалось 66 психіатричних лікарень, розрахованих на 35 599 ліжок та 56 диспансерів. У 2014 році серед 1 мільйона 700 тисяч осіб, що перебували під психіатричним наглядом, 20% отримували стаціонарну психіатричну допомогу. 254 000 особам встановлено інвалідність за наслідками психіатричних захворювань, при чому 10 000 таку інвалідність було встановлено вперше⁴⁷.

Закон України «Про психіатричну допомогу» визначає, що центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я здійснює державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності⁴⁸. Вищезначена норма Закону знаходить своє відображення у Положенні про МОЗ: «Міністерство здійснює державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги»⁴⁹. Цим же нормативним актом задекларовано, що МОЗ забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта⁵⁰. Цитоване підтверджує, що у МОЗ наявні формальні можливості для впливу на дотримання прав пацієнтів у психіатричних лікарнях.

Водночас, Положення про МОЗ не містить зобов'язань стосовно регламентування діяльності, пов'язаної із імплементацією міжнародних документів у сфері прав людини. Відповідно, права людини

⁴⁷ Дані оприлюднені під час круглого столу у Комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я 30 жовтня 2015.

⁴⁸ Стаття 30 Закону України «Про психіатричну допомогу» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

⁴⁹ Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>

⁵⁰ Там само.

не є визначальними і для діяльності психіатричних закладів. Повага до гідності людини, її рівні права та можливості не проголошено головною цінністю при організації діяльності психіатричних установ, не передбачено заходів для попередження дискримінації. Більше того, відсутність порядку надання стаціонарної психіатричної допомоги та примірного положення про психіатричний заклад, не дає підстав говорити про формування єдиного нормативно-правового підґрунтя дотримання прав осіб із психічними порушеннями, що перебувають у психіатричних лікарнях. До слова, затвердження Положення про організацію психіатричної допомоги в Україні планувалось Міністерством ще у IV кварталі 2009 року⁵¹.

Певна інформація про регламентування становища пацієнтів у психіатричних лікарнях наявна у затверджених Міністерством охорони здоров'я нормативно-правових документах з окремих питань щодо застосування заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади. Серед них: Порядок застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, у психіатричній лікарні із суворим наглядом та Порядок застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, у відділенні (палаті) для застосування примусових заходів медичного характеру з посиленням наглядом⁵². В той же час, «Порядок застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, у відділенні (палаті) для застосування примусових заходів медичного характеру із звичайним наглядом» не розроблено. Не зважаючи на декларування у цілях Наказу необхідності захисту прав осіб, що страждають на психічні розлади, майбутній його аналіз дозволяє стверджувати про невідповідність нормативно-правових актів міжнародним стандартам прав людини.

Слід віддати належне, окремі аспекти прав людини передбачені у Стандарті акредитації закладу охорони здоров'я⁵³. Зокрема, необхідним є відповідність статуту / положення лікарняного закладу законодавству, що дозволяє прослідкувати дотримання, принаймні статті 25 Закону України «Про психіатричну допомогу» у внутрішніх документах психіатричних лікарень. Розділ 4 Стандарту «Права, обов'язки та безпека пацієнтів» включає питання дотримання прав людини. Йдеться про: необхідність навчання етики та деонтології медичного персоналу; необхідність дотримання як і загалом відповідна обізнаність із аспектом інформованої згоди; облік шкоди від лікарських засобів, які призначаються пацієнтам; необхідність реагування на лікарську помилку або випадки смерті. Разом з тим, критерії зазначеного компоненту є далеко не повними, не відповідають міжнародним стандартам, зокрема стандартам ВООЗ..

Госпіталізація до психіатричного закладу

Госпіталізація особи до психіатричного закладу регламентується Законом України «Про психіатричну допомогу»...⁵⁵ Водночас, статтею 94 Кримінального кодексу формалізується вжиття до особи примусових заходів медичного характеру, залежно від захворювання, тяжкості вчинення діяння та небезпеки особи для себе або оточуючих. Такі заходи передбачають, в тому числі госпіталізацію до психіатричного закладу⁵⁶.

⁵¹ Заходи МОЗ щодо удосконалення на 2009–2010 роки.

⁵² Наказ МОЗ від 8 жовтня 2001 року № 397 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0215-02>

⁵³ Наказ МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про затвердження Стандартів акредитації закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11>

⁵⁴ Там само.

⁵⁵ Детальніше див.: «Права осіб із проблемами психічного здоров'я: відповідність національного законодавства міжнародним стандартам. Контекст дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р. Е. Імереллі, Р. І. Кравченко, Б. С. Мойса / Українська Гельсінська спілка з прав людини. — К.: КВІЦ, 2015. — С. 18–19.

⁵⁶ Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>

Керуючись затвердженим МОЗ порядком застосування до особи заходів медичного характеру, підставою для госпіталізації хворого є рішення суду про застосування до нього примусового заходу медичного характеру з суворим наглядом та рішення суду про застосування до нього примусового заходу медичного характеру з посиленням наглядом. Примусові заходи медичного характеру застосовуються до осіб, визнаних судом неосудними, обмежено осудними або тих, хто захворів на психічний розлад після скоєння злочину. Хворі підлягають, не рідше одного разу на шість місяців, огляду комісією лікарів-психіатрів, яка визначає психічний стан особи і наявність підстав для звернення до суду із заявою про продовження, зміну або припинення застосування примусового заходу медичного характеру⁵⁷. Зазначений порядок огляду не захищає пацієнтів від свавілля закладу охорони здоров'я. Так, відповідно до положень ст. 25 Закону України «Про психіатричну допомогу», пацієнт має право на альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним. Вище зазначені Порядки застосування примусових заходів медичного характеру, не містять механізмів звернення пацієнта до фахівця з метою отримання альтернативної точки зору про процес лікування, чим порушується не тільки національне законодавство, а і міжнародні стандарти у цій сфері⁵⁸.

Підтвердження не дотримання прав осіб, до яких вживаються примусові заходи медичного характеру наявні і під час огляду ухвалою судів Дніпропетровська щодо продовження перебування особи у психіатричній лікарні із суворим наглядом. Більше того, в одному із рішень зазначено, що не зважаючи на те, що особа не становить значної небезпеки для суспільства, її не переводять до психіатричного закладу із пом'якшеним режимом, мотивуючи це відсутністю відповідних відділень.

Стосовно проблеми госпіталізації до психіатричного закладу особи, визнаної недієздатною, можна позитивно відзначити спробу її вирішення у запропонованих змінах до законодавчих актів щодо психіатричної допомоги⁵⁹. Проектом, зокрема, пропонується вилучити норму із статті 13 Закону України «Про психіатричну допомогу», згідно із якою особа визнана судом недієздатною госпіталізується до закладу за заявою опікуна. Очевидно, автори пропонують застосовувати до таких осіб процедуру госпіталізації, передбачену статтею 14 цього ж Закону.

Аналіз статистичних даних про кількість госпіталізованих за рішенням суду, дає підстави припустити, що в окремих регіонах спостерігається недобросовісність персоналу лікарень при госпіталізації. Дані за 2014 рік показують, що у Хмельницькій області за рішенням суду госпіталізовано 489 осіб, Вінницькій – 375, Харківській – 320. Водночас, за цей же період у Миколаївській області госпіталізовано три особи, Рівненській – п'ять осіб, а у Київській взагалі дві особи⁶⁰. Припущення полягає у тому, що лікарі, зловживаючи концептом вільної та інформованої згоди пацієнта на госпіталізацію та рекомендуючи особі, що не усвідомлює значення своїх дій, ставити свій підпис під згодою на лікування, не мають наміру займатись процедурою звернення до суду щодо госпіталізації особи.

Надання психіатричної допомоги неповнолітнім

Порушення прав дитини при наданні психіатричної допомоги є предметом уваги як національних правозахисних інституцій, так і міжнародних організацій, зокрема Комітет з прав дитини ООН, на

⁵⁷ Наказ МОЗ від 8 жовтня 2001 року № 397 «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0215-02>

⁵⁸ Йдеться про Принципи захисту психічно хворих осіб та покращення психіатричної допомоги, прийнятих Резолюцією 46/119 ГА ООН 17.12.1991 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_905. Рекомендація REC(2004)10 Комітету Міністрів державам-членам относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mindlabyrinth.ru/legal/?sid=84>

⁵⁹ Відповідний проект закону оприлюднено НДІ соціальної судової психіатрії та наркології МОЗ України під час круглого столу у Комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я 30 жовтня 2015 року.

⁶⁰ Статистичні дані надані у межах громадської експертизи діяльності МОЗ.

п'ятдесят шостій сесії рекомендував Україні розробити комплексну національну політику в області охорони психічного здоров'я дитини.

Виконання рекомендації Комітету задекларовано в Указі Президента України «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні», яким МОЗ України було доручено опрацювати у шестимісячний термін питання щодо вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям, зокрема відокремлення стаціонарної психіатричної допомоги для дітей від психіатричної допомоги для дорослих, та за результатами опрацювання внести в установленому порядку відповідні пропозиції⁶¹.

Лише 2013 року МОЗ затверджено «Порядок надання психіатричної допомоги дітям». Порядком передбачається, що підвищення доступності та якості медичної допомоги дітям з психіатричними захворюваннями, крім іншого, включає створення мережі закладів охорони здоров'я, в яких надаватиметься медична допомога дітям із розладами психіки та поведінки⁶².

Проаналізувавши документи МОЗ дійшли висновку, що нині в Україні відсутня організаційна мережа закладів охорони здоров'я для застосування стаціонарних видів примусових заходів медичного характеру до неповнолітніх. Неповнолітні, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, перебувають в умовах з суворим/поширеним наглядом у відділеннях разом з дорослими. Останнє є грубим порушенням стандарту 30 Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню, яким встановлено, що «психічно хворі неповнолітні не повинні перебувати в одній палаті з дорослими пацієнтами»⁶³.

Гідний рівень життя

Повага до приватного життя пацієнтів. Аналізуючи умови проживання, харчування, дотримання приватності пацієнтів слід із сумом варто відзначити, що відсутність Положення про стаціонарний психіатричний заклад ставить у залежність від персоналу дотримання прав людини. Водночас, окреслення окремих нормативних актів, у тому числі виданих Міністерством охорони здоров'я, дозволяє прослідкувати напрями реалізації відомством відповідної політики.

Певне регламентування умов проживання пацієнтів у психіатричних лікарнях наявні у Державних будівельних нормах «Заклади охорони здоров'я»⁶⁴. Аналізуючи Державні будівельні норми, доводиться констатувати, що психіатричні лікарні є закладами із значним рівнем стигматизації пацієнтів. Так, висота огорожі психіатричних лікарень повинна становити 2,5 м, тоді як висота огорожі інших лікарняних закладів – 1,6 м. Крім того, норми підтверджують примат контролю, над повагою до приватного життя пацієнтів: «Вимикачі загального та нічного освітлення палат для психічних хворих передбачаються в приміщеннях для обслуговуючого персоналу або в коридорах в спеціальних нішах, обладнаних дверцями, що замикаються». У відділеннях психіатричних лікарень, на відміну від інших закладів, не передбачено встановлення телефонів-автоматів та радіотрансляційних мереж⁶⁵. Мало вірогідно, що останнє є аж настільки актуальним, однак наявність таких норм є додатковим підтвердженням обмеження зв'язку пацієнтів із зовнішнім світом.

На жаль, більшість будівель психіатричних лікарень не є доступними для пацієнтів із фізичними порушеннями. Більше того, стурбованість правозахисних інституцій викликає факт незадовільного стану будівель лікарні. У своїй більшості, психіатричні лікарні потребують як ремонту будівель, так й оновлення меблів та інших предметів матеріально-технічного оснащення.

⁶¹ Указ Президента України від 16 грудня 2011 року № 1663/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1163/2011>

⁶² Наказ МОЗ України від 18 травня 2013 року № 400 «Про вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1196-13>
CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cpt.coe.int/ukrainian.htm>

⁶³ Державні будівельні норми 2.2.10.2001 «Заклади охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: ufib.com.ua/docs/biblioteka/DBN/xe.DOC

⁶⁴ Там само.

⁶⁵ Із щорічних та спеціальних доповідей Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини за 2012, 2013 та 2014 роки.

Занепокоєння викликає й недостатнє харчування пацієнтів, особливо після прийняття Наказу «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»⁶⁷. Наслідком прийняття нормативного акта стало практично недоїдання пацієнтів психіатричних лікарень, оскільки суттєво зменшились норми харчування на одного пацієнта. Ось лише кілька цифр для порівняння:

1. Масло вершкове із 40 г залишилось 10 г.
2. Картопля із 400 г залишилось 200 г.
3. Сметана із 20 г залишилось 15 г.
4. Риба свіжо морожена із 100 г. залишилось 50 г.
5. Хліб із 350 г залишилось 250 г.
6. М'який сир із 70 г залишилось 55 г.
7. М'ясо із 125 г залишилось 50 г.

У нових нормах харчування відсутні такі продукти: сир твердий, кисіль, хлібопекарські, кондитерські вироби, дріжджі, джеми, повидло. Немає й круп, зокрема пшеничної та ячної крупи, і т. ін.

Залежно від харчового статусу пацієнта норми харчування поділено на три групи (гіпотрофія, нормотрофія, гіпертрофія), а у дітей на п'ять вікових груп. Останнє має наслідком виникнення у психіатричних лікарнях та їх відділеннях при розподілі їжі непорозуміння, конфліктів між пацієнтами стосовно розміру порцій. Зміна стану пацієнтів прямо впливає на процес його відновлення.

Окрім значення, що мали вищезазначені положення наказу, суттєво зменшились видатки на харчування. Згідно із кошторисними призначеннями на харчування пацієнтів, у 2015 році виділено у чотири рази менше, ніж попереднього 2014. Водночас вплив окремих лікарських засобів, які вживають пацієнти, спричиняє необхідність збільшення норм харчування. Як наслідок, пацієнти психіатричних лікарень практично можуть розраховувати лише на страви та продукти, які їм приносять відвідувачі. Становище пацієнтів, яких не відвідують родичі, або яких направляє на лікування психоневрологічний інтернат взагалі є катастрофічним.

Значним викликом для системи психіатричних лікарень залишається дотримання приватності пацієнтів. Мова йде про простір у спальних кімнатах, користування туалетом та ванними кімнатами, можливість користуватись засобами комунікації та таємницю листування. В Порядках відсутні норми, які б декларували приватність пацієнтів, натомість містяться норми режимного характеру, що свідчить про акцент на обмежувальній, а не терапевтичній складовій примусових заходів медичного характеру.

Прикладом може слугувати реалізація положення Закону України «Про психіатричну допомогу» згідно із яким особи під час перебування у психіатричному закладі мають право на спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу⁶⁸. Натомість, порядки містять положення, що прямо суперечать нормам Закону: «побачення проводяться у спеціально обладнаному приміщенні, яке повинно унеможливити втечу хворого, і в присутності медичного персоналу», «хворі, які перебувають у лікарні із суворим наглядом, мають право на побачення за своїм бажанням або бажанням законного представника в присутності медичного персоналу і контролера відділу охорони лікарні в спеціально обладнаному для цього приміщенні»⁶⁹.

Разом з тим, одним із напрямів Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року», на Міністерство соціальної політики та Міні-

⁶⁷ Наказ МОЗ України від 29 жовтня 2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z2205-13>

⁶⁸ Стаття 25 Закону України «Про психіатричну допомогу» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

⁶⁹ Наказ МОЗ від 8 жовтня 2001 року № 397 «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0215-02>

стерство охорони здоров'я покладено завдання із «вивчення питання щодо посилення захисту права на приватність в установах та закладах, де особи з розумовою відсталістю та психічними розладами перебувають цілодобово (інтернатних установах, психіатричних лікарнях, денних стаціонарах, диспансерах)»⁷⁰. Характерно, що виконання заходу заплановано у 2014 році. Проте, у звіті про його виконання зазначено: «Мінсоцполітики разом з громадськими організаціями інвалідів опрацьовує питання щодо посилення захисту права на приватність...»⁷¹. Доводиться констатувати, що на сьогодні дотримання приватності пацієнтів віддано на розгляд безпосередньо внутрішнім правилам закладу та його персоналу.

Медичне обслуговування

Відповідно до положень «Основ законодавства України про охорону здоров'я», дотримання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики. Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я⁷². В той же час, представлені Міністерством документи свідчать, що натеper розробленими і затвердженими є лише стандарти надання допомоги хворим на депресію, епілепсію та аутизм. При цьому роль реабілітаційних послуг залишається недостатньою.

Відкритим залишається питання забезпечення лікарень фаховим медичним персоналом. Так, на сьогодні кількість лікарів-психіатрів становить 2 635, психологів та лікарів-психологів – 538. Водночас, забезпеченість лікарів-психіатрів становить лише 80%. Дитячих психіатрів – 60%, психотерапевти – 62%, лікарів-психологів 66% від потреби.

Серйозною перешкодою ефективному лікуванню залишається забезпечення пацієнтів лікарськими засобами. У цьому зв'язку із жалем доводиться констатувати фактичну відсутність безоплатного забезпечення ліками або ліками за пільговою ціною пацієнтів, які проходять лікування в амбулаторному режимі. Так, згідно із переліком захворювань, відпуск ліків безоплатно здійснюється особам, що хворіють на шизофренію, епілепсію, а також хворим на психічні розлади (інвалідам I та II груп та працівникам виробничих майстерень у психоневрологічних та психіатричних закладах)⁷³. Однак, безоплатне отримання ліків є майже неможливим. Асигнування на їх закупівлю виділяються надто малі, або такі асигнування взагалі відсутні. Фактично, медикаментозне лікування здійснюється за рахунок пацієнтів. Однак, їх доходи здебільшого можуть обмежуватись допомогою по інвалідності, або доходами інших членів сім'ї. Як наслідок, амбулаторне лікування є вкрай обмеженим.

Занепокоєння викликає відсутність в психіатричних лікарнях соціальних працівників та реабілітологів. Без наявності реабілітаційного ресурсу, психіатричний заклад не може надавати у достатній мірі послуги для тих, хто там перебуває. Більше того, відсутність належних реабілітаційних заходів може призвести до втрати особами навичок та орієнтирів. Не забезпечується мультидисциплінарний підхід при наданні послуг, на чому наполягає ВООЗ, практично відсутня взаємодія із Міністерством соціальної політики щодо забезпечення реабілітаційного компоненту.

⁷⁰ Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 року № 706 «Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 р.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF>

⁷¹ Інформація про стан виконання у 2012–2014 рр. завдань і заходів Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції ООН про права інвалідів» на період до 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=167313

⁷² Стаття 141 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page3>

⁷³ Перелік категорій захворювань, у разі амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-%D0%BF>

Виникає необхідність внесення змін до штатних нормативів медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу та працівників кухонь психіатричних лікарень, відділень, передбачивши наявність серед персоналу соціальних працівників, реабілітологів⁷⁴.

На жаль, як проблема недостатнього забезпечення лікарськими засобами, так і відсутність реабілітаційного компоненту призводять до того, що стаціонарна форма лікування залишається домінуючою. При чому, медикаментозна її складова, у переважній більшості закладів є визначальною.

Можна привітати винесення Міністерством охорони здоров'я на громадське обговорення проекту наказу «Інструкція про порядок застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади»⁷⁵. До слова, затвердження «Правил фізичного обмеження та (або) ізоляції» передбачалось ще із 2001 року у відповідно до статті 8 Закону України «Про психіатричну допомогу». Позитивно оцінюючи норми пропонованого проекту Наказу, слід висловити сподівання, що стратегічною ціллю буде все ж опанування лікарями психіатрами інших деескалаційних технік. Разом із тим, потребує законодавчого врегулювання використання методів фізичного обмеження та (або) ізоляції у закладах охорони здоров'я за межами психіатричного профілю.

Однією із найбільш гострих проблем є обізнаність персоналу стосовно прав пацієнтів. На підставі наданих Міністерством охорони здоров'я України матеріалів не можна простежити проведення будь-якої освітньої роботи щодо забезпечення та дотримання прав пацієнтів психіатричних закладів. Чимало із виявлених проблем якраз і виникають через необізнаність персоналу із міжнародними стандартами у сфері прав людей із проблемами психічного здоров'я. Варто врахувати необхідність навчання та підготовки персоналу у сфері прав людини та міжнародних стандартів дотримання прав осіб із проблемами психічного здоров'я, зокрема, стандартам ВООЗ. Тим більше, що стандарт акредитації закладів охорони здоров'я одним із критеріїв визначає наявність правової освіти⁷⁶.

У 2013 році МОЗ в одному із нормативно-правових актів визнавала необхідність такого навчання: «З метою усунення підстав для надходження до Європейського суду аналогічних заяв проти України у майбутньому провести роз'яснювальну роботу (наради, лекції, семінари) з приводу порушень, що призвели до рішення Європейського суду з прав людини М. проти України». Іншим заходом було конкретизовано реалізацію зазначеного напрямку: «В рамках проведення „Дня спеціаліста“ запровадити роботу семінару щодо підвищення рівня знань лікарів в сфері дотримання прав людини, а саме Конвенції ООН про права інвалідів та Європейської конвенції про захист прав людини, і основоположних свобод та принципів захисту психічно хворих та поліпшення надання психіатричної допомоги»⁷⁷. Виконання зазначених заходів обмежилось лише окремими ініціативами неурядових організацій, що працюють в інтересах користувачів психіатричної допомоги⁷⁸. Не дотримання персоналом психіатричних лікарень прав пацієнтів, дає підстави говорити про необхідність системної роботи у цьому напрямі.

⁷⁴ Штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я, затверджені Наказом МОЗ від 23 лютого 2000 року № 33 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html

⁷⁵ Повідомлення про оприлюднення. Проект Наказу МОЗ України «Про затвердження „Інструкції про порядок застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади“ та Протоколу застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160113_0.html

⁷⁶ Наказ МОЗ України від 14 березня 2011 року № 142 «Про затвердження Стандартів акредитації закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11>

⁷⁷ Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29 травня 2013 року № 437 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо запобігання випадків, що призвели до рішення Європейського суду з прав людини М. проти України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130529_0437.html

⁷⁸ У 2010–2012 роках фахівці Всеукраїнської громадської організації інвалідів – користувачів психіатричної допомоги «Юзер» проводили навчання для 680 медичних працівників та близько 1000 пацієнтів у 17 областях України.

Участь пацієнтів у прийнятті рішень

Закон України «Про психіатричну допомогу» передбачає право пацієнта на особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням йому психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим його прав. В той же час наданими документами не передбачено можливості пацієнта приймати участь в судових засіданнях при продовженні застосування примусових заходів медичного характеру. Не зважаючи на те, що в Кримінальному процесуальному кодексі України передбачено, що участь пацієнта в судовому засіданні є необов'язковою, вважаємо за доцільне звернути увагу на практику Європейського суду з прав людини, який наполягає на тому, що доступ до правосуддя є беззаперечним правом особи⁷⁹.

Не має підстав стверджувати, що голос пацієнтів може бути почутим й у самій лікарні. Наданими на експертизу документами не передбачається створення та діяльність громадської ради, яка буде здійснювати вплив на політику установи, зокрема в частині рекомендацій щодо створення умов для поваги до людської гідності та участі пацієнтів у прийнятті рішень, що ставить під сумнів громадський контроль за діяльністю психіатричних закладів. В той же час, функціонування громадської ради є певним запобіжником проти жорстокого або такого, що принижує гідність, поводження. Надані документи також не містять норм, що регламентують порядок отримання пацієнтом інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги.

Міністерством охорони здоров'я фактично не врегульовано питання використання коштів пацієнтами, зокрема пенсійних чи соціальних виплат. Уповноважений Верховної Ради з прав людини свідчить, що Порядок прийому, збереження і видачі грошей, які належать хворим, затверджений наказом МОЗ України від 2 березня 2007 року № 64, є дуже застарілим. Для недієздатних пацієнтів проблема посилюється ще й повною залежністю від опікуна, який отримує виплати. У разі, якщо опікун не відвідує пацієнта, останній практично не в змозі придбати елементарних речей. Якщо ж опікун відсутній, то кошти зберігаються на особистому рахунку пацієнта, розпоряджатись якими особа не має змоги.

Контроль за діяльністю психіатричних лікарень.

Як було зазначено вище у МОЗ наявні повноваження, визначені законодавством та його положенням, які надають можливість здійснювати контроль за діяльністю, в тому числі психіатричних лікарень. Більше того, у вже цитованому Наказі МОЗ, метою якого було вжиття заходів для запобігання рішенням ЄСПЛ у сфері надання психіатричної допомоги, наявні кроки, якими передбачалось посилення цього напрямку, зокрема:

1. Посилити контроль за виконанням Принципів захисту психічно хворих та поліпшення психіатричної допомоги, що були прийняті Генеральною Асамблеєю ООН резолюцією 46/119 від 17 грудня 1991 року.

2. Здійснити заходи щодо дотримання Конвенції ООН про права людей з інвалідністю та Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод в закладах охорони здоров'я, що надають психіатричну допомогу.

3. Проводити перевірки дотримання Закону України «Про психіатричну допомогу» в підпорядкованих закладах охорони здоров'я у частині госпіталізації особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на регіональному рівні за графіком⁸¹.

Численні порушення прав пацієнтів у психіатричних лікарнях, які фіксуються правозахисними інституціями та неурядовими організаціями, збурюючи громадську думку, свідчать швидше про те, що МОЗ самоусунувся від виконання повноважень у сфері контролю.

⁷⁹ Зокрема, Рішення ECtHR, Gorshkov v. Ukraine, No. 67531/01, 08 February 2006. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-70855>

⁸⁰ Із доповіді «Права людини в Україні у 2014». Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.

⁸¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29 травня 2013 № 437 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо запобігання випадків, що призвели до рішення Європейського суду з прав людини М. проти України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130529_0437.html

Слід визнати, що створення у межах факультативного протоколу до Конвенції із протидії катувань Національного превентивного механізму у структурі Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини вдається виявити системні проблеми у діяльності психіатричних лікарень. Тішить, що МОЗ теж віддає належне діяльності НПМ, що засвідчує нижчеподана інформація відомства:

«Протягом 2013–2015 років працівниками Департаменту з питань реалізації національного превентивного механізму Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини спільно з представниками громадськості здійснювалися моніторингові візити стану дотримання прав осіб, які перебувають у психіатричних закладах.

За результатами моніторингових візитів структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій вжито заходів щодо врахування наданих рекомендацій»⁸². Разом із тим, У доповідях Уповноваженої з прав людини акцентується увага на тому, що виконання рекомендацій Міністерством охорони здоров'я залишає бажати кращого.

Здійснивши аналіз правових засад дотримання прав пацієнтів психіатричних лікарень, із сумом доводиться визнати.

1. Формально Положенням про Міністерство охорони здоров'я України задекларовано повноваження стосовно прав отримувачів послуг із охорони здоров'я. Разом із тим, нормативні акти затверджені відомством не передбачають регламентування більшої частини прав пацієнтів психіатричних лікарень. Обмеження, але не права людини, є визначальними як для діяльності закладів, так і для МОЗ загалом.

2. Відсутність типового Положення про стаціонарний психіатричний заклад ставить у залежність дотримання прав людини безпосередньо від внутрішніх документів та персоналу лікарень. Нормативні документи, якими регулюються застосування до особи примусових заходів медичного характеру далекі від законодавчо задекларованих прав пацієнтів та не відповідають міжнародним стандартам. Більше того, МОЗ практично не досягло прогресу щодо виконання зобов'язань стосовно перебування дітей окремо від дорослих.

3. Нормативні документи та державні стандарти свідчать про неповагу до приватності пацієнтів. Перевага режимних функцій та заходів контролю є типовою характеристикою правових актів.

4. Не можуть розраховувати пацієнти психіатричних лікарень на дотримання гідного рівня життя. Важко повірити, що недоїдання пацієнтів, внаслідок різкого зменшення норм харчування, є виваженою політикою Міністерства.

5. Відсутність реабілітаційного компоненту та неналежна підтримка амбулаторного лікування призводить до того, що надання психіатричної допомоги у стаціонарі превалює. Водночас, і лікування у закладі є надто витратною справою для користувачів психіатричної допомоги, що збільшує частку госпіталізованих повторно.

6. Персонал лікарень, у переважній більшості не ознайомлений із міжнародними стандартами дотримання прав пацієнтів. Системна робота із освіти фахівців у цьому напрямі практично не проводиться.

7. Не зважаючи на декларування у Положенні про відомство та інших нормативних документах повноважень із контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я, їх реалізація МОЗ є не помітною. Лише завдяки діяльності Національного превентивного механізму Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, окремим ініціативам неурядових організацій, - вдається запобігти надто відвертою зневагою до гідності пацієнтів.

Залишається сподіватись, що ініційована розробка проекту національної програми із психічного здоров'я та проекти законодавчих змін зможуть поліпшити ситуацію у сфері надання психіатричної допомоги, а їх пріоритетом стане дотримання прав пацієнтів.

⁸² Із відповіді МОЗ на запит про проведення громадської експертизи діяльності органу виконавчої влади.

Розділ 3

Практичний аспект отримання прав людини у психіатричних лікарнях

Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1

Загальний опис закладу

Психіатрична лікарня №1 знаходиться, фактично, в центрі міста, що зменшує стигматизацію пацієнтів. Позитивним є й те, що лікарня має зручне транспортне сполучення та покриття мобільного зв'язку. Розташована установа в двох корпусах. Один з корпусів був побудований ще 1898 року (на сьогодні в ньому знаходяться шість відділень), другий більш новий 1978 року, у якому два відділення. Попереднє призначення першого корпусу не відповідало психіатричному профілю, що впливає в тому числі на розташування палат.

Психіатричний заклад складають дев'ять лікувально-діагностичних відділень, лікувально-реабілітаційний центр, дві лабораторії. На теперішній час ліжковий фонд складає 495 ліжок. В лікарні проходять стаціонарне лікування чоловіки, жінки та діти. Присутнє наявне поліклінічне відділення, яке в амбулаторному порядку обслуговує мешканців м. Миколаїв.

Гідний рівень життя. Побутові умови

Технічний стан споруд лікарні, забезпечений центральним водопостачанням та опаленням можна вважати задовільним. Температурний режим в опалювальний сезон відповідає нормам. Разом з тим, часто виникають перебої з водопостачанням, про що свідчать баки з водою, встановлені в кожному туалеті і ванних кімнатах. Відділення лікарні мають високі стелі, в палатах і коридорах скрізь великі вікна, що дає достатнє природне освітлення. Палати мають діючу вентиляцію, тому в більшості відділень відсутній специфічний неприємний запах. Загальної сигналізації у відділенні та в палатах не має. Останнє може бути додатковим викликом під час пожежної небезпеки.

Доводиться констатувати, що палати є перенаселеними. Так, в жіночому відділенні в одній палаті знаходяться від 4 до 10 пацієнтів, а в чоловічому від 4 до 14 пацієнтів. При цьому площа палат не відповідає нормі 6 м² на одного пацієнта. Більше того, перешкодою забезпечення приватності у більшості палат є відсутність дверей.

Не у всіх відділеннях забезпечено достатньо простору для зберігання особистих речей. Так, в одному із відділень, у палатах наявні вішалки для верхнього одягу, де, зокрема, можна зберігати взуття. В іншому – тумбочки якщо і є, то не біля кожного ліжка. В окремих палатах, окрім ліжок, жодних інших меблів немає. «Речі, які не поміщаються під подушкою, віддаються на зберігання персоналу. Особисті речі зберігаються у спеціальних кімнатах схову, і видаються сестрою-господаркою з дозволу медичного персоналу», – зазначають пацієнти.



Фото 1. Палата із звичайним режимом чоловічого відділення №3

Постільна білизна і рушники пацієнти переважно приносять з дому. Матраци надто старі і давно потребують заміни або відповідної реконструкції. За словами пацієнтів, гігієнічних засобів (зокрема, туалетного паперу, мила, зубної пасти) лікарня не надає.

Наявність режиму дня, із якого респондентам відомо лише час підйому та харчування, може свідчити про те, що пацієнти не можуть самостійно обирати час, коли вставати, а коли йти до сну. Час підйому, згідно із режимом, передбачено о 6.00, час відбою – о 22.00 годині. Більше того, після 22-ої години заборонено вмикати світло. Виключенням є лише наглядові палати, в яких світло горить цілу ніч. Однак, у цій ситуації постійно увімкнене світло може пригнічувати пацієнтів.

За словами пацієнтів, санвузли у відділеннях знаходяться віддалено від палат, але це не створює будь-яких незручностей. Відсутність неприємного запаху може бути свідченням, що там прибирається.

Одночасно туалетами можуть користуватися від двох до трьох пацієнтів, ванною кімнатою – від одного до двох пацієнтів. На жаль, у туалетах не створено умов для дотримання приватності, оскільки двері між перегородками відсутні. «Коли у туалеті набираються черги, без свідків не обійтися», – зазначають пацієнти.

Вхідні двері туалету мають замок, що дає підстави вважати, що користування туалетною кімнатою може бути обмежено.

Пацієнти змішаного відділення у доступі до туалетних кімнат стикаються із додатковими перешкодами. Формально, у відділенні є дві туалетні кімнати. Медичний персонал запевняє, що одна з них чоловіча, інша – жіноча. Хоча в останньому є сумнів. Наявність засобів гігієни (туалетного паперу, паперових рушників, інше) в одній із кімнат та її постійне замикання на ключ, дає підстави підозрювати, що це, швидше, кімната, якою користується персонал.



Фото 2. Наглядова палата змішаного відділення № 9



Фото 3. Палата із звичайним режимом чоловічого відділення № 3

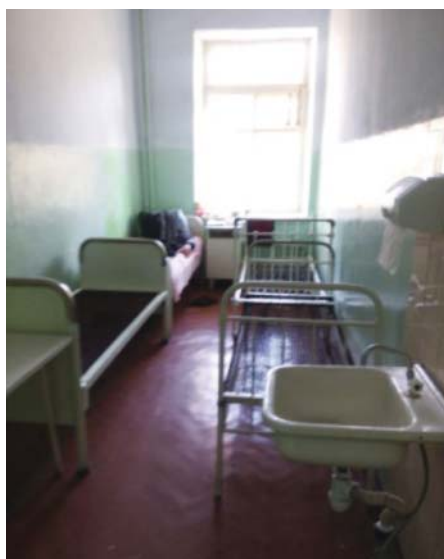


Фото 4. Приміщення ізолятора чоловічого відділення № 7



Фото 5. Туалет чоловічого відділення № 7



Фото 6. Туалет чоловічого відділення № 7



Фото 7. Туалет змішаного відділення № 9



Фото 8. Туалет змішаного відділення № 9



Фото 9. Інший туалет змішаного відділення № 9



Фото 10. Інший туалет змішаного відділення № 9



Фото 11. Ванна кімната чоловічого відділення № 7



Фото 12. Ванна кімната чоловічого відділення № 7



Фото 13. Ванна кімната жіночого відділення



Фото 14. Ванна кімната змішаного відділення



Фото 15. Ванна кімната змішаного відділення

Респонденти цього відділення, додатково вказують, що доступ у туалетні кімнати ускладнюється «окремою чергою для чоловіків та для жінок».

Схожою є ситуація із доступом до ванної (душової) кімнати. У відділеннях ця кімната поєднана із кімнатою для здійснення особистої гігієни. Проте, вона теж під замком. З цього приводу пацієнти, напевне з іронією, вказують: «Можна обирати собі час для здійснення особистої гігієни, якщо звернутись до медичного персоналу і тобі відчинять». Водночас, персонал зазначає, що щонеділі пацієнти обов'язково мають можливість скористатись ванною чи душовою кімнатою (т.з. «банний день»). Напрошується висновок, що існує певний графік користування цими кімнатами. Більше того, самі ж пацієнти змішаного відділення підтвердили, що є графік (час) для користування кімнатою чоловіків та жінок.



Фото 16. Їдальня



Фото 17. Їдальня

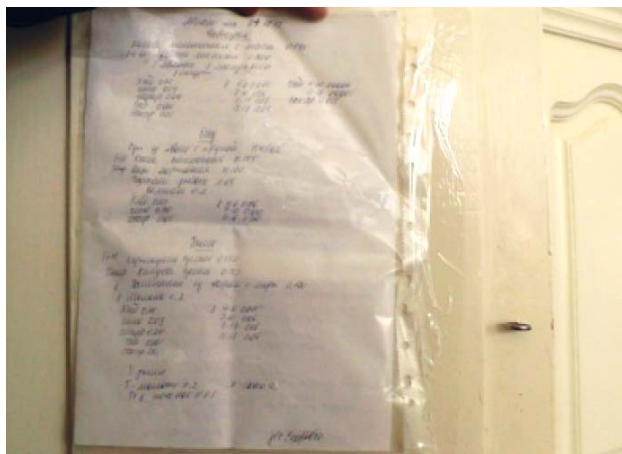


Фото 18. Їдальня

А якщо згадати описані вище проблеми із водопостачанням, то здійснення особистої гігієни пацієнтами супроводжується додатковими перешкодами.

Немає особливих підстав стверджувати, що ванна (душова) кімната оздоблена з поваги до гідності пацієнтів. Так, в окремих кімнатах відсутні гачки для вішання одягу. Помітно, що персонал спішно намагався показати, що дотримується приватності пацієнтів, невдало повісивши шторки. У кімнаті особистої гігієни є рідке мило. З цього приводу респонденти зазначають: «Мило поклали до Вашого приїзду, поїдете – мило заберуть».

Також пацієнти зізнаються, що, на жаль, якість їжі у їдальні незадовільна. Харчування відбувається за чітко визначеним графіком, а вживання їжі та напоїв в інший час не передбачено. Водночас, опитаним не відома вартість харчування та його нормативна кількість.

Свідченням того, що пацієнти недоїдають, може бути домінування у їх раціоні продуктів та страв, які приносять близькі. Але і в цьому випадку пацієнти повинні дотримуватись графіку, оскільки доступ до холодильника та/або шаф із продуктами харчування обмежується певними годинами. Перелік страв та продуктів, які можуть приносити пацієнтам, теж є обмеженим, про що свідчить відповідний список у кімнаті відвідувачів. Існування такого переліку персонал пояснює санітарно-епідеміологічними вимогами.

Пацієнтів, які не можуть самостійно їсти, годують санітари і медсестри. Залишається незрозумілим, хто допомагає таким пацієнтам, коли вони мають намір споживати страви, принесені їм близькими.

Їдальня, де харчуються пацієнти, загалом виглядає чисто. На час нашого приїзду справляла враження затишку. Проте, враження це могло бути «підготовленим». Пацієнти харчуються у дві зміни, оскільки відсутня достатня кількість місць у їдальні відділення. Не у всіх відділеннях є місце для контрольної страви, що може викликати сумніви у пацієнтів стосовно порції страв.

На жаль, комунікація із зовнішнім середовищем є обмеженою. У більшості відділень навіть є повідомлення про заборону приносити із собою мобільний телефон. Місцевим телефоном у лікарні користуватись можна лише у присутності представника персоналу. Листів респонденти не пишуть, оскільки переконані, що їх все одно перечитують: «Розумієте, ми ж хворі, можемо що завгодно написати».



Фото 19. Їдальня



Фото 20. Їдальня



Фото 21. Інформація для пацієнтів у відділенні № 7



Фото 22. Кімната для відвідування пацієнтів відділення № 7

Відвідування пацієнтів здійснюється за встановленим графіком – три години зранку та дві – у другій половині дня. Для цього при вході у відділення облаштовано відповідну кімнату. Однак, кімната нічим не відгороджена, що ставить під сумнів можливість пацієнтів самотійно зустрічатись з родичами. Така можливість є лише у пацієнтів окремих відділень, які з дозволу персоналу можуть вийти до родичів зустрітись з ними на території закладу. Як виявилось, більшість респондентів (крім деяких відділень) не мають права виходити за межі території лікарні.

У більшості відділень лікарні є прогулянкові дворики, обнесені парканом. З одного боку, наявність таких місць для прогулянок, є хорошою можливістю вийти за межі палати та вільно спілкуватись. Для змішаного відділення – у цьому є ще й додаткові переваги. З іншої боку сторони, загородженість цих двориків, обмеження парканом території



Фото 23. Прогулянковий дворик у змішаному відділенні



Фото 24. Інформація для пацієнтів у чоловічому відділенні



Фото 25. Інформація для пацієнтів у жіночому відділенні



Фото 26. Місце для перегляду телевізора у змішаному відділенні.

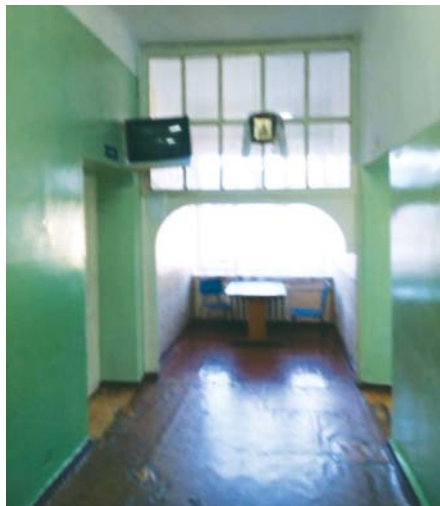


Фото 27. Місце для перегляду телевізора у чоловічому відділенні



Фото 28. Місце для перегляду телевізора у чоловічому відділенні

прогулянок не додає йому затишності. Оскільки дворики розташовані лише на першому поверсі, то ними користуються й пацієнти відділення другого і вище поверхів, що наштовхує на думку про існування певного графіку. До того ж прогулянка пацієнта залежить від його стану та поведінки.

Можливість більшості пацієнтів вільно пересуватись територією закладу суттєво обмежена внутрішніми правилами лікарні. Респонденти зауважили, що «найкращою допомогою для медсестри і санітарки буде те, що ми не встаємо з ліжок». Скутість пацієнтів відчувалась і під час спостереження. Будь-яка ініціатива з їхнього боку швидко вгамовувалась персоналом.

Викликало занепокоєння використання у більшості відділень відеонагляду, про що нагадує й відповідне попередження (див. на фото вище). Такий спосіб контролю, без сумніву, можна трактувати як втручання у приватне життя пацієнтів.

Здивувала й наявність ґрат у коридорах кількох відділень лікарні. Миколаївська психіатрична лікарня не є закладом закритого типу, тому подібні речі є не лише зайвими, а й такими, що порушують права пацієнтів⁸³.

У переважній більшості відділень облаштовані місця або кімнати для перегляду телевізора.

Гнітюче враження справило розташування місця для перегляду телевізора у чоловічому відділенні. Телевізор повісили під саму стелю, у кінці коридору. Не хочеться думати, що персонал свідомо спланував, що пацієнти повинні стоячи дивитися телевізор, обіпершись на стіни. А щоб такі незручності не тривали довго, також обмежив час його перегляду кількома годинами ввечері, а саме: з 17.30 до 20.00.

Все ж персонал намагається донести певну інформацію до пацієнтів, обладнавши відповідні інформаційні куточки. Серед матеріалів, в тому числі, є Закон України «Про психіатричну допомогу».

Медичне обслуговування

Відділення лікарні обладнані процедурними кабінетами, кабінетами для лікарів, кімнатами для чергових медичних сестер.

На думку респондентів, молодшого та середнього персоналу у лікарні достатньо. Проте існує проблема у недостатній кількості кваліфікованих лікарів. Таку оцінку опитані підтвердили, вказавши, що не у всіх пацієнтів є можливість обирати собі лікуючого лікаря. Виникають сумніви і щодо розуміння персоналом мети лікувального закладу та способів чи методів лікування пацієнтів. Так, на їх думку, основною проблемою є недостатня кількість ліків. Стосовно ж реабілітаційних заходів, програм відновлення, то лікарі або не знають про це, або відносяться до цього без належної уваги.

⁸³ 26 грудня під час телефонної розмови головний лікар запевнив, що усі відеореєстратори зняті.

Окрім незнання персоналом альтернатив лікування пацієнтів, виникли сумніви щодо їх добросовісності під час госпіталізації. Згідно із наданими даними щодо кількості госпіталізованих, за 11 місяців 2015 року госпіталізовано 3214 осіб, з яких лише п'ятеро – за рішенням суду⁸⁴. Вочевидь, кількість примусово госпіталізованих мала би бути вищою. Складається враження, що лікарі обмежуються тим, що просять особи, яка не усвідомлює значення своїх дій, ставити підпис про згоду на лікування. Можливо, це зумовлено небажанням лікарів займатись процедурою госпіталізації. Головний лікар не зміг пояснити причини таких показників.

Респонденти переважно наполягають на тому, що персонал лікарні ставитися до них доброзичливо. У його ставленні не виявлено зверхності. Однак є підстави підозрювати протилежне. Підтверджується це відповідями респондентів на інші запитання. Респонденти переконані, що: «Перебувають у закритому закладі». Позиціонують себе як: «Дуріків, яким треба лікувати голови». Таке нав'язування персоналом пригніченого ставлення пацієнтів до себе важко назвати приязним.

У лікарні в повному обсязі відсутні елементи реабілітації пацієнтів, в тому числі і лікувально-терапевтичні заняття з підопічними. Фактично, пацієнти перебувають або в палатах або біля телевізора. Так, респондентки одного із відділень із захопленням розповідали, що «Медсестри дозволили їм допомогти прикрасити ялинку». Адміністрація закладу навпаки намагалась запевнити нас, що психотерапія все таки проводиться. Для цього є відповідна кімната. У кімнаті є шезлонги для психотерапії і тенісний стіл (що правда на ньому лежали матраци та інше обладнання). Складається враження, що кімната використовується швидше для відпочинку персоналу. Тим більше, що респонденти не змогли підтвердити наявність занять із психотерапії.



Фото 29. Відділення № 9



Фото 29. Відділення № 9



Фото 24. Кімната для занять із психотерапії змішаного відділення № 9



Фото 29. Відділення № 9

⁸⁴ Згідно зі статтею 14 Закону України «Про психіатричну допомогу».

Респонденти серед основних проблем вказують на надто дорогі лікарські засоби, які їм доводиться купувати. Особливо гостро ця проблема для тих, чиїм основним доходом є пенсія чи соціальна допомога: «Перебування у лікарні, орієнтовно, 300 гривень в тиждень, з пенсією до 1000 гривень виходить надто дорого», – зазначають опитані.

Реалізація правоздатності

Пацієнти не володіють інформацією, що міститься в їхній історії хвороби: «Ми не маємо права ознайомлюватись із історією хвороби», – зазначають вони та вважають, що доступ до історії хвороби має медичний персонал відділення, лікуючий лікар та їх родичі. Більшість опитаних вважають, що можуть внести зміни до історії хвороби, однак не знають, що саме можна змінити. Єдине із зазначеного це те, що можна поскаржитися лікарю на погане самопочуття від того чи іншого психотропного препарату, який надають їм для лікування.

Лише у частині відділень пацієнти мають власні кошти. Персонал дозволяє їм витратити кошти на свій розсуд, зокрема, купувати щось за межами відділень. Однак пацієнти більшості відділень доступу до власних коштів не мають. Залишається невідомим, яким чином реалізують свої права особи, визнані недієздатними. Особливо ті, які тривалий час перебувають у лікарні чи перебувають під опікою закладу. Крім того, відкритим залишається й питання допомоги персоналом тим пацієнтам, які мають фізичні порушення у реалізації ними правоздатності.

Усі присутні під час опитування пацієнти приречено заявили, що знають чому знаходяться у психіатричній лікарні: «Бо ми дуріки. Нам треба підлікувати голови». Переважно респонденти знають, які ліки отримують: «Ми ж самі їх купуємо». Водночас, ніхто не зміг впевнено сказати, скільки часу доведеться провести у закладі і чи взагалі поліпшиться їх стан здоров'я.

На жаль, серед пацієнтів були такі, кому не має до кого повернутися і хто не має де проживати після виписки з лікарні. Останнє вкотре засвідчує нагальність запровадження послуг із підтриманого проживання.

Респонденти впевнені, що знають свої права: «На стіні висить перелік прав пацієнтів». Проте під час спілкування опитані не змогли пригадати, які права ними були реалізовані.

Свобода від катувань або жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність поводження чи покарання, та від експлуатації, обмежень та наруги

Доводиться констатувати, що у лікарні застосовується м'яка фіксація пацієнтів. «Руки та ноги прив'язують колготами до ліжка», – зазначають респонденти. Головний лікар надав нам наказ закладу, який регламентує таке застосування. Нормативний документ, який складений на основі методичних рекомендацій, не може вважатись прийнятним. Більше того, пропонувані у наказі процедури не відповідають міжнародним стандартам.

Респонденти вважають, що не відчують поганого ставлення з боку персоналу. Однак, як зазначалось вище, вербальне ставлення медичних працівників до пацієнтів, нав'язування пацієнтам зневажливого до себе ставлення важко трактувати як належне.

У ситуації, коли пацієнти ображають, зневажливо ставляться до інших пацієнтів, персонал вживає «адекватні» дії: «Особі (тому, хто образив пацієнта) колять велику дозу аменазину та прив'язують у наглядовій палаті». На жаль, цитоване свідчить про використання наглядової палати та фіксації пацієнтів у якості покарання.

Крім того, серед ознак неналежного поводження, респонденти згадали обмежений доступ до туалетних кімнат: «Особливо погано тим, хто прив'язаний у наглядовій палаті».

Опитані не підтвердили використання їх праці на користь лікарні

Пацієнти впевнено стверджували, що не відчувають себе потерпілими. Однак, пізніше виявилось, що опитані не розуміють значення цього терміна. Вони не уявляють, що можна оскаржити порушення своїх прав у суді. А навіть, якщо і доведеться звертатися, то впевнені, що ніколи не зможуть добитися результату на свою користь, адже відчувають себе неповноцінними. Якщо додати сюди порушення таємниці листування та заборону безперешкодного користування телефоном, то доступ до зовнішнього органу взагалі є неможливим. Найвищою апеляційною інстанцією для пацієнтів залишається головний лікар: *«У разі чого, можна поскаржитись головному лікареві і він наведе порядок»*.

Інші аспекти дотримання прав людини

Пацієнтів дуже засмучує, що у відділеннях немає приміщень для ведення релігійних обрядів, з іконами та іншим церковним приладдям. Пацієнти не можуть усамітнитись, щоб помолитися, вони не можуть вільно дотримуватись обрядів своєї релігії. Більшість, пацієнтів не можуть брати участь у недільному молебні через те, що не виходять із відділень. Вони не мають можливості причащатися. Лікарняну установу не відвідують священники різних конфесій, хоча пацієнти не є представниками лише однієї з них.

На жаль, у лікарні відсутнє самоврядування пацієнтів, навпаки, будь-яка ініціатива є небажаною.

Лише одиниці могли згадати про правозахисні організації та об'єднання, що працюють в інтересах осіб із психосоціальними порушеннями.

Протидія дискримінації

Під час опитування з'ясувалось, що серед респондентів є представник ЛГБТ-спільноти. «Поруч зі мною сидить особа із жіночою душею, проте особа перебуває у чоловічому відділенні», – зазначив один із пацієнтів. Респондент підтвердив, що визнає себе жінкою, і дивується, чому перебуває в іншому відділенні. Головний лікар запевняв нас, що не знає цієї ситуації. Зазначене є свідченням того, що персонал не сприймає думок та побажань пацієнтів. Якщо припустити, що працівники не знайомі із антидискримінаційним законодавством та не обізнані із забезпеченням прав представників ЛГБТ, все ж вислухати думку пацієнта є їх обов'язком.

Висновки та рекомендації:

Загальні висновки:

1. Умови перебування у лікарні не відповідають гідному рівню життя пацієнтів. Перенаселення спальних приміщень із недостатньою кількістю меблів для зберігання особистих речей не дозволяє говорити про особистий простір. А перебування під постійним наглядом через відсутність дверей у більшості палат ставить під сумнів дотримання приватності. Далеким від поваги до приватності пацієнтів є наявність у відділеннях відеоспостереження. Ґрати в окремих відділеннях не справляють враження відкритого закладу.

2. Харчування пацієнтів теж викликає занепокоєння. Окрім загальних проблем недостатньої кількості харчування, що пропонується лікарнею, додається обмежений доступ до власних продуктів та страв.

3. Здійснення гігієнічних процедур супроводжується певними обмеженнями. Перебування відповідних кімнат під замком має наслідком залежність пацієнтів від персоналу. А весь позитив від перебування у змішаному відділенні руйнується побутом, зокрема почерговим користуванням ванною кімнатою.

4. Умови для проведення дозвілля, перегляду телевізора в окремих відділеннях є швидше випробуванням, ніж проведенням вільного часу.

5. У наданні психіатричної допомоги домінує медикаментозна складова. Заклад практично не надає послуг пов'язаних із реабілітацією чи відновленням стану здоров'я. Вартість же перебування у лікарні для багатьох пацієнтів є досить дорогою.

6. Пацієнти практично не володіють інформацією про стан психічного здоров'я, термін лікування. Більшість із них переконані, що не мають на це права.

7. Не всі пацієнти мають змогу реалізовувати свої майнові права. Більшості із них заборонено розпоряджатись власними коштами.

8. Спілкуванню персоналу з пацієнтами притаманне домінування пригнічення та приниження останніх. Можна стверджувати, про наявну відсутність поваги до гідності осіб, що проходять лікування. Крім того, до пацієнтів застосовують методи фіксації, які не відповідають стандартам. Більше того, фіксація, як і перебування у наглядовій палаті, може використовуватись у якості покарання.

9. Персонал лікарні протидіє будь-яким ініціативам пацієнтів. У лікарні заборонено самоврядування. У лікарні відсутні форми задоволення культурних прав та релігійних переконань пацієнтів.

Рекомендації:

1. Роз'яснити заступнику головного лікаря із медичних питань, завідуючим відділень та лікарям, що під час госпіталізації пацієнтів та їх стаціонарного лікування вони повинні користуватися не лише статтею 13 Закону України «Про психіатричну допомогу». В Україні існують Конституція України, Цивільний кодекс України, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про захист прав і основоположних свобод людини, якими вони теж повинні керуватися при цьому не порушуючи права пацієнтів.

2. Провести практичну роботу з черговими лікарями та завідуючими відділень на предмет дотримання прав пацієнтів під час госпіталізації, у випадку, коли пацієнт не може дати свою усвідомлену згоду на госпіталізацію.

3. Виділити окреме приміщення в лікарні, де можуть відбуватись судові процеси у випадках, передбачених статтею 14 Закону України «Про психіатричну допомогу», щоб не возити пацієнтів до суду в місто, не принижуючи тим самим гідність самих пацієнтів.

4. Звернутись з листом до голови міського суду м. Миколаїв щодо забезпечення суддів для проведення судових процесів на предмет примусової госпіталізації в приміщенні Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1, а не в будинку суду першої інстанції.

5. Звернутись до прокуратури м. Миколаїв щодо забезпечення присутності прокурора під час судового процесу з питання примусової госпіталізації пацієнта в приміщенні Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1.

6. Звернутись до органу опіки та піклування виконавчого комітету Миколаївської міської ради щодо присутності представника органу опіки та піклування під час судового процесу стосовно примусової госпіталізації пацієнта у випадках, коли у пацієнта немає законного представника, а він не розуміє значення своїх дій.

7. Роз'яснити медичному персоналу Миколаївської психіатричної лікарні № 1, заступникам головного лікаря, що Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1 є лікарнею відкритого типу. Зняти ґрати у коридорах відділень лікарні.

8. Віднайти можливість забезпечити дотримання гігієнічних норм перебування пацієнтів в палатах спеціалізованих психіатричних установ відкритого типу.

9. У палатах кількість лікарняних ліжок варто привести у відповідність з гігієнічними нормативами. Розрахункова площа в палатах загального типу психіатричних закладів повинна відповідати шести м² на одне ліжко. У наглядових палатах – семи м². Ліжка в мають бути розміщені рядами, паралельно до стін з вікнами. Відстань від ліжок до стін з вікнами має бути не менше 0,9 м. Відстань між торцями ліжок, а також між торцями ліжок і стіною має бути не менше 1,2 м. Відстань між сторонами ліжок має бути не менше 0,8 м, а в палатах дитячих відділень – не менше 1,2 м.

10. Меблі та інші предмети для зберігання особистих речей (тумбочки, стільці) потрібно привести у відповідність із кількістю ліжок-місць. Кожне відділення необхідно оснастити засобами малої механі-

зації (каталками, кріслами-каталками, візками для транспортування ліків, білизни, їжі, відходів тощо) в необхідній кількості, яка має залежати від ліжкової місткості відділення.

11. Забезпечити дотримання приватності пацієнтів, встановивши двері до їх спальних приміщень.

12. Припинити практику відеоспостереження у відділеннях лікарні.

13. Забезпечити освітлення наглядової палати таким чином, щоб воно не заважало пацієнтам у нічний час.

14. Припинити практику заборонення вмикання світло у палатах після 22-ї години. Права пацієнтів повинні бути пріоритетом над правилами лікарні.

15. Забезпечити необмежений доступ пацієнтів до туалетних та ванних кімнат, знявши усі замки.

16. Відділення для спільного проживання чоловіків та жінок забезпечити окремими туалетними та ванними (душовими) кімнатами.

17. Роз'яснити працівникам кухні у відділенні та молодшому, середньому персоналу необхідність вільного доступу пацієнтів до холодильника, в якому знаходиться їх страви чи продукти харчування. Найліпшим варіантом для того було б, щоб холодильник знаходився в самому відділенні.

18. Провести роботу з лікарями приймального відділення, завідуючими відділень стосовно запровадження в історії хвороби листа-призначення харчування пацієнту під час його стаціонарного лікування: порційної вимоги на харчування пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні. Під час госпіталізації пацієнта до психіатричного закладу охорони здоров'я, його обов'язково необхідно зважувати, визначати ріст, а черговий лікар повинен призначати харчування. Дані заносяться до листа-призначення харчування в карті стаціонарного хворого. Під час роз'яснення керуватись Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».

19. Провести роботу з медичним персоналом стосовно припинення ганебної практики перечитування листів, які надсилаються або отримуються пацієнтами. Сприяти пацієнтам у безперешкодному користуванні телефонами та іншими засобами комунікації. Телефонні розмови пацієнтів повинні відбуватись без свідків.

20. Обладнати місця (кімнати) для проведення вільного часу, перегляду телевізора таким чином, щоб було зручно пацієнтам.

21. Роз'яснити всьому медичному персоналу лікарні, що відповідно до статті 49 Конституції України у Миколаївській психіатричній лікарні № 1 надається безоплатна психіатрична допомога, а не за кошти самих пацієнтів.

22. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» застосовувати у відділеннях лікарні елементи реабілітаційних заходів відносно стаціонарних пацієнтів.

23. Розробити індивідуальні реабілітаційні програми для кожного стаціонарного хворого.

24. Започаткувати навчання пацієнтів навичкам життєдіяльності, застосовуючи програми соціального супроводу.

25. Провести інструктаж з молодшим, середнім медичним персоналом та лікарями стосовно випадків елементів катувань пацієнтів, які завуальовано під м'яку фіксацію. Роз'яснити вищезазначеним особам, що в Україні на сьогодні відсутній будь-який нормативно-правовий документ, яким затверджено правила здійснення фіксації.

26. Знайти можливість опанування персоналом альтернативних фіксації та ізоляції деескалаційних практик.

27. Припинити практику використання наглядової палати та м'якої фіксації у якості покарання пацієнтів.

28. Започаткувати тренінгові навчання з основ прав пацієнтів психіатричних закладів України відповідно до національного законодавства та міжнародних стандартів прав людини.

29. Надати можливість пацієнтам за їх бажанням зустрічатись із юристом, правозахисником, якого пацієнт може самостійно обрати. Передбачити, що такі зустрічі повинні відбуватись без участі персоналу.

30. Запровадити пацієнтське самоврядування у відділеннях лікарні, оновивши громадську раду із залученням неурядових організацій, родичів та близьких пацієнтів та створивши ради пацієнтів при відділеннях.

31. Налагодити співпрацю з організаціями громадянського суспільства, які працюють в галузі захисту прав людини з метою дотримання прав пацієнтів, отримання ними медичної, в тому числі психіатричної допомоги належної якості.

32. Створити інтернет-сторінку, на якій висвітлити інформацію, яка має суспільне значення, в тому числі і статут Миколаївської психіатричної лікарні № 1 та акредитаційний сертифікат МОЗ України.

33. Щорічно запрошувати фахівців з громадських організацій для проведення громадського аудиту стосовно дотримання прав пацієнтів у лікувальному закладі.

34. Поліпшити культурно-просвітницьку діяльність у відділеннях лікарні із залученням пацієнтів. Організовувати концертні програми, творчі вечори, дискотеки та інше. Розширити та оновити бібліотеки у відділеннях. Влаштувати для пацієнтів відзначення днів народження у вигляді вітання, свят, тематичних вечорів з декламування віршів, інших видів самодіяльності.

35. Налагодити постійну роботу з релігійними конфесіями міста для сприяння здійсненню релігійних обрядів пацієнтами. Виділити приміщення в кожному відділенні або в одному з місць у самій лікарні для можливості усамітнення пацієнтів.

36. Департаменту охорони здоров'я Миколаївської обласної державної адміністрації проконтролювати виконання рекомендацій, наданих головному лікарю під час соціально-побутового обстеження Миколаївської обласної психіатричної лікарні № 1.

Полтавська обласна психіатрична клінічна лікарня імені О. Ф. Мальцева⁸⁵.**Опис візиту:**

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня знаходиться за межами міста, що впливає на транспортне сполучення зі закладом. До лікарні можна дістатись виключно автобусом або маршрутним таксі. «Графік руху автобуса зроблений дуже невдало, – зазначають пацієнти. – Людям важко дістатись до лікарні». Водночас, на території лікарні є покриття мобільного зв'язку. Лікарня розташована у парковій зоні, однак маловірогідно, що це додає затишку пацієнтам, схованим за високий бетонний паркан. Останнє, швидше посилює їх стигматизацію. На жаль, тьмяні кольори фасадів будівлі лікарні теж викликають почуття пригнічення у пацієнтів.

Лікарня побудована 1961 року за відповідним проектом психіатричного закладу. На сьогодні, заклад складається з 19 лікувально-діагностичних відділень і служб, із яких дев'ять – спеціалізовані. Психіатричний заклад розрахований на 580 ліжок. У стаціонарі проходять лікування чоловіки, жінки та діти.

Гідний рівень життя. Побутові умови

Технічний стан будівлі лікарні можна вважати задовільним. Наявне водопостачання та опалення. Завдяки великим вікнам у коридорах та палатах відділень хороше освітлення. Однак у відділеннях відчутний різкий неприємний запах. У палатах та відділеннях відсутня загальна сигналізація. На жаль, через архітектурну недоступність будівель із додатковими перешкодами стикаються пацієнти із фізичними порушеннями.

Завдяки зменшенню ліжкового фонду, палати не перенаселені. Кількість пацієнтів у палатах – від чотирьох до десяти. Однак респонденти зазначають, що заповнюваність палат залежить від пори року. Влітку, коли найбільша кількість пацієнтів, палати можуть бути заповнені. Найменша кількість пацієнтів у відділенні учасників війн та людей з інвалідністю, тому у цьому відділенні кількість пацієнтів практично відповідає житловій площі на одну особу. Водночас, ця тенденція практично не стосується наглядових палат, площа в яких не відповідає нормі на одного пацієнта.

На жаль, не у всіх відділеннях є простір для зберігання особистих речей. Так, в окремих відділеннях пацієнти мають можливість зберігати речі у тумбочках, які є індивідуальними для кожного. В інших – тумбочки розраховані на кількох пацієнтів. Найгіршою є ситуація у наглядових палатах, де тумбочки взагалі відсутні. Одяг, взуття та інші особисті речі збері-

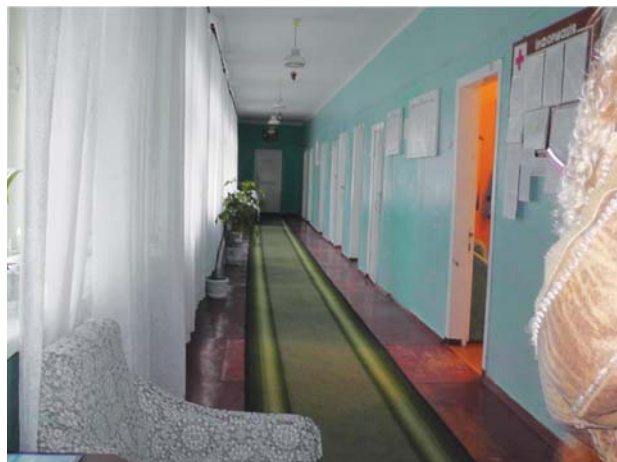


Фото 1. Коридор чоловічого відділення № 2-б



Фото 2. Наглядова палата чоловічого відділення № 2-б

⁸⁵ Згідно із даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева є юридичною особою, діяльність якої здійснюється відповідно до КВЕД 86. 10 – діяльність лікарняних закладів. Головний лікар – Погорілко Олег Володимирович.



Фото 3. Палати із звичайним режимом жіночого відділення 5-б



Фото 4. Палати із звичайним режимом жіночого відділення 5-б



Фото 5. Палати із звичайним режимом чоловічого відділення 2-б



Фото 6. Палати із звичайним режимом чоловічого відділення 2-б

гаються в окремому приміщенні, яке зачиняється. Особисті речі видаються пацієнтам медичним працівником з дозволу лікаря.

Респонденти зазначають, що постільна білизна у задовільному стані, хоча пацієнти переважно приносять білизну з дому. Також пацієнти користуються гігієнічними засобами. Мило лікарнею надається лише у відділення учасників війн та людей з інвалідністю. На жаль, матраци на ліжках у поганому стані та потребують заміни.

Пацієнти зазначають, що ознайомлені із режимом дня та правилами у лікарні: «Працівники повідомляють нам, що і коли можна робити». На думку респондентів, правила внутрішнього розпорядку, зокрема визначають: «Коли вставати та коли йти до сну, час харчування, час для здійснення особистої гігієни». Зі слів пацієнтів, основне обмеження полягає у тому, щоб не заважати іншим пацієнтам. Опитані вважають, що правила затверджені адміністрацією закладу, тож саме адміністрація може внести до них зміни.

За словами пацієнтів, санвузли у відділеннях знаходяться віддалено від палат, але це не створює будь-яких незручностей. Одночасно туалетом можуть користуватись від двох до трьох пацієнтів. Відсутність неприємного запаху може бути свідченням того, що у туалеті прибирається. Однак респонденти вважають, що інколи у туалетах буває брудно. Деякі респонденти вказують на наявність обмежень у користуванні туалетом: «Під час прийому ліків та харчування туалет зачиняють, проте можна попросити санітарку, щоб відчинили». Для осіб із фізичними порушеннями – пацієнтів відділення для людей з інвалідністю додатковою перешкодою користування туалетом є його недоступність.

На жаль, є перешкоди у дотриманні приватності пацієнтами під час користування туалетом. Якщо у відділенні для учасників війн та людей з інвалідністю наявні двері, то в інших відділеннях туалети є відкритими. «Коли у туалеті наб'ється черга, - вказують опитані, – усамітнитись можливості немає».

Душовою кімнатою можуть користуватись від двох до чотирьох пацієнтів залежно від відділення. На жаль, доступ до душової кімнати є обмеженим, оскільки двері зачиняють на ключ. Пацієнти зазначають, що кожного четверга душовою можна скористатись безперешкодно. Що ж до користування в інші дні, ситуація відрізняється. В окремих відділеннях можна попросити персонал, щоб відчинили.

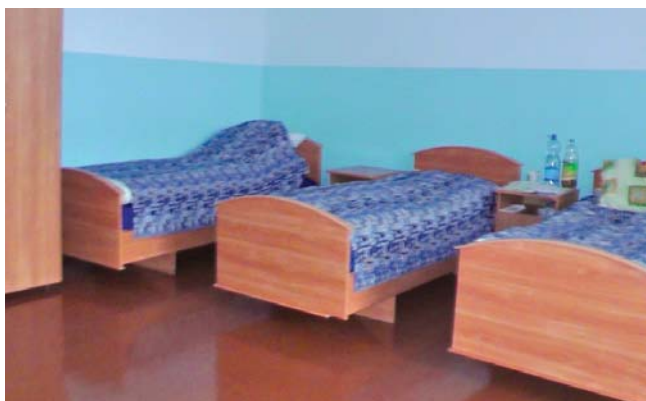


Фото 7. Палата із звичайним режимом відділення для учасників війни та осіб з інвалідністю



Фото 8. Палата із звичайним режимом відділення для учасників війни та осіб з інвалідністю



Фото 9. Туалет чоловічого відділення 2-б



Фото 10. Туалет жіночого відділення 5-б



Фото 11. Туалет відділення для учасників війни та інвалідів



Фото 12. Душова кімната жіночого відділення № 5-б

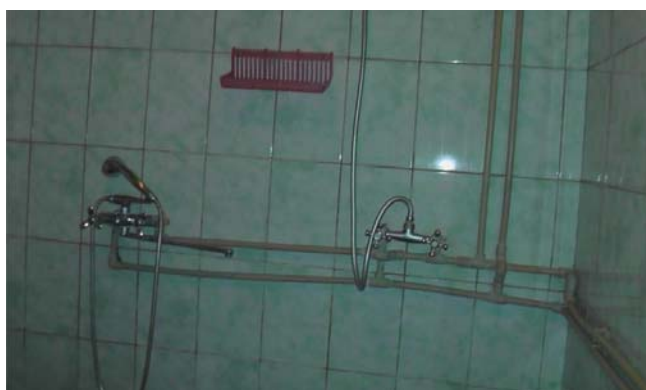


Фото 13. Душова кімната чоловічого відділення № 2-б

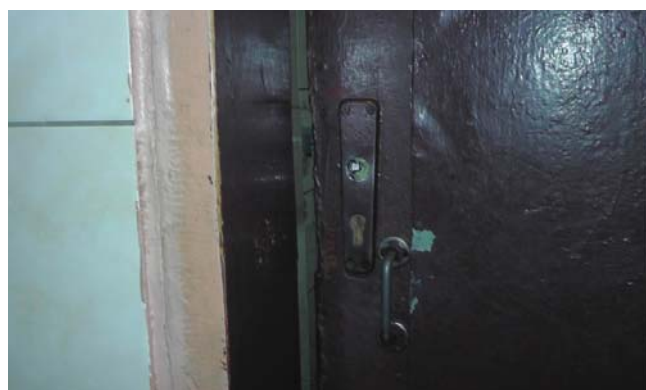


Фото 14. Душова кімната чоловічого відділення № 2-б

Опитані з інших відділень говорять, що душева може не працювати. «Можна ще скористатись душевою після прибирання території», – зазначили пацієнти одного із відділень.

На жаль, не виявлено умов для дотримання приватності пацієнтів під час користування душевою кімнатою. Відсутність перегородок є наслідком того, що усі гігієнічні процедури відбуваються при свідках.

Опитані не володіють інформацією щодо кількості та нормативної вартості харчування. За словами головного лікаря, вартість харчування на одну особу в день становить орієнтовно 8,60 гривень. Пацієнти зазначають, що якість їжі у їдальні задовільна. «Звичайно хотілося б, щоб краще годували, але добре, що хоча б це залишається», – продовжують опитані.

У пацієнтів є можливість харчуватись продуктами та стравами, які їм приносять близькі, однак доступ до холодильника та місць із стравами, на жаль, є обмеженим. Респонденти наголошують, що вільний доступ є лише під час харчування у їдальні. В інші години, споживати власні страви можна лише із дозволу персоналу. З цього приводу один із респондентів зауважує: «Можна попросити когось із персоналу, щоб відчинили і в присутності працівника поїсти».

Місць та посуду у їдальні достатньо, тому пацієнти харчуються в одну зміну. Пацієнти вважають, що у їдальні чисто.

Обмеженим є зв'язок пацієнтів із зовнішнім світом. Водночас варто віддати належне персоналу, що, попри заборону використання мобільних телефонів, у деяких респондентів такі телефони є. Користування місцевим телефоном можливе лише з дозволу медичної сестри.

Відвідування пацієнтів здійснюється за встановленим графіком – три години зранку та дві у другій половині дня. На жаль, респонденти практично не мають змоги зустрічатись із відвідувачами за межами передбаченого часу. Стурбованість викликає й відсутність можливостей усамітнитись пацієнтам

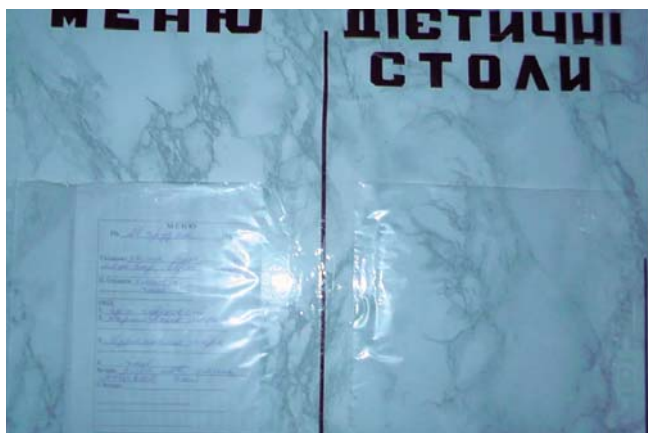


Фото 15. Меню та місце для зберігання особистих продуктів у відділенні для учасників війн та людей і інвалідністю



Фото 16. Меню та місце для зберігання особистих продуктів у відділенні для учасників війн та людей і інвалідністю



Фото 17. Їдальня жіночого відділення 5-б



Фото 18. Їдальня чоловічого відділення 2-б



Фото 19. Кімната для перегляду телевізора у чоловічому відділенні 2-б



Фото 20. Кімната для перегляду телевізора у жіночому відділенні 5-б



Фото 21. Кімната для відвідування пацієнтів чоловічого відділення 2-б



Фото 22. Кімната для відвідування пацієнтів жіночого відділення 5-б

для спілкування з рідними. Передбачені для спілкування із відвідувачами кімнати, що знаходяться при вході у відділення, нічим не відгороджені. Можливість вийти до відвідувачів за межі відділення є не у всіх пацієнтів. «Для того, щоб вийти до близьких потрібен дозвіл лікаря або старшої сестри, – зазначають респонденти, – тоді у супроводі когось із персоналу можна зустрітись на території лікарні».

У деяких відділеннях лікарні наявні прогулянкові дворики. Однак користуватись ними можна переважно лише у теплу пору року. Більше того, вихід у прогулянкові дворики залежить від стану чи поведінки пацієнта. В окремих відділеннях пацієнти, які палять, можуть виходити у прогулянкові дворики. У жіночому відділенні існує відповідний графік, коли пацієнтки можуть виходити палити: «Чотири рази на день».

Респонденти зазначають, що вихід за межі закладу заборонений. Більше того, і в межах території лікарні пацієнти теж не мають можливості ходити.

Дозвілля пацієнтів, як правило, обмежується переглядом телевізора. Варто віддати належне – у відділеннях обладнані відповідні кімнати.

Все ж персонал намагається донести певну інформацію до пацієнтів, обладнавши відповідні інформаційні куточки. У тому числі, серед матеріалів є Закон України «Про психіатричну допомогу».

Медичне обслуговування

Відділення лікарні обладнані процедурними кабінетами, кабінетами для лікарів, кімнатами для чергових медичних сестер.

Пацієнти вважають, що у лікарні достатня кількість персоналу, в тому числі лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу. Водночас, респонденти не мали змоги обирати собі лікуючого лікаря, що може свідчити не на користь фахового рівня профільних лікарів. Доступ до інших лікарів (не психіатричного напрямку) можливий не завжди. «Час від час лікарі приїжджають із міста», – зазначають респонденти.

Опитані переважно схильні вважати, що персонал ставиться до них доброзичливо. Викликом поваги до приватного життя пацієнтів може бути той факт, що персонал розпитує пацієнтів про особисте життя, зокрема про те, з ким вони проживають.

У лікарні в повному обсязі відсутні елементи реабілітації пацієнтів, в тому числі і лікувально-терапевтичні заняття: «Гімнастика можлива лише під час прибирання», – іронічно зауважує один із опитаних.

Респонденти зазначають, що лікарські засоби їм переважно доводиться купувати самостійно. При чому мова йде як про основні лікарські засоби, так і ті, що пов'язані із лікуванням супутніх захворювань. Відповідальною за прийом ліків є медична сестра: «Медична сестра контролює чи вживають пацієнти лікарські засоби», – зазначають опитані. Пацієнти підтверджують, що при наданні медичної допомоги персонал дотримується приватності: «В маніпуляційній кімнаті знаходиться лише пацієнт, якому надається допомога та працівник, який цю допомогу надає».

Реалізація правоздатності

Пацієнти не володіють інформацією з історії хвороби. «Лікар може коротко розповісти, чим ми хворіємо, – зазначають опитані, – а з рецептів, які лікар виписує відомо, які ліки приймаємо». Доступ до історії хвороби, на думку респондентів, має лікуючий лікар. Лікар вносить до неї зміни. Пацієнти можуть лише поскаржитись на негативні наслідки вживання того чи іншого лікарського засобу.

Жоден із респондентів не має права користуватись власними грошима. Мова може йти лише про купівлю близькими чи тими, хто відвідує пацієнтів. Залишається незрозумілим, як реалізується правоздатність осіб, що визнані недієздатними, особами із фізичними порушеннями, а також тими, кого не відвідують близькі.

Виявлено порушення під час аналізу судових рішень, якими особу визнано недієздатною та встановлено над нею опіку. Зокрема, частиною рішень опікунство покладалось на головного лікаря, а не на заклад, що має наслідком конфлікт інтересів.

Свобода від катувань або жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження чи покарання та від експлуатації, обмежень та наруги

На жаль, у лікарні застосовується фіксація пацієнтів до ліжка, що підтверджується респондентами. «Особу, яка заважає іншим пацієнтам, фіксують до ліжка, – зазначають опитані, – роблять це дві-три санітари».

Респонденти зазначають, що не відчують поганого ставлення з боку персоналу, яких їх не ображає. Водночас, коли погане ставлення відчують із сторони інших пацієнтів, то персонал вживає певних заходів. «Якщо особа сказала образливе слово, то забирають у першу (наглядову) палату, щоб там кілька годин посидів, – говорять респонденти, – якщо ж особа вдарила – фіксують до ліжка».

Тривогу викликали факти використання праці пацієнтів, зокрема під час прибирання кімнат чи території лікарні. «У нас є графік, за яким ми прибираємо, – зазначають опитані, – є чергові по відділенню та чергові у палаті». Крім того, один із пацієнтів вказав на допомогу одній із банківських установ

під час перебування у лікарні. Опитані зазначають, що не отримали за свою працю винагороди. Водночас, у якості покарання праця пацієнтів не використовується.

Пацієнти не відчувають себе потерпілими, оскільки вважають, що їх прав у лікарні не порушують. Якщо й трапляються інциденти: «Можна поскаржитись завідуючій відділення під час ранкового огляду», – продовжують опитані. Однак респондентам не відомо, яке може бути прийняте рішення за наслідками їх скарг.

Інші аспекти дотримання прав людини

На жаль, респондентів засмучує неможливість відвідування храму тоді, коли вони цього бажають. Крім того, пацієнтів пригнічує відсутність у відділенні місць, де можна усамітнитись.

Турбує й відсутність у лікарні будь-якої форми самоврядування. Громадська рада, що існувала раніше, фактично, припинила діяти.

Респонденти стверджують, що знають, чому перебувають у лікарні. Однак не всім відомо, скільки часу доведеться тут провести. Опитані зазначили, що знають про свої права: «Висить на стендах інформація про права пацієнтів».

Висновки та рекомендації:

Загальні висновки:

1. Умови перебування у психіатричній лікарні є викликом для поваги до приватності пацієнтів. Так, у палатах багатьох відділень відсутній простір для зберігання особистих речей. Здійснення гігієнічних процедур не забезпечує приватності пацієнтів, а користування туалетом та душовою кімнатою є обмеженим.
2. Умови харчування у лікарняному закладі теж є незадовільними. Крім недостатньої кількості харчування, наявні обмеження у доступі до власних продуктів та страв.
3. У закладі відсутня можливість для усамітнення. Спілкування наодинці із відвідувачами, за окремими винятками, є неможливим.
4. У наданні психіатричної допомоги домінує медикаментозна складова, причому переважна більшість пацієнтів купує основні лікарські засоби за власний рахунок. Заклад практично не здійснює напрямів, пов'язаних із реабілітацією.
5. Пацієнти не володіють інформацією про стан психічного здоров'я та термін лікування. Більшість пацієнтів задовольняються лише коротким інформуванням лікарів.
6. Для більшості із них заборонено розпоряджатись власними коштами.
7. Застосування методів м'якої фіксації не можна вважати адекватними. Залучення до реалізації цих засобів лише молодшого медичного персоналу ставить під сумнів їх ефективність.
8. Турбує й використання праці пацієнтів на користь лікувального закладу.
9. У лікарні відсутні органи пацієнтського самоврядування. Попередньо діюча громадська рада при закладі припинила своє існування.

Рекомендації:

1. Провести практичну роботу з черговими лікарями та завідуючими відділень на предмет дотримання прав пацієнтів під час госпіталізації, у випадку, коли пацієнт не може дати свою усвідомлену згоду на госпіталізацію.
2. Виділити окреме приміщення в лікарні, де можуть відбуватись судові процеси у випадках, передбачених статтею 14 Закону України «Про психіатричну допомогу», а не возити пацієнтів до суду в місто, не принижуючи тим самим гідність самих пацієнтів.
3. Звернутись з листом до голови міського суду м. Полтава щодо забезпечення суддів для проведення судових процесів на предмет примусової госпіталізації в приміщенні Полтавської обласної клі-

нічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева, а не в будинку суду першої інстанції.

4. Звернутись до прокуратури м. Полтава щодо забезпечення присутності прокурора під час судового процесу з питання примусової госпіталізації пацієнта в приміщенні Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева.

5. Звернутись до органу опіки та піклування виконавчого комітету Полтавської міської ради щодо присутності представника органу опіки та піклування під час судового процесу стосовно примусової госпіталізації пацієнта у випадках, коли у пацієнта немає законного представника, а він не розуміє значення своїх дій.

6. Знайти можливість привести будівлі лікарні та відділення у відповідність із державними будівельними нормами щодо доступу маломобільних груп населення.

7. Роз'яснити медичному персоналу Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева, що ввірений їм лікарняний заклад є лікарнею відкритого типу.

8. Меблі та інші предмети для зберігання особистих речей (тумбочки, стільці) варто привести у відповідність із кількістю ліжок-місць. Кожне відділення необхідно оснастити засобами малої механізації (каталками, кріслами-каталками, візками для транспортування ліків, білизни, їжі, відходів тощо) в необхідній кількості, яка має залежати від ліжкової місткості відділення.

9. Забезпечити освітлення наглядової палати таким чином, щоб воно не заважало пацієнтам у нічний час.

10. Забезпечити необмежений доступ пацієнтів до туалетних та ванних кімнат, знявши усі замки.

11. Роз'яснити працівникам кухні у відділенні та молодшому, середньому персоналу необхідність вільного доступу пацієнтів до холодильника, в якому знаходяться їх страви чи продукти харчування. Найліпшим варіантом взагалі, щоб холодильник знаходився в самому відділенні.

12. Провести роботу з лікарями приймального відділення, завідуючими відділень стосовно запровадження в історії хвороби листа-призначення харчування пацієнту під час його стаціонарного лікування: порційної вимоги на харчування пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні. Під час госпіталізації пацієнта до психіатричного закладу охорони здоров'я його обов'язково необхідно зважувати, визначати зріст, а черговий лікар повинен призначати харчування. Дані заносяться до листа-призначення харчування в карті стаціонарного хворого. Під час роз'яснення керуватись Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».

13. Роз'яснити всьому медичному персоналу лікарні, що, відповідно до статті 49 Конституції України, у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева надається безоплатна психіатрична допомога, а не за кошти самих пацієнтів.

14. Застосовувати у відділеннях лікарні елементи реабілітаційних заходів відносно стаціонарних пацієнтів відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

15. Розробити індивідуальні реабілітаційні програми для кожного стаціонарного хворого.

16. Започаткувати навчання пацієнтів навичкам життєдіяльності, застосовуючи програми соціального супроводу.

17. Провести інструктаж з молодшим, середнім медичним персоналом та лікарями стосовно випадків елементів катувань пацієнтів, які завуальовані під м'яку фіксацію. Роз'яснити вищезазначеним особам, що в Україні на сьогодні відсутній будь-який нормативно-правовий документ, яким затверджено правила здійснення фіксації.

18. Знайти можливість опанування персоналом альтернативних фіксації та ізоляції деескалаційних методів, технік.

19. Припинити практику використання наглядової палати та м'якої фіксації у якості покарання пацієнтів.

20. Припинити практику використання праці пацієнтів на користь лікарняного закладу. Працетерапія повинна відповідати індивідуальному плану відновлення пацієнта.

21. Започаткувати тренінгові навчання з основ прав пацієнтів психіатричних закладів України відповідно до національного законодавства та міжнародних стандартів прав людини.
22. Надати можливість пацієнтам за їх бажанням зустрічатись із юристом, правозахисником, якого пацієнт може самостійно обрати. Передбачити, що такі зустрічі повинні відбуватись без участі персоналу.
23. Запровадити пацієнтське самоврядування у відділеннях лікарні, оновивши громадську раду із залученням неурядових організацій, родичів та близьких пацієнтів та створивши ради пацієнтів при відділеннях.
24. Налагодити співпрацю з організаціями громадянського суспільства, які працюють в галузі захисту прав людини з метою дотримання прав пацієнтів, отримання ними медичної, в тому числі психіатричної допомоги належної якості.
25. Створити інтернет-сторінку, на якій висвітлити інформацію, яка має суспільне значення, в тому числі і статут Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева та акредитаційний сертифікат Міністерства охорони здоров'я України.
26. Щорічно запрошувати фахівців з громадських організацій для проведення громадського аудиту стосовно дотримання прав пацієнтів у лікувальному закладі.
27. Поліпшити культурно-просвітницьку діяльність у відділеннях лікарні із залученням пацієнтів. Організовувати концертні програми, творчі вечори, дискотеки та інше. Розширити та оновити бібліотеки у відділеннях. Влаштовувати для пацієнтів відзначення днів народження у вигляді вітання, свят, тематичних вечорів з декламування віршів, інших видів самодіяльності.
28. Налагодити постійну роботу з релігійними конфесіями міста для сприяння здійсненню релігійних обрядів пацієнтами. Винайти приміщення в кожному відділенні або в одному з місць у самій лікарні для можливості усамітнення пацієнтів.
29. Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації проконтролювати виконання рекомендацій, наданих під час соціально побутового обстеження Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева головному лікарю.

Херсонська обласна психіатрична лікарня⁸⁶**Опис закладу.**

Психіатрична лікарня, побудована в 1886 р., спочатку була розрахована на 1145 ліжко-місць. дев'ять відділень лікарні розташовані у відреставрованих старих корпусах із центральним опаленням, гарячим і холодним водопостачанням. Менша частина відділень, служби, адміністративний корпус – нова будівля лікарні, побудована за типовим проектом. На сьогодні лікарняна установа розрахована на 950 ліжко-місць. Загальна кількість користувачів закладу на момент моніторингу – 867 осіб. Психіатрична установа налічує 18 лікувальних відділень, одне з яких – відділення судово-психіатричної експертизи.

Лікарня знаходиться в 10-ти кілометрах від міста в селі Степанівка (м. Херсон). Останнє зумовлює й певну незручність транспортного сполучення, що має наслідком обмеження для відвідування пацієнтів, особливо тих, що мешкають за межами обласного центру. На території психіатричної лікарні наявне часткове покриття мобільного зв'язку всіх діючих в Україні операторів.

Лікарня знаходиться в парковій зоні із невеликим садком, однак, її територію обмежує великий бетонний паркан.

Умови проживання та побут пацієнтів

Фото 1. Палата чоловічого відділення № 17



Фото 2. Палата чоловічого відділення № 17

Технічний стан споруд лікарні задовільний. Особливу увагу головний лікар приділяє загальним місцям користування у відділеннях – загальний коридор, кабінети лікарів, медичних сестер, де зроблені відповідні ремонти.

Водночас стан палат залишає бажати кращого: стелі потріскані і мають великі щілини, стіни біля ліжок із затертою фарбою. Ліжка фактично всі старі і потребують або заміни, або реставрації, підлоги встелені старим лінолеумом лише в деяких палатах було виявлено плитку, при цьому щілини між кахельною плиткою брудні.

Температурний режим в опалювальний сезон відповідає нормам, за словами пацієнтів: «Холодно ніколи не буває». Відділення лікарні мають стандартні стелі, в палатах і коридорах стандартні вікна, які дають достатнє природне освітлення. У палатах відсутня діюча вентиляція, тому у відділеннях наявний специфічний неприємний запах. Відсутня й загальна сигналізація, пожежна є лише на сестринських постах.

Одночасно в палатах перебувають не менше десяти пацієнтів. У чоловічому відділенні від шести до десяти пацієнтів, жіночому – від чотирьох до десяти. Площа палат не відповідає нормам житлового приміщення на одну особу (6 м²). Площа наглядових палат теж не відповідає нормі – 7 м² на одну особу.

⁸⁶ Згідно із даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців Комунальний заклад «Херсонська обласна психіатрична лікарня» є юридичною особою, що здійснює діяльність відповідно до КВЕД 10.85 «Виробництво готової їжі та страв»; Код КВЕД 86.10 «Діяльність лікарняних закладів (основний)»; Код КВЕД 86.22 «Спеціалізована медична практика»; Код КВЕД 96.09 «Надання інших індивідуальних послуг, н. в. і. у.»; Код КВЕД 47.73 «Роздрібна торгівля фармацевтичними товарами в спеціалізованих магазинах»; Код КВЕД 72.19 «Дослідження й експериментальні розробки у сфері інших природничих і технічних наук». Головний лікар – Паламарчук Павло Вікторович.

Так, у наглядовій палаті чоловічого відділення № 3, розміри якої 35/15 м², розміщено 19 місць.

У наглядовій палаті жіночого відділення, розміри якої 15/15 м² розташовано вісім ліжок, що теж не відповідає нормі.

На ліжках, де лежать пацієнти, – старі матраци і старі подушки. Постільна білизна відносно чиста (зі слів пацієнтів міняють раз у два тижні). На ліжках висять чисті рушники, переважно постіль та рушники пацієнти приносять із дому.

Тумбочки старі в недостатній кількості (одна на чотири–п'ять ліжок), вішалки для верхнього одягу відсутні. Опитані пацієнти підтверджують, що не у всіх є місце для зберігання особистих речей.

Одяг, взуття, інші речі пацієнтів більшості відділень, зі слів адміністрації лікарні, зберігаються у спеціальних кімнатах схову та видаються сестрою-господаркою з дозволу медичного персоналу. Пацієнти звернули увагу на те, що свої речі їм доводиться прати вручну, не зважаючи на наявність пральної машинки.

На день проведення моніторингу у наглядових палатах відділень для дорослих було виявлено дітей. Медичний працівник – чергова у зазначеній палаті підтвердила нам цей факт, вказавши, що тут перебувають особи 12-річного віку. Проте інший працівник поспішила цю інформацію спростувати.

За словами пацієнтів санвузли у відділеннях знаходяться віддалено від палат, але це не створює будь-яких незручностей. Одночасно туалетами можуть користуватися від трьох до шести пацієнтів чоловічого відділення та до трьох пацієнти жіночого відділення.

Ванною кімнатою одночасно можуть користуватися від п'яти до шести пацієнтів. Сигнальні дзвінки в санвузлах відсутні. У душових кімнатах та у кількох



Фото 3. Наглядова палата чоловічого відділення № 3



Фото 4. Наглядова палата жіночого відділення № 10



Фото 5. Наглядова палата жіночого відділення № 10



Фото 6. Палати зі звичайним режимом чоловічого та жіночого відділень № 10



Фото 6-7. Палати зі звичайним режимом чоловічого та жіночого відділень № 10



Фото 7. Туалети чоловічого відділення № 17



Фото 8. Туалети чоловічого відділення № 17



Фото 9. Туалет жіночого відділення



Фото 9. Душова кімната чоловічого відділення №10



Фото 10. Душова кімната жіночого відділення №3



Фото 11. Душова кімната жіночого відділення №3



Фото 12. Ванна кімната відділення № 17



Фото 13. Ванна кімната відділення № 17

туалетах зроблено відповідний ремонт. Прибирання в туалетах і ванних кімнатах здійснюється нена належно. Зафіксовано, що фактично у всіх туалетах і ванних кімнатах між кахельною плиткою є бруд, який ніколи не вимивають.

Зі слів респондентів, доступ до душової кімнати є обмеженим: «Душова працює тільки три години на добу о 16-й годині відчиняють, а о 19-й годині зачиняють». Підтвердженням слів опитаних є наявність замків на дверях зазначених кімнат. Навіть якщо прийняти, що, звернувшись до персоналу, можна скористатись душовою чи ванною кімнатою частіше, проте факт такої залежності не лише підтверджує обмеження при користуванні, а й пригнічує пацієнтів.

Пацієнти підтверджують, що не можуть здійснювати гігієнічні процедури за ширмою, оскільки вона просто відсутня: «В туалеті дуже часто збираються черги, а відсутність дверей означає те, що без свідків не обійтись».

Для тютюнозалежних пацієнтів у деяких відділеннях створені кімнати для куріння. В деяких відділеннях пацієнти курять у прогулянкових двориках.

Респонденти переконані, що ознайомлені з правилами внутрішнього розпорядку: «Правила висять у відділенні на видному місці». Водночас жоден з опитаних не зміг чітко зазначити, що саме правилами передбачено. Респонденти вважають, що оскільки головний лікар затвердив ці правила, то саме він і може внести до них зміни.

Опитані зазначили, що можуть обирати собі час здійснення особистої гігієни; можуть обирати час підйому та вечірнього сну. Останнє, проте, залежить від режиму вимикання світла. Згідно із режимом дня, час підйому пацієнтів о 6.00 ранку, час відбою – о 22.00 години. Включати світло після 22-ї години заборонено, виключення становлять лише наглядові палати, в яких світло горить усю ніч.



Час	Активність
6.00-7.00	Підйом
7.00-8.00	Гігієнічні процедури
8.00-9.00	Застриг
9.00-10.00	Лікарський огляд
10.00-11.00	Лікарський огляд
11.00-12.00	Обід
12.00-13.00	Лікарський огляд
13.00-14.00	Лікарський огляд
14.00-15.00	Лікарський огляд
15.00-16.00	Лікарський огляд
16.00-17.00	Лікарський огляд
17.00-18.00	Лікарський огляд
18.00-19.00	Лікарський огляд
19.00-20.00	Лікарський огляд
20.00-21.00	Лікарський огляд
21.00-22.00	Лікарський огляд
22.00-23.00	Лікарський огляд
23.00-24.00	Лікарський огляд
24.00-01.00	Лікарський огляд
01.00-02.00	Лікарський огляд
02.00-03.00	Лікарський огляд
03.00-04.00	Лікарський огляд
04.00-05.00	Лікарський огляд
05.00-06.00	Лікарський огляд

Фото 14. Режим дня у відділенні

Харчування

Пацієнти повідомляють, що не знайомі із вартістю харчування та його нормативною кількістю. Зі слів пацієнтів, якість їжі у лікарні задовільна. На запитання: «Чи наїдаєтесь їжею, що надається у лікарні?» відповідь більшості респондентів була ствердною: «Наїдаємося, навіть тоді, коли каша нічим не приправлена». Згідно із меню в день на пацієнта передбачено всього 300 гр. хліба з розподілом відповідно по 60 г – сніданок, 60 г – другий сніданок, 120 г – обід, 60 г – вечеря. Дієтичне харчування в їдальні відділення відсутнє. Харчування пацієнтів відбувається за чітко визначеним графіком. Вживання їжі та напоїв у непередбачений розкладом час є обмеженим. Пацієнтів, які не можуть самостійно їсти, годують санітари і медсестри.

Місць в їдальнях відділень лікарні за чисельністю перебування стаціонарних хворих недостатньо, тому пацієнти відвідують їдальню як мінімум у дві зміни.

Цікава відповідь була респондентів на запитання: «Чи чиста їхня їдальня?». Відповідь: «Чиста. Дівчата щойно мили». Останнє може свідчити: по-перше, що приміщення їдальні могли спеціально готувати до нашого приїзду; по-друге, що до прибирання залучають пацієнтів лікарні.

Є підстави стверджувати, що пацієнти все ж недоїдають. Це підтверджується хоча б тим, що пацієнти споживають їжу, яку їм приносять близькі. В кожному відділенні є холодильник, де пацієнти зберігають власну їжу, але при цьому доступ до холодильників обмежений графіком. За словами пацієнтів,



Фото 15. Меню у відділенні № 10



Фото 16. Їдальня

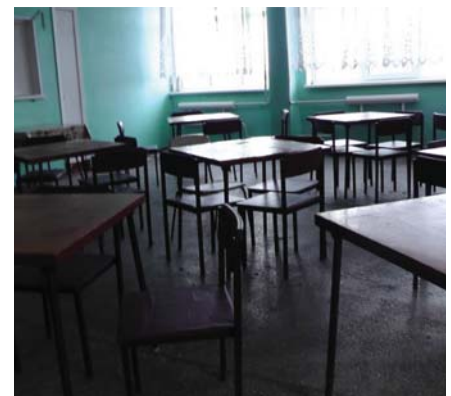


Фото 17. Їдальня

у них не має вільного доступу після вечері до своїх продуктів харчування. Хоча кожна працівниця кухні у відділеннях запевняла нас, що такий доступ є відкритим.

Зв'язок із зовнішнім світом

Більшість пацієнтів відвідуються родичами, для чого при вході у відділення виділені відповідні кімнати. У кімнатах створені умови для спілкування із близькими, водночас, не відгородженість кімнати від коридору не дає можливості залишатись пацієнтам із відвідувачами наодинці.

Дата, час та особа відвідувача пацієнта фіксується у відповідному журналі. В іншому журналі ведеться облік продуктів харчування та страв, які залишають пацієнтам. Видається, що така форма контролю, що межує із втручанням у приватне життя пацієнтів, не може бути виправданою. На жаль, відвідування пацієнтів обмежуються графіком – до 19-ї години, пізніше зустрічі заборонені.

Своєрідно персонал трактує можливість таємного листування та використання пацієнтами засобів комунікації. Формально пацієнтам не заборонено листування, однак, респонденти констатують, що:



Фото 18. Кімната для відвідування пацієнтів відділення №10

«Всі листи, які ми пишемо, перечитуються старшою медичною сестрою відділення, а потім відправляються. Коли листи приходять, спочатку їх перечитують, а вже потім віддають». Опитані стверджують, що користуватись міським телефоном вони не мають права. Користування мобільним телефоном здійснюється лише із дозволу та під контролем медичного персоналу. Вихід за межі установи заборонено. Пацієнти можуть виходити до своїх знайомих тільки у супроводі, отримавши на це дозвіл медсестри. Інколи установу відвідують представники громадських та релігійних організацій.



Фото 19. Кімната для відвідування пацієнтів відділення №10

У ході опитування встановлено, що більшість пацієнтів не мають права виходити за територію лікарні. Більше того, від стану і поведінки пацієнта залежить можливість виходу на прогулянки у прогулянкові дворики. До слова, на такі прогулянки дозволяють вихід не більше трьох осіб. Для більшості пацієнтів можливість вільно пересуватись територією закладу суттєво обмежена внутрішніми правилами лікарні. Під час огляду відділень ми самі помітили, що більшість пацієнтів знаходилися в ліжках і просто лежали. Їх поведінка була помітно скутою, а будь-яка ініціатива чи пожвавлення з їхнього боку, викликали у медичного персоналу насторогу. Респонденти стверджують, що чи не на будь-яку їх дію потрібен дозвіл персоналу.

Медичне обслуговування

Відділення лікарні обладнані процедурними кабінетами, кабінетами для лікарів, кімнатами для чергових медсестер. Опитані пацієнти загалом вважають, що медичного персоналу для обслуговування вистачає. Більше того, опитані переконані, що можуть обирати собі лікуючого лікаря. Персонал лікарні з пацієнтами, на їх думку, спілкується доброзичливо: «До нас звертаються на «Ви». Опитані не змогли пригадати випадків, коли персонал відносився зверхньо чи як до капризної дитини. Однак, на запитання, чи є пацієнти в лікарні, до яких відносяться гірше, респонденти не змогли дати відповіді.

Характерно, що на попередні питання пацієнти активно одразу відповідали. Така невпевненість опитаних викликає сумніви щодо приязного ставлення персоналу.

Висловлена вище думка підтверджується відсутністю вільного доступу до лікаря у пацієнтів. У лікарні існує відповідна «поетапна процедура»: 1) звернення до медичної сестри і розповідь, чому ти хочеш поговорити з лікарем; 2) потім медична сестра йде до лікаря і розповідає йому, що до неї на прийом проситься пацієнт по певній справі; 3) лікар приймає рішення про прийом пацієнта. Є підстави стверджувати, що навіть пройшовши цей «шлях», ймовірність спілкування із лікарем не гарантована.

Респонденти зазначили, що мають доступ до інших лікарів, крім психіатрів.

Пацієнтам доводиться самостійно закуповувати собі всі основні спеціалізовані лікарські засоби, в тому числі пов'язані із супутніми захворюваннями. При чому старша медична сестра пропонує пацієнтам сплатити за вже «куплені» ліки. «Вони оцінюють вартість таблетки, а потім ми за неї сплачуємо гроші». Іноді лікарня видає власні лікарські засоби тим, у кого немає коштів на їх придбання. Вживання лікарських засобів здійснюється під контролем медичної сестри.

Із спостережень та інтерв'ювання пацієнтів випливає, що медикаментозне лікування є домінуючим. В лікарні в повному обсязі відсутні елементи реабілітації, в тому числі і лікувально-терапевтичні заняття. Єдине, що змогли пригадати респонденти – це ранкова гімнастика. Не вистачає інструкторів з праці терапії, психотерапії.

Медична допомога здійснюється в доброзичливій атмосфері. Пацієнти стверджують, що персонал лікарні обговорює питання, що стосуються їхнього особистого життя та родини: «Ми із задоволенням розповідаємо медичному персоналу про себе, персонал також розповідає нам про себе». Останнє підтверджує відсутність реабілітаційної роботи із пацієнтами. Комунікація здійснюється виключно на рівні побутових розмов.

Респонденти стверджують, що при наданні медичної допомоги персонал дотримується приватності. Однак інформація, отримана з інших джерел, свідчить про зворотнє.

З повідомлення особи, що перебувала у стаціонарі лікарні: «Під час мого перебування у Херсонській обласній психіатричній лікарні, нас відвідували лікарі, які не представлялися і проводили медичний огляд, а саме: коли я знаходилася в палаті, то до мене підійшов чоловік у білому халаті і наказав підняти сорочку у присутності інших пацієнтів і медичного персоналу. Спочатку мене прослухали медичною трубкою, потім ця людина почала мацати мої груди. Інший «лікар» – попросив зняти білизну. При цьому він зауважив, що якщо я буду слухняною, то швидко вилікуюсь. Мені було огидно і дуже неприємно».

Респонденти не володіють інформацією, що міститься в їхній історії хвороби, адже впевнені, що лікар на їх прохання може розповісти, про те що там написано. Вони вважають, що доступ до історії хвороби має медичний персонал відділення, лікуючий лікар та їх родичі. Більшість пацієнтів під час опитування висловили думку, що вони мають право внесення певних змін до історії своєї хвороби, при цьому не змогли чітко зазначити, які саме зміни можуть внести. Єдине – можуть поскаржитися лікарю, що їм погано від того чи іншого психотропного препарату, який надають їм для лікування. Фактично жоден пацієнт не знайомий зі своєю історією хвороби. Винятком була лише одна пацієнтка, яка повідомила, що знайома з історією хвороби, оскільки має медичну освіту. Водночас респондентка зазначила, що не розуміє, з яких підстав вона у лікарні: «Мені пишуть якісь неврози, але я не розумію навіщо я тут». З цитованого напрошуються висновок, що пацієнтів не інформують, з яких причин вони у лікарні і які методи лікування їм застосовують. Більше того, можна припустити зловживання госпіталізацією до лікарні.

Свобода від катувань, жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність людини, поводження чи покарання

Зі слів пацієнтів виявлено, що у відділеннях лікарні застосовується примус, а саме за «неправильну поведінку» пацієнтові можуть ввести психотропний засіб, або застосувати м'яку фіксацію на руках і ногах, зафіксувавши пацієнта до ліжка. Медичні сестри, коли пацієнти знаходяться в гострому стані,

фіксують їх до ліжка, при цьому залишаються не обізнані із процедурою: «Медична сестра підходить до пацієнта, починає його гладити по голові і просити, щоб він заспокоївся». Насторожує й той факт, що подібні заходи здійснюються без участі лікаря.

З інших джерел стало відомо, що м'яка фіксація застосовується не тільки у відділеннях лікарні під час загострення хвороби, чи в результаті покарання, але іще і в тому випадку, коли пацієнта треба супроводити з однієї будівлі лікарні в іншу. Відбувається це таким чином: пацієнт йде разом з санітаром, але його рука прив'язана мотузкою, інший кінець мотузки тримає санітар, накрутивши собі на руку. Коли є необхідність перевезти до іншої будівлі двох осіб, то їх прив'язують один до одного мотузкою за руку.

Респонденти не підтвердили, що зазнавали образ із боку персоналу. Що ж до подібних інцидентів між пацієнтами, то опитані зазначили, що персонал завжди реагує на винуватців: «Зазвичай їм роблять дозу аміназину, а потім поміщають до наглядової палати, в якій їх прив'язують до ліжка». Наглядову палату як покарання використовують і в інших випадках «поганої поведінки».

Обмеженим є доступ до туалету пацієнтів, які перебувають у наглядній палаті.

З повідомлення особи, що перебувала у стаціонарі лікарні: «У наглядній палаті були жінки, яких не відв'язували декілька днів, при цьому вони були зв'язані по руках і ногах. Якщо ці жінки жалілися і просилися, щоб їх відв'язали, то їм могли навіть вчасно не піднести судно, тому вони мочилися під себе, матраци при цьому їм не міняли. В одній із зв'язаних жінок почалися місячні, але її продовжували тримати у зв'язаному стані, не надавши жодних гігієнічних засобів».

Під час спілкування з персоналом та інтерв'ювання пацієнтів виникла підозра, що лікарнею здійснюється випробування ліків та/або наукових досліджень із залученням пацієнтів. Отримані дані стосовно видів економічної діяльності лікарні підтверджують це припущення. Крім традиційного для закладів виду економічної діяльності «Діяльність лікарняних закладів», лікарнею ще здійснюється «Спеціалізована медична практика» та «Дослідження й експериментальні розробки у сфері інших природничих і технічних наук. На якій науковій базі така діяльність може здійснюватись? У м. Херсон із медичних закладів лише базовий медичний коледж, без спеціальності «психіатрія».

За повідомленням головного лікаря, четверо лікарів працюють у транснаціональній корпорації, завдяки чому заклад отримує певну фінансову допомогу. Характерно, що пізніше головний лікар намагався всіляко обійти цю тему.

З повідомлення особи, що перебувала у стаціонарі лікарні: «Разом зі мною у відділенні лежали жінки здебільшого до 40 років. До десяти жінок були вагітними. Кожна друга вагітна перебувала у лікарні тривалий час. Медикаменти, які вони вживали мали такий ефект, що частина з них не бачили мене, коли я йшла із їдальні, яка була світлішою. Інша категорія дівчат були дуже сильно загальмовані, і ходили з припіднятими догори руками, зігнутими під прямим кутом в ліктях».

До слова, головний лікар, який і на той час займав цю посаду, запевнив, що у лікарні ніколи не було вагітних пацієнток. Формально діяльність із залучення пацієнтів до випробування ліків не заборонена та регулюється відповідним порядком, затвердженим МОЗ⁸⁷. В іншому разі, якщо слова пацієнтки можна підтвердити, діяльність лікарні (окремих представників персоналу) може виходити за межі дозволеного.

Респонденти стверджують, що вони були задіяні у прибиранні території лікарні і відділень. Оплату за цю роботу вони не отримували. Пацієнти також відмітили що їх не змушують це робити та не використовують їхню працю як міру покарання.

Респонденти стверджували, що не відчувають себе потерпілими. Однак пізніше виявилось, що вони не розуміють значення цього терміну та не знають, що можна звернутись за захистом своїх прав. А навіть, якщо і доведеться звертатися, впевнені, ніколи не зможуть добитися результату на свою ко-

⁸⁷ Наказ МОЗ від 23.09.2009 року № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09/page>

ристь, адже відчувають себе неповноцінними. При виникненні будь-яких несприятливих дій чи рішень медичного персоналу, вони завжди можуть поскаржитись головному лікарю. Яке буде прийняте рішення за результатом їх скарги, опитаним не відомо. Вище йшлося про контроль зі сторони персоналу під час комунікацій пацієнтів із зовнішнім світом. Тому, не зважаючи на наявність інформаційних куточків із телефонами та адресами Департаменту охорони здоров'я чи інших установами, скористатись ними пацієнту практично не можливо.

Інші аспекти дотримання прав пацієнтів

Опитаних дуже засмучує, що у відділеннях не має приміщень, обладнаних під молитовну кімнату з образами та іншим церковним приладдям, пацієнти не можуть усамітнитись, щоб помолитися, вони не можуть вільно дотримуватись обрядів своєї релігії. Пацієнти за власним бажанням можуть брати участь у недільній молебні, мають можливість причащатись із власної згоди коли приїжджає представник з УПЦ МП, проте лікарняну установу не відвідують священники різних конфесій.

У відділеннях відсутня можливість для усамітнення пацієнтів.

На питання чи знаєте ви, чому знаходитесь в психіатричній установі та чим хворієте? Пацієнти відповіли «так», також пацієнти знають які ліки приймають. Водночас, вони не знають скільки часу їм доведеться провести в лікарняній установі. Частина респондентів підтвердила, що їм є куди повернутись якщо вони випишуться. Однак певна кількість опитаних такої можливості немає.

Пацієнти впевнено сказали, що знають свої права, адже перелік прав висить на стінах у відділеннях. Це викликає сумнів, оскільки у подальшому спілкуванні з'ясувалось, що опитані не знають жодного із прав людини.

На жаль, виникли сумніви і щодо обізнаності лікарів із стандартами прав пацієнтів. Вони вперто наполягають, що для госпіталізації недієздатної особи достатньо згоди опікуна. У процесі дискусії щодо згоди особи, визнаної недієздатною, та альтернатив госпіталізації, здивувала позиція заступника головного лікаря з медичних питань, який сказав: «От коли змінять Закон «Про психіатричну допомогу», тоді і будемо так робити». Що ж до застосування методів фіксації, то головний лікар висловив впевненість в існуванні відповідного наказу МОЗ.

Респонденти підтвердили, що у лікарні відсутня будь-яка форма самоврядування. Більше того, є підстави стверджувати, що персонал категорично виступає проти ініціатив пацієнтів чи їх родичів.

Дозвілля пацієнтів здебільшого обмежується переглядом телевізора. Слід віддати належне, у деяких відділеннях обладнані відповідні території чи кімнати відпочинку.



Фото 20. Кімната відпочинку у відділенні №3

Висновки та рекомендації:

Загальні висновки:

1. Доводиться констатувати, що у лікарні не дотримано права на гідний рівень життя пацієнтів та порушується їх приватність. Так, палати, що потребують серйозного ремонту, можуть одночасно прийняти до десяти пацієнтів. При чому площа цих спальних приміщень не відповідає нормі. В окремих відділеннях зафіксовано спільне перебування дітей із дорослими. Кількість меблів у палаті ставить під сумнів забезпечення достатнього простору для пацієнта. Постільна білизна, предмети гігієни здебільшого пацієнти приносять із собою. Тумбочки розраховані на двох, інколи на трьох осіб. Одяг та інші особисті речі «надійно» охороняються у спеціальному приміщенні. Доступ до схованих речей можливий з дозволу персоналу. Час відходу до сну регламентується вимкненням світла у звичайних палатах, що передбачено режимом дня, але не бажанням пацієнтів. Натомість у наглядовій палаті пацієнти перебувають під постійним освітленням. Приміщення туалету та ванної кімнат не забезпечує приватність пацієнтів, а наявність замків на дверях зазначених кімнат не дозволяє говорити про необмежений доступ. Харчування у лікарні не є достатнім, а можливість харчуватись власними продуктами чи стравами обмежена графіком. На жаль, персоналом грубо порушується таємниця листування пацієнтів, а користування телефоном, або можливе з дозволу та під контролем персоналом, або заборонено взагалі. Не зважаючи на наявність окремих кімнат для відвідування, пацієнти не мають можливості бути наодинці з близькими, а термін відвідування є обмеженим. Обмеженою є й можливість прогулянок в межах території лікарні. Вихід за межі закладу фактично є забороненим.

2. Шляхи та методи лікування у закладі не сприяють відновленню пацієнтів. Медикаментозні препарати покликані лише загальмувати стан загострення. Деякі з них можуть використовуватись у якості покарання. Пацієнти переважно комунікують із молодшим та середнім медичним персоналом, натомість доступ до лікарів ускладнено. Лікарня не надає жодних терапевтичних (крім медикаментозних), реабілітаційних та відновлювальних заходів.

3. Позиція та дії персоналу лікарні ставлять під сумнів визнання ними концепту вільної та інформованої згоди пацієнта. Останні переважно не лише не мають доступу до медичних справ, визнаючи за лікарем їх тлумачення, а й не мають можливості отримати альтернативні методи лікування. Навіть процедура придбання ліків за кошти пацієнтів настановлює на думку про недобросовісність персоналу.

4. Стурбованість викликає й неналежне використання методів фіксації та ізоляції у закладі. Виникає сумнів їх належного документування і взагалі присутність лікарів під час використання відповідних методів. Покарання наглядовою палатою із прив'язуванням має ознаки неналежного поводження. Посилюється це й фактичною безкарністю персоналу. Пацієнти не мають змоги оскаржити їх дії. Найвищою апеляційною інстанцією залишається головний лікар. Виникають підозри, що у лікарні проводяться наукові експерименти та випробування, до яких залучають пацієнтів.

5. Персоналом перешкоджаються ініціативи пацієнтів щодо налагодження громадського життя в лікарні. Самоврядні пацієнтські органи відсутні. А серед організацій, які відвідують лікарню, здебільшого благодійні та релігійні. Водночас, у лікарні відсутнє приміщення для задоволення релігійних потреб. На жаль, серед пацієнтів є й ті, кому нікуди повертатись у разі можливої виписки. Саме цей контингент є найбільш залежним від персоналу.

6. Загалом Херсонська обласна психіатрична лікарня залишила враження обгородженого високим парканом середовища тотального контролю та пригнічення. Установа, в якій навіть для того, щоб скористатись ванною кімнатою, слід брати дозвіл персоналу, де розмова по телефону з близькими може відбутись виключно зі згоди та участі працівника, де наглядова палата є швидше місцем відбування покарання, – є далекою від лікувального закладу, метою якого мало б бути поступове відновлення стану здоров'я.

7. Спілкування із пацієнтами виявило відчуття ними скутості в розмові і відповідях. Залежність та страх перед персоналом змушувало їх кожного разу неправдиво відповідати на запитання по опитуванню. Це може бути наслідком маніпулювання ними із сторони персоналу. З іншого боку, можна стверджувати, що в лікарні дійсно діє система покарань. Є сенс припустити, що пацієнти становлять дві групи – слухняні та непокірні. Останнє й визначає ставлення пацієнтів до умов перебування у лікарні. Складається враження, що пацієнти, взагалі не вірять, що в цій лікарні відбудуться будь-які зміни на краще. Тому багато з них просто змирилися зі своїм постійним існуванням «за парканом» психіатричних відділень. Більшість з них не вірять, що їх стан здоров'я може покращитися. Видається, що пацієнти взагалі не чули, що це таке права пацієнтів і як ними можна скористатися.

8. Більшість середнього медичного персоналу не знають механізмів застосування заспокійливих медичних засобів щодо пацієнтів, які перебувають в гострому стані. На превеликий жаль, за словами самих пацієнтів, заспокійливі медичні засоби вводяться пацієнтам у загостреному стані без рекомендацій лікуючого або чергового лікаря.

Рекомендації:

1. Роз'яснити заступнику головного лікаря із медичних питань, завідуючим відділень та лікарям, що під час госпіталізації пацієнтів та їх стаціонарного лікування вони повинні користуватися не лише статтею 13 Закону України «Про психіатричну допомогу», а в Україні існують Конституція України, Цивільний кодекс України, Конвенція про права інвалідів, Конвенція про захист прав і основоположних свобод людини, Закон «Про соціальний захист інвалідів в Україні», якими вони теж повинні керуватися не порушуючи права пацієнтів.

2. Провести практичну роботу з черговими лікарями та завідуючими відділень на предмет дотримання прав пацієнтів під час госпіталізації у випадку, коли пацієнт не може дати свою усвідомлену згоду на госпіталізацію.

3. Виділити окреме приміщення в лікарні, де можуть відбуватись судові процеси у випадках, передбачених статтею 14 Закону України «Про психіатричну допомогу», а не возити пацієнтів до суду в місто, не принижуючи тим самим гідність самих пацієнтів.

4. Звернутись з листом до Голови міського суду м. Херсон щодо забезпечення суддів для проведення судових процесів на предмет примусової госпіталізації в приміщення Херсонської обласної психіатричної лікарні, а не в будинок суду першої інстанції.

5. Звернутись до Прокуратури м. Херсон щодо забезпечення присутності прокурора під час судового процесу з питання примусової госпіталізації пацієнта в приміщенні Херсонської обласної психіатричної лікарні.

6. Звернутись до Органу опіки та піклування виконавчого комітету Херсонської міської ради щодо присутності представника органу опіки та піклування під час судового процесу стосовно примусової госпіталізації пацієнта у випадках, коли у пацієнта немає законного представника, а він не розуміє значення своїх дій.

7. Роз'яснити медичному персоналу Херсонської психіатричної лікарні, а також заступникам головного лікаря, що Херсонська обласна психіатрична лікарня є лікарнею відкритого типу.

8. Припинити практику поселення дітей до палат для дорослих.

9. Віднайти можливість забезпечити дотримання гігієнічних норм перебування пацієнтів у палатах спеціалізованих психіатричних установ відкритого типу.

10. У палатах кількість лікарняних ліжок має відповідати гігієнічним нормативам, Розрахункова площа в палатах загального типу психіатричних закладів повинна відповідати 6 м² на одне ліжко.

У наглядних палатах – 7м². Ліжка в палатах необхідно розміщувати рядами, паралельно до стін з вікнами. Відстань від ліжок до стін з вікнами має бути не менше 0,9 м. Відстань між торцями ліжок, а також між торцями ліжок і стіною має бути не менше 1,2 м. Відстань між сторонами ліжок має бути не менше 0,8 м, а в палатах дитячих відділень – не менше 1,2 м.

11. Меблі та інші предмети для зберігання особистих речей (тумбочки, стільці) повинні відповідати кількості ліжко-місць. Кожне відділення потрібно оснастити засобами малої механізації (каталками, кріслами-каталками, візками для транспортування ліків, білизни, їжі, відходів тощо) в необхідній кількості, яка має залежати від ліжкової місткості відділення.

12. Терміново зробити косметичні ремонти в палатах, де виявлені щілини і обдерті стіни.

13. Забезпечити освітлення наглядної палати таким чином, щоб воно не заважало пацієнтам у нічний час.

14. Припинити практику заборони вмикати світло у палатах після 22-ї. Права пацієнтів повинні бути пріоритетом над правилами лікарні.

15. Забезпечити необмежений доступ пацієнтів до туалетних та ванних кімнат, знявши усі замки.

16. Роз'яснити працівникам кухні у відділенні та молодшому, середньому персоналу необхідність вільного доступу пацієнтів до холодильника, в якому знаходяться їх страви чи продукти харчування. Найліпшим варіантом для того було б, щоб холодильник знаходився в самому відділенні.

17. Провести роботу з лікарями приймального відділення, завідуючими відділень стосовно запровадження в історії хвороби листа призначення харчування пацієнту під час його стаціонарного лікування: порційної вимоги на харчування пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні. Під час госпіталізації пацієнта до психіатричного закладу охорони здоров'я його обов'язково необхідно зважувати, визначати ріст, а черговий лікар повинен призначати харчування. Дані заносяться до листа призначення харчування в карту стаціонарного хворого. Під час роз'яснення керуватись Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.10.2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».

18. Провести роботу з медичним персоналом стосовно припинення ганебної практики перечитування листів, які надсилаються або отримуються пацієнтами. Сприяти пацієнтам у безперешкодному користуванні телефонами та іншими засобами комунікації. Телефонні розмови пацієнтів повинні відбуватись без свідків.

19. Роз'яснити всьому медичному персоналу лікарні, що відповідно до статті 49 Конституції України в Херсонській психіатричній лікарні надається безоплатна психіатрична допомога, а не за кошти самих пацієнтів.

20. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» застосовувати у відділеннях лікарні елементи реабілітаційних заходів відносно стаціонарних пацієнтів.

21. Розробити індивідуальні реабілітаційні програми для кожного стаціонарного хворого.

22. Започаткувати навчання пацієнтів навичкам життєдіяльності, застосовуючи програми соціального супроводу.

23. Провести інструктаж з молодшим, середнім медичним персоналом та лікарями стосовно випадків елементів катувань пацієнтів, які завуальовано під м'яку фіксацію. Роз'яснити вищезазначеним особам, що в Україні, на сьогодні відсутній будь-який нормативно-правовий документ, яким затверджено правила здійснення фіксації.

24. Знайти можливість опанування персоналом альтернативних фіксації та ізоляції деескалаційних практик.

25. Припинити практику використання наглядової палати та м'якої фіксації у якості покарання пацієнтів.

26. Започаткувати тренінгові навчання з основ прав пацієнтів психіатричних закладів України відповідно до національного законодавства та міжнародних стандартів прав людини.

27. Надати можливість пацієнтам за їх бажанням зустрічатись із юристом, правозахисником, якого пацієнт може самостійно обрати. Передбачити, що такі зустрічі повинні відбуватись без участі персоналу.

28. Запровадити пацієнтське самоврядування у відділеннях лікарні, оновивши громадську раду із залученням неурядових організацій, родичів та близьких пацієнтів та створивши пацієнтські ради при відділеннях.

29. Налагодити співпрацю з організаціями громадянського суспільства, які працюють у галузі захисту прав людини з метою дотримання прав пацієнтів, отримання ними медичної, в тому числі психіатричної допомоги належної якості.

30. Оновити інтернет сторінку лікарні для прозорості її діяльності та інформування населення про діяльність Херсонської обласної психіатричної лікарні. Висвітлити інформацію, яка має суспільне значення, в тому числі і статут Херсонської обласної психіатричної лікарні, Ліцензії МОЗ України на зайняття медичною практикою та іншими діяльностями, Акредитаційний сертифікат МОЗ України.

31. Щорічно запрошувати фахівців з громадських організацій для проведення громадського аудиту стосовно дотримання прав пацієнтів у лікувальному закладі.

32. Поліпшити культурно-просвітницьку діяльність у відділеннях лікарні, залучаючи при цьому до участі самих пацієнтів. Організовувати концертні програми, творчі вечори, дискотеки інше. Розширити та оновити бібліотеки у відділеннях. Влаштовувати для пацієнтів відзначення днів народження у вигляді вітань, свят, тематичних вечорів з декламування віршів, інших видів самодіяльності.

33. Налагодити постійну роботу з релігійними конфесіями міста для сприяння здійсненню релігійних обрядів пацієнтами. Винайти приміщення в кожному відділенні або в одному з місць у самій лікарні для можливості усамітнення пацієнтів.

34. Департаменту охорони здоров'я та курортів Херсонської обласної державної адміністрації проконтролювати виконання рекомендацій, наданих під час соціально-побутового обстеження Херсонської обласної психіатричної лікарні головному лікарю.

35. Департаменту охорони здоров'я та курортів Херсонської обласної державної адміністрації ініціювати питання перед органами місцевого самоврядування стосовно поліпшення забезпечення транспортного сполучення між містом Херсоном та Херсонською обласною психіатричною лікарнею для зручності відвідування пацієнтів та планової госпіталізації пацієнтів у лікарню.

36. Міністерству охорони здоров'я України створити робочу групу для всебічної перевірки Херсонської обласної психіатричної лікарні.

Загальні рекомендації:

1. Верховній Раді України прийняти проект закону України щодо реформування сфери опіки та піклування над повнолітніми особами, визнаними недієздатними або особами, дієздатність яких обмежена, врахувавши у його тексті міжнародні зобов'язання України у цій сфері.

2. Кабінету Міністрів України розробити проект закону, яким внести зміни до цивільного законодавства України щодо механізму підтриманого прийняття рішення особами, що не усвідомлюють значення своїх дій та здатність керувати ними.

3. Кабінету Міністрів України розробити проект змін до цивільного та сімейного законодавства, передбачивши можливість укладення шлюбу особою, визнаною недієздатною, за погодженням із опікуном.

4. Кабінету Міністрів України розробити проект закону, яким внести зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу», узгодивши критерії госпіталізації та лікування у примусовому порядку особи із Рекомендаціями Комітету міністрів Ради Європи 2004(10), передбачивши у тому числі заходи із максимального врахування думки особи, надання їй безоплатної правової допомоги у справах, стосовно госпіталізації та (чи) лікування у примусовому порядку. Внести зміни до Цивільного процесуального кодексу України щодо винесення рішення суду про примусову госпіталізацію та надання особі психіатричної допомоги.

5. Кабінету Міністрів України, розробити проект закону, яким внести зміни до Цивільного законодавства України, які обмежували б процедуру примусового направлення на стаціонарну судово-психіатричну експертизу консультативним оглядом незалежного лікаря-психіатра.

6. Кабінету Міністрів України розробити проект закону, яким внести зміни до законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про психіатричну допомогу», додавши положення такого змісту: «Згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, визнаного у законному порядку недієздатним, згода надається ним особисто, за винятком випадків, коли пацієнт перебуває у гострому стані, така згода надається його законним представником та підтверджується судом».

7. Кабінету Міністрів України розробити проект закону, яким внести зміни до статті 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» щодо винятків передачі конфіденційної інформації без згоди особи: «Допускається передача відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або без згоди її законного представника для: 1) організацій надання особі яка страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги; 2) провадження досудового розслідування на підставі пред'явлення особі підозри чи звинувачення у вчиненні злочину або за рішенням суду».

8. Кабінету Міністрів України розробити проект закону, яким внести зміни до Закону України «Про психіатричну допомогу» щодо госпіталізації особи, визнану недієздатною у відповідності із статті 14 цього Закону. Крім того, законопроектом передбачити заходи контролю та захисту особи визнаної недієздатною, при розміщення до інтернатного закладу без її на те згоди.

9. Кабінету Міністрів України розробити Національну стратегію психічного здоров'я, передбачивши поступовий перехід сфери психіатричної допомоги на рівень місця проживання запровадження мультидисциплінарного підходу у наданні реабілітаційних послуг. Для реалізації Стратегії необхідно підготувати проекти законів про внесення змін до «Основ законодавства України про охорону здоров'я», та «Про психіатричну допомогу». Заходами Стратегії передбачити: при державному забезпеченні медичних препаратів керуватись виключно індивідуальною потребою користувача психіатричної допомоги; форми терапевтичного втручання повинні бути спрямовані на індивідуальні плани відновлення та включати комбіновані заходи.

10. Кабінету Міністрів України розробити та затвердити стратегію щодо самостійного проживання та отримання послуг на рівні громади особами із інтелектуальною та психосоціальною формою інвалідності, в якій, зокрема, передбачити: відмову від відкриття нових психоневрологічних інтернатів; перепрофілювання існуючих психоневрологічних інтернатів на заклади, основною метою яких є реабілітація осіб із психосоціальною та інтелектуальною формою інвалідності та підготовка таких осіб до самостійного проживання; у розумні строки забезпечити асистування та інші види підтримки для самостійного проживання особи із психосоціальною та інтелектуальною формами інвалідності; забезпечити розумне пристосування для отримання послуг на рівні громади.

11. Міністерству охорони здоров'я розробити та затвердити порядок застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, у відділенні (палаті) для застосування примусових заходів медичного характеру із звичайним наглядом.

12. Міністерству охорони здоров'я, державній судовій адміністрації з метою забезпечення доступу до правосуддя осіб – користувачів психіатричної допомоги використовувати режим відеоконференцій та облаштовувати кімнати для проведення виїзних судових засідань у психіатричних/психоневрологічних лікарнях при розгляді справ про примусову госпіталізацію, зміну чи скасування застосування примусових заходів медичного характеру.

13. Забезпечити спеціалізацію (або черговість) постійних суддів, які розглядали б питання госпіталізації, надання психіатричної допомоги та відповідали б за здійснення судового нагляду щодо дотримання прав осіб, госпіталізованих до психіатричної лікарні у примусовому порядку.

14. Міністерству охорони здоров'я невідкладно розпочати створення мережі закладів охорони здоров'я, в яких надаватиметься медична допомога дітям із розладами психіки та поведінки, передбаченої Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2013 року № 400 «Про вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям».

15. Міністерству охорони здоров'я внести зміни до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142 «Про затвердження Стандартів акредитації закладів охорони здоров'я», привівши критерії діяльності лікарняних закладів у відповідність із міжнародними стандартами прав людини, в тому числі стандартами ВООЗ.

16. Міністерству охорони здоров'я привести у відповідність із національним законодавством та міжнародними стандартами прав людини Наказ Міністерства охорони здоров'я від 8 жовтня 2001 року № 397 «Про затвердження нормативно-правових документів з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які страждають на психічні розлади», в тому числі передбачивши: забезпечення права пацієнта на альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним; забезпечення права пацієнтів на спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу.

17. Міністерству охорони здоров'я затвердити Правила застосування заходів фізичного обмеження та(або) ізоляції відповідно до статті 8 Закону України «Про психіатричну допомогу».

18. Міністерству охорони здоров'я розробити та затвердити Типове положення про стаціонарний заклад психіатричного допомоги, узгодивши його із державними зобов'язаннями за Конвенцією ООН про права інвалідів, регламентувавши забезпечення:

18.1. недискримінації, розумного пристосування – вказати на забезпечення пацієнтів усіма необхідними для них видами допомоги, зокрема, реабілітаційних послуг та тих соціальних послуг, доступ

до яких наразі відсутній (представництво інтересів, соціальна адаптація, кризове втручання, підтримане проживання);

18.2. участі у прийнятті рішень – завдяки регламентації процедури вивчення та врахування думки пацієнтів під час психіатричної допомоги та здійснення планів відновлення;

18.3. права на свободу, шляхом унеможливлення випадків надмірного обмеження свободи пересування пацієнтів у межах території лікарні та відділень;

18.4. збереження цілісності особистості та приватність – шляхом нормування забезпечення місць для усамітнення підопічних (наприклад, відгородження спального місця ширмою, перегородкою тощо), проведення санітарно-гігієнічних процедур без присутності сторонніх, умов для зберігання особистих речей, допомоги у догляді за особистими речами, допомоги у здійсненні контактів із родичами та близькими, забезпечення релігійних обрядів та участі у культурних заходах;

18.5. права на доступ до інформації шляхом ведення інтернет-сторінок закладів із висвітленням на них інформації, яка має суспільне значення, в тому числі: статут стаціонарного закладу психіатричної допомоги, ліцензії МОЗ України на зайняття медичною практикою та іншими діяльностями, Акредитаційний сертифікат МОЗ України;

18.6. права на повагу до приватного життя щодо унеможливлення безпідставної заборони використання пацієнтами мобільних телефонів, інших пристроїв зв'язку;

18.7. права на працю та зайнятість – шляхом нормування створення умов для здійснення працевтерапії пацієнтами у рамках виконання їхніх індивідуальних планів відновлення (уведення необхідної кількості посад трудінструкторів);

18.8. права на гідний рівень життя щодо унеможливлення безпідставного доступу пацієнтів до власних страв чи продуктів харчування;

18.9. унормування діяльності громадських рад при стаціонарному закладі психіатричної допомоги та пацієнтського самоврядування у стаціонарних відділеннях закладів психіатричної допомоги;

18.10. права на участь у культурному житті, у тому числі на рівні громади.

19. Міністерству охорони здоров'я внести зміни до штатних нормативів медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу та працівників кухонь психіатричних лікарень, відділень, затверджених Наказом Міністерства охорони здоров'я від 23 лютого 2000 року № 33, передбачивши наявність серед персоналу соціальних працівників, реабілітологів.

20. Міністерству охорони здоров'я спільно із Міністерством соціальної політики України розробити Порядок обліку, зберігання та контролю за витрачанням коштів недієздатних пацієнтів, функцію опікуна над якими здійснює заклад.

21. Міністерству охорони здоров'я невідкладно внести зміни до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 жовтня 2013 року № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботу дієтологічної системи в Україні», збільшивши норми харчування у закладах охорони здоров'я в тому числі психіатричних лікарнях. Врахувати при нормуванні кількості харчування психічний стан пацієнтів психіатричних лікарень та вплив на них лікарських засобів.

22. Міністерству охорони здоров'я та Міністерству соціальної політики затвердити та забезпечити фінансування програм із реабілітації та санаторно-курортного лікування осіб-користувачів психіатричної допомоги.

23. Міністерству охорони здоров'я внести до атестаційних вимог для фахівців психіатричних закладів питання пов'язані із впровадженням міжнародних стандартів у сферу прав користувачів психіатричної допомоги, в тому числі стандартів ВООЗ.

24. Міністерству соціальної політики України невідкладно розробити та подати в установленому порядку Кабінету Міністрів України проект постанови стосовно забезпечення організаційно-правових умов захисту повнолітніх недієздатних осіб та осіб, дієздатність яких обмежена, передбачивши механізм надання їм допомоги за місцем проживання і перелік соціальних послуг, що надаються особам, нездатним до самообслуговування відповідно до Національного плану дій із реалізації конвенції ООН про права інвалідів на період до 2020 року.

25. Міністерству регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства спільно із Міністерством охорони здоров'я внести зміни до Державних будівельних норм 2.2.10. 2001 «Заклади охорони здоров'я», привівши їх у відповідність із міжнародними стандартами дотримання прав людини, в тому числі стандартами ВООЗ.

26. Міністерству охорони здоров'я спільно із обласними державними адміністраціями віднайшли можливість для ремонту будівель лікарні, приведення їх у відповідність із нормами безперешкодного доступу для маломобільних груп населення.

27. Міністерству охорони здоров'я забезпечити навчання персоналу психіатричних закладів міжнародним стандартам прав людини, в тому числі стандартам ВООЗ.

28. Міністерству охорони здоров'я спільно із обласними державними адміністраціями започаткувати тренінгові навчання з основ прав пацієнтів психіатричних закладів України відповідно до національного законодавства та міжнародних стандартів прав людини.

Наукове видання

Р. Е. Імереллі
К. П. Казачинська
Б. С. Мойса
С. С. Шум

**Права осіб із проблемами психічного здоров'я.
Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях
Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини**

Комп'ютерний дизайн і верстка *І. В. Котлінської*
Редагування *В. О. Таранюк*

Формат 60x84¹/₈. Ум. друк. арк. 7,44. Тираж 50 прим. Зам. № 123.

Видавнича компанія «КИТ»
вул. Фрунзе 19-21, м. Київ, 04080, тел.: (044) 482-55-16, 482-50-68
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №461 від 23.05.2001.