

Human Rights  
**in**  
Mental Health



УПОВНОВАЖЕНИЙ  
ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ  
З ПРАВ ЛЮДИНИ



# ПІДСУМКОВИЙ ЗВІТ

## ОГЛЯД СЛУЖБ СУДОВОЇ І ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ ПСИХІАТРІЇ В УКРАЇНІ

Грудень 2015

### **Група експертів:**

Франс Даув (Нідерланди)

Ґевін Ґарман (Велика Британія)

Альґімантас Ляуседас (Литва)

Роберт ван Ворен (Нідерланди, Литва)

Ірина Сергієнко (Україна)

Олена Темченко (Україна)

Дана публікація впроваджується в рамках проекту «Зміцнення потенціалу Секретаріату Уповноваженого ВРУ з прав людини», який виконується Програмою розвитку ООН в Україні та фінансується Міністерством закордонних справ Данії.

Думки, висновки чи рекомендації належать авторам та упорядникам цього видання і не обов'язково відображають погляди Міністерства закордонних справ Данії, Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй чи інших агенцій ООН.



ПІДСУМКОВИЙ ЗВІТ

**ОГЛЯД СЛУЖБ СУДОВОЇ  
І ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ ПСИХІАТРІЇ  
В УКРАЇНІ**

Грудень 2015



<b>СТИСЛИЙ ОГЛЯД</b> .....	<b>6</b>
<b>ОЦІНКА ДІЮЧИХ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ СЛУЖБ</b> .....	<b>7</b>
ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ТА ПОПЕРЕДНІ ЗАУВАЖЕННЯ .....	7
СИСТЕМНІ АСПЕКТИ.....	8
ІНСТИТУЦІЙНІ АСПЕКТИ.....	9
ДЗ Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом у Дніпропетровську .....	11
Посилений режим: Дніпропетровська обласна психіатрична лікарня м. Дніпропетровськ); Полтавська обласна психіатрична лікарня (м. Полтава); Київська обласна психіатрична лікарня (м. Глеваха) .....	14
ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ .....	17
<b>РЕКОМЕНДАЦІЇ ВЕРХОВНІЙ РАДІ ТА УРЯДОВІ УКРАЇНИ</b> .....	<b>19</b>
СИСТЕМНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	20
ІНСТИТУЦІЙНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	22
ТЕРАПЕВТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	23
<b>ПЛАН ДІЙ</b> .....	<b>25</b>
ПОПЕРЕДНІЙ ЕТАП: 3 МІСЯЦІ.....	25
1-Й ЕТАП: 6 МІСЯЦІВ .....	25
2-Й ЕТАП: 24 МІСЯЦІ .....	25
3-Й ЕТАП: 12 МІСЯЦІВ.....	25
<b>ДОДАТОК: ІНОЗЕМНІ ЧЛЕНИ ГРУПИ</b> .....	<b>26</b>

Наприкінці листопада 2015 року чотири іноземні експерти відвідали психіатричні заклади України з метою моніторингу умов лікування осіб, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру. Мета моніторингу – аналіз проблем у системі судової психіатрії та вироблення рекомендацій для їх розв’язання шляхом запровадження реформ. Моніторинг здійснювався спільно з Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини, до складу групи входило два працівники Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Члени групи спілкувалися з керівниками закладів, лікарями, персоналом, який безпосередньо контактує з пацієнтами, а також – в умовах приватності – з пацієнтами.

У звіті наводиться опис функціонування відділень, що працюють як «тотальні установи». В них усі аспекти повсякденного життя пацієнтів перебувають під надмірним контролем, при цьому не забезпечується широкий спектр або дієві засоби сучасної психіатричної допомоги. Пацієнтам не забезпечена зайнятість, ледь не весь день вони замкнені у своїх палатах. Догляд за ними не індивідуалізований, він не спирається на принципи зцілення, відновлення здоров’я і реабілітації, а зводиться до застосування медикаментів, включаючи інтенсивне використання нейролептиків першого покоління седативної дії. Водночас для пацієнтів запроваджено невідповідні обмеження. Напружена атмосфера режиму тримання під вартою ще більш посилюється охороною, яка підпорядковується іншому відомству .

Україна нині має чудову нагоду, щоб визнати нагальну потребу в реформуванні своєї системи судової психіатрії, чіткі докази і приклади того, як її можна з успіхом здійснити. Лікарні мають певні засоби, за допомогою яких вони могли б забезпечити більше розмаїття в лікуванні на основі міждисциплінарного підходу, і кадри, які можуть формувати практику, що відповідає сучасній базі психіатрії та міжнародним стандартам. Треба зберегти й розвивати ті навички, цілі та сподівання, які є і в персоналу, і в пацієнтів, які наразі обмежені правилами і нормами. Це спричинить зміну в сприйнятті пацієнтами свого перебування в лікарні – з такого, що пов’язаний із покаранням, на такий, що лікує, і сформує систему судово-психіатричної медицини, яка допоможе безпечному відновленню здоров’я психічно хворих правопорушників та їх поверненню в суспільство, як його повноцінних членів.

У звіті виділено 3 рівні проблем з наданням відповідних рекомендацій: системний, інституційний і лікувально-терапевтичний. Рекомендується визначити на конкурсних засадах один чи кілька «пілотних» майданчиків для реалізації реформованого клінічного протоколу – від лікування в умовах суворого режиму до амбулаторного на основі принципів і моделей, окреслених у звіті. Такий «пілотний» майданчик можна було б поєднати в рамках твіннінгу з відповідними закордонними установами з метою створення національного науково-інноваційного центру судово-психіатричного профілю. Так само рекомендується невідкладно внести зміни до нормативних актів і правил діючих установ задля покращення умов догляду і життя пацієнтів та роботи персоналу. У звіті також запропоновані рекомендації щодо розвитку лікувальних заходів за зразком багатопрофільних лікарень.

Наприкінці листопада 2015 року група з чотирьох іноземних експертів під егідою Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини побувала в кількох українських судово-психіатричних установах, включно з психіатричною лікарнею із суворим наглядом у Дніпропетровську.<sup>1</sup> Група була різнопрофільною і до її складу входив директор судово-психіатричної установи, старший медбрат судово-психіатричного профілю, директор в'язниці, експерт з українських психіатричних закладів.<sup>2</sup>

Наше завдання полягало не у викритті порушень, а в збиранні інформації, яка б допомогла в розвитку належної практики та привела до створення плану реформ. Цей звіт є наслідком наших візитів. Хоч у ньому міститься критична оцінка поточної ситуації, проте звіт покликаний стати засобом, корисним для розвитку нинішньої системи і приведення її у відповідність до міжнародних стандартів судово-психіатричної практики.

Ми хотіли б скористатися нагодою, щоб подякувати керівникам відвіданих нами закладів за їхню готовність дозволити нам здійснити наші візити без жодних перешкод, хоча про них офіційно не оголошували, і сприйняти їх можна було як інспекцію, а не спробу зібрати достатньо інформації для обґрунтування рекомендацій для майбутнього розвитку. Ми вдячні їм також за відверті дискусії, що велися під час візиту, та їхню готовність обговорювати наші «погляди з іншої сторони». Ми цілком розуміємо, що часом це викликало відчуття дискомфорту, проте сподіваємося, що наші запевнення щодо позитивності нашого підходу та намірів були сприйнятні.

### ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ТА ПОПЕРЕДНІ ЗАУВАЖЕННЯ

Після відвідання відділень та спілкування із персоналом та пацієнтами ми прийшли до висновку, що українські служби судової психіатрії являють собою «тотальні інститути», де головне – це контроль і субординація. За таких обставин і пацієнти, і персонал, включаючи керівництво, стають заручниками системи, підтримуючи її існування в незмінному стані або ж намагаючись удосконалити її шляхом розробки ще більшого числа норм і правил, аби тримати пацієнта під контролем.

Візити надали можливість досконало ознайомитись із роботою закладів. Ми уникали довгих розмов про нормативи і робочі проблеми з директорами закладів, віддаючи перевагу спілкуванню з тими, хто причетний до надання послуг «на нижчому рівні» — з пацієнтами, з якими ми знайомилися віч-на-віч в їхніх палатах, без присутності персоналу. Інколи розмови були з групою, частіше – наодинці. Водночас один представник групи розмовляв із директором, щоб скласти повніше уявлення про роботу лікарні.

<sup>1</sup> Візит відбувався в період з 15 по 20 листопада 2015 р. та охоплював відвідини таких установ: Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України»; Дніпропетровська обласна психіатрична лікарня (відділення з посиленням наглядом); Полтавська обласна психіатрична лікарня (відділення з посиленням наглядом); Київська обласна психіатрична лікарня в м. Глеваха (відділення з посиленням наглядом).

<sup>2</sup> Стислий професійний життєпис чотирьох експертів наведено в додатку до звіту.

Керівники вищої ланки так само змушені підпорядковуватись існуючій системі, часто посиляються на неможливість діяти в інший спосіб через наявність чинних норм, які важко змінювати.

У той самий час багато працівників висловлювали глибоку та щире стурбованість становищем, у якому перебувають їхні пацієнти. Не приховуючи емоцій, вони пояснювали особливості їх перебування в лікарнях і виявляли зацікавленість у змінах. Це дає надію на те, що нову систему таки можна збудувати – на засадах людяності та співчуття, професійності, забезпечення високих стандартів догляду за цією особливою категорією пацієнтів та пріоритетності головної мети, а саме: реінтеграції цих пацієнтів і їх повернення до тих, хто їх любить, щойно вони перестають являти собою загрозу для себе та інших.

В Україні, немає універсальних стандартів, процедур або критеріїв щодо примусового лікування, яких дотримуються в установах, де застосовуються примусові заходи медичного характеру. Внаслідок чого як умови, так і обмеження, що застосовуються, – не однакові в різних лікарнях. Лікувальні процедури та режимні обмеження, які мають застосовуватися відповідно до встановленого режиму нагляду (загальний, посилений або суворий) нічим не врегульовано, а рішення суду про встановлений режим нагляду спираються на правові, а не медичні критерії.

Фактично, тривалість примусового лікування не залежить від стану пацієнта, динаміки захворювання або від соціального ризику, спричинюваного конкретним пацієнтом, а радше, пов'язана, головним чином, із характером соціально небезпечного діяння. Жодна з лікарень, у яких ми побували, включно з закладом із суворим наглядом у Дніпропетровську, не мають практики використання підтверджених, емпіричних інструментів або методів оцінки ризику рецидиву агресивної поведінки. Дуже мало співробітників лікарні спеціально навчені оцінці ризиків і знають, як застосовувати такий інструментарій.

### СИСТЕМНІ АСПЕКТИ

Пацієнти, які відповідно до ухвали суду вчинили тяжкі соціально небезпечні діяння в стані неосудності, проходять лікування в двох чи трьох різних закладах з різним рівнем нагляду, перш ніж повернутися до суспільства (де вони ще можуть і далі проходити амбулаторне лікування). Пацієнт не отримує системної медичної допомоги. Переходячи на нижчий рівень нагляду, пацієнт опиняється в ситуації, коли йому доводиться «починати спочатку», замість того, щоб відчувати, що він рухається в бік виписки. Пацієнти, навіть якщо вони готові це робити, не можуть вплинути на процес власного лікування або як-небудь впливати на тривалість перебування в лікарні.

Через нестачу вільних приміщень і відповідного персоналу, пацієнти проводять більшу частину свого часу в ліжку, хоча основою судово-психіатричної допомоги є сприяння поступовому поверненню пацієнтів до нормального життя шляхом поетапного розширення їхнього простору - з ліжка до палати, з палати до відділення лікарні, а з відділення лікарні - до суспільства. Отож,



важливо створити добре організований і безперервний план лікування, який залучає не тільки медичних працівників різних спеціальностей, але й самих пацієнтів, які активно прагнуть брати участь у особистому прогресі. Це значно допомогло б скоротити час їхнього перебування в психіатричних лікарнях і підвищити ефективність здійснюваного лікування.

Повна клінічна оцінка повинна бути заснована до поведінці хворих в різних ситуаціях: на роботі, під час дозвілля, спортивних заходів, навчальних занять, під час сеансів групової терапії і в ході частої індивідуальної взаємодії з працівниками і лікарями-психіатрами. Режим нагляду, обмеження та індивідуальний план медичної допомоги в такому разі опираються на оцінку потреб та ризиків щодо конкретної особи.

Наразі режим безпеки в судово-медичних відділеннях лікарні підтримують працівники, які не підпорядковуються адміністрації лікарні. Їхня діяльність здебільшого визначається засадами і керівними принципами пенітенціарних і правоохоронних, а не медичних установ. Охоронці носять форму і спеціальні засоби або навіть зброю. Внаслідок цього клінічні відділення виглядають скоріш як в'язниці, ніж медичні лікувальні заклади. Водночас процес лікування не регулюється якими-небудь затвердженими моделями допомоги, нормативними актами чи юридичними документами. Ситуація «двох начальників» в одній установі серйозно ускладнює створення терапевтичного середовища.

Із розмов з окремими працівниками склалося враження, що ні санітари, ні охорона не проходять достатнього навчання з питань психічного здоров'я або відповідних методів керування агресією. Пацієнти в деяких закладах скаржилися на застосування санітарами фізичної сили. Для заспокоєння пацієнтів, а також як засіб покарання за те, що вважається «неналежною поведінкою» (дехто з пацієнтів говорив, що під це визначення підпадають і скарги), зазвичай використовуються ліки – як правило, аміназин.

Існує достатньо доказів того, що тривалість перебування пацієнтів у лікарнях з різними режимами нагляду не залежить від психічного стану пацієнта або обґрунтованої оцінки його небезпечності. Застосовується загальна практика перебування пацієнта в лікарні принаймні стільки ж, скільки він би перебував у в'язниці за вчинений злочин. У деяких випадках через невеликі сутички або з причин, які для нас залишаються неясними, пацієнтів тримали довше, ніж відповідний термін відбування покарання у вигляді позбавлення волі. Ця ситуація не тільки дуже шкідлива для пацієнтів і їхніх сімей, а й створює нездорову атмосферу для роботи персоналу і позбавляє суспільство цінних членів – батьків, чоловіків/дружин, активних громадян.

### ІНСТИТУЦІЙНІ АСПЕКТИ

Закритим установам, зокрема відвіданим, загрожує перетворення на «тотальні установи», а небезпека впливу руйнівних тенденцій є дуже великою. Очевидно, що між можливостями персоналу і пацієнтів існує величезна різниця. Незалежно від того, в якій частині світу існує клініка

або в'язниця, треба усвідомлювати такі тенденції як прояви несанкціонованого насильства, антагонізм між персоналом та пацієнтами, деперсоналізація (тобто ставлення до іншого не як до рівної собі, неповторної і корисної особи) та корупції.

Намагання боротися з цими тенденціями шляхом встановлення низки суворих норм і правил та готовності застосовувати каральні заходи до будь-якої форми відхилення проблеми не вирішує. Це радше спонукає людей виявляти велику винахідливість аби порушити цілісність інституту. Очевидно, що введення пацієнтам більшої дози ліків як покарання, залишення їх у невизначеності щодо тривалості госпіталізації, обмеження їх чи відмова в можливість задовольняти свої основні потреби (наприклад, піти в туалет, коли це необхідно, поспілкуватися з родичами) не можна назвати справедливим. Деякі пацієнти згадували про фізичне насильство з боку санітарів, тимчасом як інші, парадоксально, були раді постійному відеоспостереженню в палаті, бо, за їхніми словами, «вони не можуть бити нас непомітно, як це вони роблять в інших частинах лікарні.»

Ми відзначили, що пацієнтів тримають майже без усяких контактів з родичами і друзями, без інформування, у покорі, залежності та пасивності. Переважна більшість поняття не мала, які у них є права, і стверджували, що їх про них ніколи не інформували. Вони приходили з простими, але важливими питаннями, які представники Секретаріату Уповноваженого з прав людини пообіцяли вирішити.

Лікування, якому піддають цих пацієнтів, виходить з припущення про їхню недієздатність і безпосередню небезпечність. Ми піддаємо цю презумпцію сумніву. Ми сиділи з «небезпечними» чоловіками в їхніх палатах, обговорюючи їхні долі, надії та відчай, без жодної тривоги або відчуття того, що ми в небезпеці. Більшість чоловіків і жінок цілком були в змозі пояснити своє становище, що вони робили і як, і що вони б робили, якби мали нагоду або проявити активність у лікарні або після того, як їх нарешті відпустять додому. Більшість людей, з якими ми говорили, виявилися інформованими і компетентними, незважаючи на те, що опинилися в абсолютно залежному становищі. Їхнє правопорушення було скоєне давно, вони не спричиняють інцидентів і не вчиняють насильства, проте їх ніяк не спонукають функціонувати в більш напружених і складних ситуаціях, таких як робота, терапія або спорт. В результаті цього, не існує якогось механізму, який би дозволяв працівникам оцінювати, наскільки така особа здатна керувати собою за нормальних умов у суспільстві і чи й далі існує ризик агресивної реакції на стрес.

Те ж саме стосується й персоналу. В усіх установах, які ми відвідали, існує дуже сувора ієрархія і кожне рішення щодо медичного догляду або ведення пацієнта ухвалюється або затверджується лікуючим психіатром або завідувачем відділення. Решта персоналу виконує накази. Крім того, персонал може опинитися в такому ж «інституалізованому» становищі, як і їхні пацієнти, втрачаючи інтерес до їхніх унікальних особистих історій і обставин. Серед молодших співробітників ми помічали сильне бажання домогтися змін, проте вони, як правило, тільки мовчки кивали головами, погоджувались із нами.

Міністерство призначає головного лікаря лікарні з суворим наглядом і регламентує штатний розпис лікарень. Тим не менш, діяльність лікарень в найдрібніших деталях контролює прокура-

тура, а лікарні фактично мають провадити свою діяльність відповідно до внутрішніх процедур пенітенціарних установ.

При спілкуванні з керівниками закладів ми відмітили потребу в стратегічному плануванні та очевидну відсутність елементів внутрішнього контролю, а також брак якого-небудь аналізу витрат та результативності роботи. Якщо служба немає чіткої стратегії (бачення, місії та цілей), тоді не можна очікувати стабільності. На інституціональному рівні важливо мати ясні та досяжні цілі. На рівні колективу працівників слід загострювати увагу на культурі співпраці (пацієнт-орієнтоване лікування, орієнтацію на результати лікування пацієнтів, взаємну довіру і повагу), якої нині зовсім не вистачає.

Складаються лише плани клінічних досліджень і лікування, але мало уваги приділяється психологічній підтримці. Відсутній персонал, що приділяв би окрему увагу питанням психо-соціальних аспектів медичної допомоги. Центри соціальної і трудової реабілітації, які працюють у лікарнях, де ми побували, і в яких працюють психологи, мають спеціальні приміщення для психосоціальної роботи, відвідувати які може лише дуже незначне число пацієнтів. Працетерапія пацієнтів має фрагментарний і непослідовний характер і, отже, мало впливає на хід лікування і покращення стану пацієнтів. Переважну більшість пацієнтів лікують виключно з допомогою фармакотерапії.

Похмура обстановка, ліжка, розташовані одне обіч другого в палатах, і колючий дріт на парканах навколо двору створюють гнітючу атмосферу, не кажучи вже про те, що пацієнти замкнені в своїх палатах протягом більшої частини дня. Більшість санвузлів старі і потребують ремонту. Пацієнти не мають вільного за потребою доступу до туалетних кімнат, зокрема вночі. Пацієнти, які лікуються в палатах індивідуального спостереження і не можуть вільно їх залишати, мають бути в змозі користуватися туалетом у будь-який час.

### **ДЗ Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом у Дніпропетровську**

Хоч наш візит не анонсувався, було видно, що керівник очікував перевірки. Він розповів, що з часу попередніх перевірок фінансування не покращилося, але лікарня спромоглася розширити штат працівників за рахунок різних грантів. Але його можливості обмежені з урахуванням рівня кадрового і фінансового забезпечення. Ми ж швидко розділилися на групи і, поки один з нас продовжив обговорення питань із головним лікарем, дві міні групи відправилися у відділення, щоб поспілкуватися з пацієнтами і працівниками.

УПЛ у Дніпропетровську розташована в будівлі, абсолютно не пристосованій до її функції. Корпус лікарні, частина якого збудована на початку XIX ст., разом із прибудованими чверть століття тому приміщеннями, розташований на території слідчого ізолятора. У лікарні 12 клінічних відділень, у яких на день нашого приїзду перебувало 709 пацієнтів (серед яких 83 жінки і 1 дитина, яка лікується у відділенні спільно з дорослими). У середньому на рік з лікарні виписують приблизно 130 осіб, проте за останні півтора року виписано й переведено в відділення з посилен-

ним наглядом в інших місцях аж 230 пацієнтів – незвично багато – , що, можливо, викликане підвищеною увагою з боку Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.

Попри свою непристосованість та доволі обшарпаний зовнішній вигляд будівлі, всередині вона має добрий стан, а відділення її чисті. Нам одразу впала в очі велика кількість працівників – усі в білих халатах, що кудись ішли коридорами, тимчасом як пацієнти сидять замкнені в своїх палатах. Останніми місяцями чисельність пацієнтів у відділеннях скоротилася і хоч багато відділень розраховані на 120 пацієнтів, в них фактично перебувало близько 80.

В Україні є один такий судово-медичний заклад із суворим режимом нагляду, тому він обслуговує всю країну. Пацієнтів приймають лише після винесення остаточного рішення суду та за наявності документа, що посвідчує особу. Двічі на рік лікарня надсилає в суд подання щодо продовження чи припинення примусових заходів медичного характеру. У поданні міститься висновок комісії психіатрів щодо психічного стану пацієнта та рекомендації щодо умов подальшого лікування. Попри це, як вказано раніше, неясно, які критерії використовуються для обґрунтування таких рекомендацій, адже пацієнти перебувають у лікарні в середньому по 5-8 років. У більшості випадків у них діагностують хронічний психічний розлад і забезпечують лише фармакологічне лікування. На практиці пацієнти не отримують будь-якої психологічної чи соціальної підтримки, немає реальних індивідуальних планів лікування і пацієнти більшість часу проводять у замкнутих палатах, оснащених металевими дверима.

У лікарні існує порядок розгляду скарг пацієнтів, але їх надходить мало. Ми не отримали підтвердженої інформації щодо порядку направлення пацієнтів на консультацію. За потреби пацієнтів везуть на консультацію до інших медичних закладів, але до самої лікарні консультантів не запрошують. Немає щорічного контролю витрат і ефективності роботи. Застосовується процедура, аналогічна тій, що існує в звичайних психіатричних лікарнях, яка не адаптована до спеціалізованого довгострокового лікування.

Як згадано раніше, співробітники охорони мають свої приміщення в лікарні та, перебуваючи на чергуванні, носять однострої військового крою. Водночас в лікарні несе службу приблизно 30 охоронців. Протягом дня пацієнти не можуть вільно виходити з палат без супроводу працівника; на варті в коридорах повсякчас перебувають охоронці в формі. Вони відмикають двері, впускаючи і випускаючи працівників із відділень. Охорона – підрозділ пенітенціарної служби, не підпорядкований керівнику закладу.

У разі небезпеки чи якогось інциденту охоронець може викликати на підмогу додаткових охоронців, натиснувши на кнопку тривожної сигналізації. Співробітники охорони мають кийки та кайданки, які вони мають право застосовувати на свій розсуд, без дозволу лікарів, проте лише в крайніх випадках. Утім, застосування цих спеціальних засобів не унормовано.

Така служба охорони є економічно неефективною, стигматизуючою і, без сумніву, справляє негативний вплив на лікування пацієнтів із психічними захворюваннями. Охоронець має ключі від дверей палати і саме він вирішує, коли пацієнтові дозволити скористатися туалетом, а коли ні.

Діяльність лікарні контролює прокуратура. Усі допоміжні служби (харчування, пральня, прибирання, ремонт тощо) виконуються підрозділами лікарні. Деякі допоміжні роботи виконують окремі пацієнти, така робота вважається трудовою терапією.

Загалом, картина, яку ми могли бачити, була дуже сумною. Усім пацієнтам дають ліки, зазвичай у великих дозах, і часто кілька ліків за один раз (мінімально це седативні препарати, наприклад, аміназин, які спричиняють у них млявість, і, мабуть, призначені для того, щоб пригнічувати їхній статевий потяг).

Пацієнти перебувають замкнуті принаймні 20 годин на добу, виходять прогулятися «на повітря» до закритого ґратами двору і можуть якийсь час увечері переглянути телевізор. Ті, хто поміщений в палату індивідуального спостереження, за межі її виходять лише в туалет і на гігієнічні процедури. Пацієнти не мають чим зайнятись, окрім паління і читання книжок, хоча з цим не так просто, бо під дією ліків читати інколи неможливо. У деяких відділеннях є нові тренажери для фізичних вправ. У одному з відділень побачили й пацієнта на велотренажері, який виглядав справді дуже новим, і був новиною як для нього, так і для працівників.

Загалом, програма занять на день була відсутня. Ми побували в реабілітаційному центрі, де саме проходили заняття двох груп арт-терапії, проте, на нашу думку, цю зону можна було б використовувати набагато краще для активної роботи пацієнтів. Виставлені взірці творчих робіт, виконаних декількома пацієнтами, проте ними не дозволено прикрашати відділення чи палати пацієнтів. Стіни палат голі та не мають жодних ознак індивідуалізації. Радіо, коли працює, настроєне на одну і ту ж станцію, яка транслює традиційну музику. Одна з пацієнок, скаржилася на те, що, коли вона хотіла вивчати англійську, їй заборонили мати MP -3 програвач; утім, ніхто їй не порадив скористатися курсом письмової мови, а не усної. Пацієнти пригадували, що зі своїм психологом вони зустрічаються тільки раз на півроку. У реабілітаційному центрі облаштовано невелику каплицю, але умов для охочих сповідувати іншу віру, окрім християнської, немає.

Раз на тиждень група пацієнтів ведеться до великого, аскетичного приміщення лазні, де вони мають гуртом приймати душ під наглядом санітарів. Такі ситуації принижують гідність людей.. Душовими ж у відділеннях користуватися можуть лише ті, хто ходить на роботи. Раз на місяць усі чоловіки обов'язково коротко стрижуться, що ще більш посилює одноманітність і знеособлення. Пацієнти неприродно тихі та пасивні.

Більшість пацієнтів мають інвалідність, отже, отримують пенсію. Пенсіями відає лікарня, та всі наші зусилля прослідкувати за використання цих коштів були марні. Коли група дієздатних сторонніх не має можливості збагнути систему, то як тоді пацієнти можуть зрозуміти, скільки грошей у них є і як вони можуть їх витратити? Це питання тим більш важливе, адже в інших установах ми бачили, що побудувати надійну систему можна, а саме цю лікарню неодноразово звинувачували у використанні пенсій пацієнтів у своїх власних цілях. Адміністрації установи було б варто запобігти існуванню зловживань, яких нині геть не бракує. Подив викликало те, що пацієнти, які, як вважається, є повністю недієздатними, «добровільно» витрачають свої гроші на вмеблювання лікарні або навіть жертвують їй свою пенсію.

Пацієнти мають мало зв'язку із зовнішнім світом, бо відвідування рідкі, а телефонні розмови їм заборонені. Листи ретельно перевіряються та підлягають цензурі. В цілому підхід полягає у виключенні будь-якої можливості контакту, наприклад, у вигляді встановлення зв'язку з колишньою жертвою чи її сім'єю, однак ця система тотального контролю також виключає можливість перевірити, чи здатен пацієнт «не схибити з дороги» і відповідним чином себе поводити.

Важливою проблемою є необізнаність пацієнтів зі своїми правами. Немає жодних буклетів, юристів, які б приходили регулярно консультували пацієнтів; немає просвітніх правозахисних організацій, які допомагають їм готуватися до життя «на волі».

Пацієнти заявляли, що їм не давали змоги бути присутніми в суді під час перегляду їхньої справи. Вони казали, що не чули про обладнання для відеоконференції, встановлене в реабілітаційному центрі, яке, за словами персоналу, використовувалося загалом 22 рази. Крім того, пацієнти не поінформовані про свій психічний стан, свій діагноз, план лікування, лікарські препарати, які вони отримують, і причини, з яких їм дають ці ліки. Коли ми були в бібліотеці, то запропонували, щоб пацієнти могли там читати якісь книжки з психіатрії, та у відповідь на це нам сказали, що це лише їх змушуватиме хвилюватися і погіршуватиме їхній стан. Як наслідок, пацієнтів тримають у невіданні, що ще більше посилює атмосферу «тотального інституту».

Відвідини УПЛ вочевидь становили найемоційнішу частину нашої подорожі. Працівники розповідали про види взаємодії з пацієнтами, спрямовані на розвиток їхніх соціальних навичок і навичок самообслуговування, та нам зустрічалося багато пацієнтів, роздушених системою, які цілком усвідомлювали своє скрутне становище і не виявляли при цьому будь-яких ознак психічного захворювання чи агресії, були розважливими і здатними детально охарактеризувати своє становище і своє майбутнє. У більшості випадків нам доводилося долати страх пацієнтів, аби вони заговорили; дехто висловлював побоювання, що їм дадуть аміназин чи якусь ін'єкцію як покарання за їхню готовність з нами спілкуватися.

**Посилений режим: Дніпропетровська обласна психіатрична лікарня (м. Дніпропетровськ); Полтавська обласна психіатрична лікарня (м. Полтава); Київська обласна психіатрична лікарня (м. Глеваха)**

Відділення з посиленим режимом нагляду входять до структури звичайних психіатричних лікарень. Прийом пацієнтів здійснюється відповідно до судового рішення, що набрало законної сили, і більшість пацієнтів надходить з лікарні із суворим режимом нагляду в Дніпропетровську. В окремих випадках госпіталізація на умовах посиленого режиму нагляду призначається судом відразу.

Хоча за правилами і переважаючою атмосферою різні установи мали відмінності, загалом вони мали такий самий режим, що й УПЛ у Дніпропетровську щодо занять упродовж дня, лікування і реабілітації. Спільним є біологічний підхід до лікування, відсутність зв'язку між небезпечністю і тривалістю лікування в умовах фактичного позбавлення волі, жодної зайнятості протягом дня

і відсутність реальної реабілітації.<sup>3</sup> Основною відмінністю було те, що пацієнти менше боялися з нами говорити (за винятком закладу в Глевасі, де вони нас прямо запитували, чи не призведе їхня готовність говорити з нами до їх покарання), могли дивитися телевизор у вечірній час (в одній з установ пацієнтам дозволяють мати власний телевизор у палатах) і могли користуватися власним мобільним телефоном (щоправда, лише раз на тиждень і протягом встановлених годин). В одному з відділень мобільні телефони були заборонені і вести місцеві розмови було можна з загального телефону в відділенні.

Внаслідок нинішньої політичної ситуації число пацієнтів у Дніпропетровській обласній психіатричній лікарні майже подвоїлося (82 замість 49).

Відділення провадить свою діяльність відповідно до правил внутрішнього розпорядку, затверджених керівником лікарні. Немає довгострокової стратегії. Бюджетні плани складаються на щорічній основі. Відділення має затверджений порядок подання та розгляду скарг, який вивішено на видному для пацієнтів місці. Утім, протягом останніх трьох років не було отримано жодної скарги.

Відділення в Дніпропетровську оточене двома рядами охоронної огорожі. Усередині території є вольєр для великого галасливого сторожового пса, який, як казали, улюбленець охоронців. Охорона забезпечується державною позавідомчою службою безпеки, яку оплачує лікарня на підставі договору. На зміні чергує 4 співробітники; вони носять уніформу, мають кайданки і можуть в екстремальних ситуаціях застосовувати сльозогінний газ. Визначення, які ситуації слід розглядати екстремальними, немає, що залишає місце для різного тлумачення.

Судово-медичне відділення з посиленням режимом нагляду психіатричної лікарні Полтавської обласної розташоване в окремій будівлі, що має свій периметр, оточений парканом, і найманих охоронців. Охоронці носять уніформу і носять балончики з сльозогінним газом. Пацієнти можуть виходити за межі відділення в дуже рідких випадках; медичні консультації і навіть судові слухання організують на місці. На території відділення є великий внутрішній двір і спортивний майданчик для ігор на відкритому повітрі, які не використовуються з того часу, як один пацієнт зумів втекти. Незважаючи на паркан, охоронців і великий простір навколо будівлі, усі вікна відділення заґратовані, що, здається, є зайвим і репресивним заходом.

Пацієнти можуть попросити медсестру купити їм деякі товари. Вони дають свою банківську карту медсестрі і просять її купити необхідні предмети. Однак жодна процедура не описує цих питань, і це викликає багато сумнівів, оскільки пацієнти також повинні сказати медсестрі і свої пін-коди.

У Полтаві є невелика зона для госпіталізації хворих жінок. Хоча тут є окремі спальні і санітарні приміщення, цьому блоку було б важко забезпечити лікування для одної чи двох жінок з

<sup>3</sup> Як і в спецлікарні у Дніпропетровську, прості види роботи, як-от: прибирання чи допомога в їдальні, відносяться до розряду «трудотерапії», утім, не мають хоч би якої лікувальної цінності. В одній з установ медична документація містила згадку про цілу низку «терапій», які, проте, існували лише на папері; на практиці дні пацієнтів заповнені порожнечою.



віктимізацією з боку чоловіків в анамнезі. Персонал, здавалося, не зрозумів, як було б важко жінкам вразливої категорії жити в такій безпосередній близькості від чоловіків, та ще й у такій меншості.

У судово-психіатричному відділенні з посиленням режимом нагляду Київської обласної лікарні в Глевасі, за словами пацієнтів, забезпечено доволі добре харчування. Тимчасом як в інших закладах пацієнти скаржилися на недостатнє харчування, що могло спонукати пацієнтів допомогти підтримувати їхні палати в чистоті в обмін на додаткове харчування (хворі були явно виснажені, а деякі навіть ослаблі для того, щоб піднятися зі своїх ліжок). У Глевасі пацієнти вдягнуті в піжами і не мають звичайної буденної одягу, тимчасом як інде дозволено нормальний одяг. Хотілось б відмітити, що, за словами пацієнтів, вони самі повинні купувати собі піжами.

В цілому, однак, у всіх закладах, які ми відвідали, пацієнтам дозволялося тільки 1 година прогулянки на повітрі на день (в одному відділенні перебування на свіжому повітрі суворо обмежено після втечі одного пацієнта, і, таким чином, десятки пацієнтів було покарано через дії одного). В одному з відділень пацієнти не мали змоги виходити на прогулянку у вихідні або у дощову чи морозну погоду (під тим приводом, що в пацієнтів немає верхнього одягу або парасольок).

У двох відділеннях охоронці входять всередину лише за викликом, але в іншому охоронець був на варті і пильнував коридори. Присутність охоронців посилює репресивну атмосферу, наприклад, собаки в будах на території, носіння кийків і балончиків з газом подразнюючої дії.

У двох відділеннях є системи відеоспостереження. У цих відділеннях одна з медсестер мусить стежити за моніторами, на які виводиться сигнал з камер, що усуває її від виконання власних службових обов'язків та контактів з пацієнтами.

Деякі з наших спостережень можуть дати уявлення про умови, в яких пацієнти живуть до п'яти років або більше:

- В одній з лікарень протягом дня не дозволяється сидіти на ковдрі ліжка, забороняється покривати голову ковдрою під час сну, незважаючи на те, що нічне світло в палаті горить протягом всієї ночі;
- На стінах не дозволяють вішати жодних особистих предметів, і в більшості закладів пацієнти можуть мати при своєму ліжку тільки книгу, ручку і пляшку води;
- Пацієнти можуть користуватися своїм телефоном і купувати продукти, коли на це дасть дозвіл психіатр;
- В одній з лікарень при обході психіатра або відвідуванні іншими особами пацієнти у палатах встають поряд з ліжком і чекають будь-яких інших вказівок від медичного персоналу;



- В одному з відділень стоматолог не використовує анестезію, в іншому — застаріле обладнання. Загалом здається, що якість матеріалів, які використовуються, дуже низька. А через відсутність сучасного обладнання здійснювати зубопротезування взагалі неможливо.
- За словами персоналу, психологи керують роботою груп з засвоєння соціальних навичок та адаптації, а медсестри можуть провадити роботу в дискусійних групах, де обговорюються фільми або книги. Називалися різноманітні можливості для занять спортом. Проте, за словами хворих, у них немає можливості навчатися, працювати, займатися спортом чи творчою діяльністю, садівництвом, куховарити вільно ходити по відділенню або в саду протягом дня;
- Пацієнти не можуть самі піти в бібліотеку, а мусять чекати поки бібліотекар прийде в відділення.
- Пацієнти купують собі продукти харчування (що є необхідністю, зважаючи на незадовільність харчування, що забезпечує установа), піжаму або книги та журнали (все відповідно до схваленого переліку). В одному закладі пацієнти «добровільно» жертвували свої пенсійні кошти на купівлю меблів, таких як тумбочки, чи інших предметів, потрібних лікарні.
- В одному закладі є чудові з відповідним зручностями приміщення для групових занять, фізичних вправ, музичної і творчої діяльності. Попри те, що розпорядок дня містить великий перелік різноманітних заходів однак було схоже, що ці приміщення за призначенням майже не використовувалися. Враховуючи специфіку організації відділень з посиленням наглядом навряд чи пацієнти можуть потрапити у ці приміщення.

### ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ

У жодній із лікарень, які ми відвідали, не було стратегії лікування та реабілітації. Все спрямоване на підтримку лікування психічних розладів і спостереження соматичного стану. Пацієнтів не готують до реінтеграції в суспільство. Під час лікування пацієнти не тільки не здобувають нових навичок, але й втрачають ті соціальні навички, які вони мали до госпіталізації. Під час такого лікування в стаціонарі вони не отримують можливості адаптуватися в суспільстві і, таким чином, змушені жити в психоневрологічних інтернатах системи соціального захисту або повертатися до лікарні, де вони відчують себе безпечніше.

Внутрішня організація лікувальних відділень, загалом, бідна, а фахівців, які б забезпечували терапевтичні процеси, бракує. Жоден із об'єктів не мав посад соціальних працівників (єдиний виняток - Глеваха, де в штаті один працівник був), а психологи не мають спеціальних клінічних знань для роботи з судово-психіатричними пацієнтами. Рівні забезпечення середнім медичним персоналом різні, проте, здається, достатні. У всіх відділеннях повідомили, що не мають вакансій медсестер, хоча згадали про те, що набір достатньої кількості медичного персоналу викликає труднощі.

Персоналізоване лікування судово-психіатричних пацієнтів має спиратися на індивідуальні плани лікування, в яких зазначаються цілі і методи лікування та розподіл обов'язків персоналу. Плани лікування також мають зазначати динаміку стану пацієнта і передбачати перегляд призначених йому ліків. Належить регулярно оцінювати ймовірність рецидиву агресивної поведінки.

Під час розмов працівники описували розумний набір терапевтичних заходів, доступних для пацієнтів. Однак, це не збіглося з розповідями пацієнтів про їхнє перебування в відділенні або з наявними доказами проведення таких заходів.

Медсестри характеризували свою роль як роль пасивного спостерігача за поведінкою пацієнтів, який в разі потреби втручання звертається до лікаря чи психолога. Вони проходять регулярне навчання, але воно, здається, в основному обмежується питаннями фізичного здоров'я.

Повідомляється, що частота випадків агресії або ушкодження себе або інших дуже низька, що є позитивним, хоча, на жаль, досягається за допомогою заходів тотального контролю, описаних вище. Сексуальність, у цілому, не характеризувалася як одна з потреб чи областей ризику, хоча в одному закладі визнали практику мастурбації.

У закладах налагоджена співпраця з МСЕК щодо встановлення інвалідності пацієнтам. У подальшому таким пацієнтам, яким встановлена група інвалідності, розробляються МСЕК індивідуальні програми реабілітації інвалідів з переліком передбачених для реалізації фізичних, медичних, професійних, соціальних та трудових заходів, по виконанні яких робиться позначка. Оце в документації пацієнта було те, що нам видалося найбільш наближеним до індивідуального мультидисциплінарного плану лікування та реабілітації. Це позитивно, проте існує не для всіх пацієнтів і є насправді формальним, а не індивідуалізованим.

Як описано вище, більшу частину дня пацієнт нічого не робить, залишаючи без всякого заняття у замкнутій палаті. У жодному відділенні пацієнтам не дозволяють виходити за межі відділення - щоб побувати на території лікарні або в громаді, що може розглядатися як ключовий компонент реабілітації, на введення якого не треба чекати, доки пацієнта не переведуть на загальний режим. Лікують медикаментозно, широко застосовуючи Аміназин, хоча в наявності були і, навіть, використовувалися нові атипічні препарати. Аміназин характеризує високий ризик серйозних побічних ефектів, тимчасом як є вже безпечніші альтернативи, що меншою мірою послаблюють здоров'я.

Переважаючий терапевтичний підхід не оперує поняттями відновлення здоров'я, гідності та поваги, індивідуального догляду або психосоціальної реабілітації.

Одним з ключових питань, які необхідно вирішити, є брак ясності щодо ролі та функцій керівництва лікарень та охоронних послуг, що їх надає Державна пенітенціарна служба України (в Українській психіатричній лікарні з суворим режимом МОЗ України), Міністерство внутрішніх справ — у відділеннях з посиленням наглядом та прокуратура.

Керівники всіх установ, які ми відвідали, відповідали на наші критичні зауваження, посилаючись на обмеження й правила, встановлені органами прокуратури або внаслідок скарг груп щодо захисту інтересів (наприклад, те, що пацієнтами не дозволено працювати, бо це становило б собою форму примусової праці). Чи використовується це як привід, щоб не міняти існуючої практики, чи насправді є важливою перешкодою, визначати не нам. Що ясно нам, то це те, що судово-психіатрична лікарня є медичним закладом, а не підрозділом пенітенціарної служби, і що пацієнти там перебувають на лікуванні, а не відбувають покарання, і те, що директор закладу і його співробітники мають повністю контролювати функціонування об'єкту, на чолі якого їх поставили. Якщо не реалізувати цієї основоположної зміни підходу, усі спроби реформувати систему будуть невдалими.

Нинішня ситуація в судово-психіатричних установах, які ми відвідали, являє собою форму системного жорстокого поводження і не сумісна з міжнародними законами і конвенціями, підписаними і ратифікованими Україною, і з її бажанням стати частиною Європейського регіону. Докорінна зміна системи відповідає не тільки інтересам пацієнтів і членів їхніх сімей, але й населення в цілому. Держава зобов'язана захищати своїх громадян від актів насильства, які скоїли особи з психічними захворюваннями. Поточна ж система невдала на всіх рівнях; вона не забезпечує належного лікування, не сприяє реабілітації і не спрямована на реінтеграцію, як засіб захисту суспільства.

Лікування судово-психіатричних пацієнтів слід розглядати як незалежний, призначений судом лікувальний процес, організувати який мають виконавці - спеціалізовані установи охорони здоров'я. Було б оптимальним, якби процес лікування та моніторингу стану пацієнтів послідовний відбувався в межах одного медичного закладу з усіма режимами нагляду (суворим, посиленням і загальним) і якби подальше амбулаторне лікування надавалося відповідно до індивідуальних планів лікування. Таким чином було б набагато легше навчати і спеціалізувати працівників та забезпечувати безперервність процесу лікування. Тим не менш, наразі пацієнти, які підлягають примусовим заходам медичного характеру за розпорядженням суду, лікуються насамкінець у звичайних психіатричних відділеннях із загальним режимом нагляду. Їх лікування не має спеціалізованого характеру, що викликає багато незручностей як для пацієнтів, так і для персоналу лікарень.

Наші рекомендації спираються на низку принципових положень, які слід повсякчас мати на увазі:

1. Сповнена поваги і співчуття міжлюдська (може - міжособистісна) взаємодія
2. Вибір і відповідальність на основі інформації і освіти
3. Якісне медичне лікування та догляд

4. Здорове харчування та доступ до води
5. Додатковий догляд / якість життя
6. Гуманізована технологія
7. Сприятлива для здоров'я і зцілення архітектура та навколишнє середовище
8. Позитивна роль належить друзям, сім'ї і громаді
9. Клієнти задоволені та отримують необхідний досвід
10. Мотивовані і задоволені працівники

### СИСТЕМНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Враховуючи вищевикладене, ми рекомендуємо реалізувати такі системні зміни в області надання судово-психіатричних послуг в Україні:

1. Гарантувати незалежність психіатричної експертизи, лікування та консультацій від втручання прокуратури чи інших державних органів. Створити достатню систему моніторингу під егідою Уповноваженого з прав людини стосовно дотримання прав та свобод пацієнтів, у тому числі права на медичну допомогу. Слід також передбачити існування системи забезпечення незалежної думки іншого спеціаліста в разі, якщо пацієнт не має правоздатності давати згоду на лікування або не згоден з планом свого лікування. Система має бути абсолютно прозорою щодо прав, правил і обов'язків як пацієнтів, так і персоналу. Вона має створити достатні механізми контролю з метою запобігання зловживанням — наприклад, використанню пенсій пацієнтів для інших цілей, ніж їхні особисті потреби.
2. 2. Перш за все необхідно розпочати пілотний проект, у ході якого розробити і впровадити нову модель судово-психіатричної служби: створення одного закладу або на базі існуючого, у якому будуть функціонувати всі види режиму (суворий, посилений та загальний). Робота такого підрозділу має бути заснована на відновленні здоров'я, основою якого є лікування, орієнтоване на потреби пацієнта. Тобто, щоб лікування забезпечувалося недалеко від дому пацієнта, щоб пацієнти мали змогу переходити на інші режими нагляду залежно від покращення стану здоров'я та ступеня небезпеки для себе та оточуючих, а обмеження були засновані на індивідуальній оцінці ризику. Безперервність лікування та догляду має забезпечувати стабільний клінічний колектив. Основною метою функціонування зазначених відділень повинно бути створення терапевтичного середовища (забезпечення пацієнту достатнього простору для проживання, використання своєї енергії та здібностей для одужання та наступного повернення їх у суспільство). Догляд за пацієнтами чоловічої і жіночої статі має здійснюватися в окремих відділеннях, пристосованих до їхніх потреб.

Пілот слід розпочинати за результатами тендеру, в рамках якого діючі або нові заклади психічного здоров'я зможуть запропонувати свої послуги на основі плану довгострокового розвитку. Такий план допоможе визначити наявність достатніх знань та бажання для такого починання, достатність площ і кадрового забезпечення, достатність політичної підтримки з боку місцевих органів влади.

3. Оцінити такий пілотний проект в рамках постійної науково-дослідної програми під патронатом Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Мета пілотного проекту – функціонування в майбутньому «центру передового досвіду» для решти закладів, який, наприклад, у подальшому провадитиме навчання персоналу з інших закладів, розроблятиме програми наукових досліджень, братиме участь у міжнародних дослідженнях в галузі судової психіатрії в Україні.
4. Започаткувати програму твіннінгу між цим пілотним майданчиком і литовською Національною судово-психіатричною лікарнею в м. Рокішкіс, яка проходила реформування протягом останніх 12 років і може забезпечити ідеальне місце для практичного навчання персоналу нового пілотного об'єкту. Крім того, навчання можуть забезпечити окремі судово-психіатричні установи в Нідерландах і Сполученому Королівстві, які мають досвід роботи в галузі судової психіатрії.

На етапі цього пілоту слід здійснити такі кроки:

- Рішення про застосування примусових заходів медичного характеру чи їх відміну суди мають приймати на підставі незалежної психіатричної оцінки ризику. Головний лікар (комісія) закладу мають права ухвалити рішення, після консультації з психіатром, про переведення пацієнта в відділення з іншим режимом нагляду.
- Для медичного персоналу (психіатрів, медсестер, спеціалістів з трудотерапії, соціальних працівників і т.д.), а також допоміжного персоналу і керівництва закладу необхідно провести навчання щодо особливостей роботи в багатопрофільній команді, ведення пацієнтів і реалізації пацієнт-орієнтованого підходу. Особливу занепокоєність викликають молодший медичний персонал (санітари) і працівники охорони, які особисто контактують з пацієнтами і не мають основних навичок у спілкуванні з такими особами та не володіють знаннями щодо управління агресією. Усім слід проходити процедуру відбору та отримати належну підготовку. Надмірне або взагалі застосування фізичної сили необхідно заборонити, негайно розслідувати всі такі випадки і в разі отримання доказів звільняти і спрямовувати матеріали в поліцію.
- Директор установи повинен нести відповідальність за відбір працівників охорони і медичного персоналу та забезпечити їм належну підготовку. Він несе відповідальність за наявність всіх механізмів для запобігання порушень та зловживання службовим становищем. Співробітники служби охорони повинні розміщуватися за межами відділення, не повинні мати зброї або собак, і реагувати тільки у надзвичайних випадках, не повинні носити військову форму.

Такий підхід має свої економічні та соціальні переваги. Має бути запроваджений постійний контроль за такими показниками:

- коротший і менш витратний час перебування пацієнта у закладі задля запобігання емоційній шкоді і матеріальним збиткам їхніх дітей та сімей внаслідок неприпустимо довгого перебування пацієнта в закритому закладі;
- активна участь пацієнтів;
- можливі прибутки від роботи і менша залежність від державних пенсій.

### ІНСТИТУЦІЙНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Буде створено пілотний заклад судової психіатрії, чи ні, є низка заходів які слід невідкладно впровадити в діючих закладах. Вони покликані покращити якість життя пацієнтів, проте, внаслідок цього, помітно покращити умови роботи персоналу:

1. Слід сприяти контактів пацієнтів із зовнішнім світом: мати можливість зателефонувати своїй родині, зустрічатися з членами своїх сімей у більш «нормалізованих» обставинах (кімнатах для відвідувань, обладнаних зручними меблями - гарними стільцями і диванами. Пацієнтам треба дати змогу користуватися електронною поштою в безпечний і контрольований спосіб (наприклад, з допомогою [www.prisonmail.eu](http://www.prisonmail.eu)). За нинішнього становища в Україні це дозволило б пацієнтам з тимчасово окупованих територій і Криму спілкуватися зі своїми сім'ями, з якими наразі в них немає жодного зв'язку.
2. Забезпечити пацієнтів простором, щоб вони могли витратити свою енергію і розвивати навички. Можна дозволити їм працювати, робити спортивні вправи, готувати їжу, навчатися і робити свій внесок у благополуччя і клімат організації закладу. Дозволити їм грати в футбол або інші види спорту, майструвати власні спортивні споруди і допомагати у господарстві. Слід створити ради пацієнтів, куди вони обиратимуть своїх представників, які висловлюватимуть їхні погляди і зустрічатимуться з керівництвом закладів.
3. Щоб умови проживання відповідали до сучасних стандартів психіатричних послуг, по-перше необхідно зменшувати чисельність пацієнтів, які поміщені в одній палаті, для облаштування свого особистого простору. У відділеннях слід звести до мінімуму всеосяжні правила і обмеження, позбутися практики «однакової» стрижки волосся, збільшити вибір і можливість пацієнтів вирішувати, наприклад, яку радіостанцію їм слухати. Пацієнтам слід дозволити телевізори та радіоприймачі у їхніх палатах (якщо індивідуальний ризик оцінюється як прийнятний) і надати всім пацієнтам доступ до газет, книг і настільних ігор. У відділеннях слід розвивати роботу в групах під наглядом, спостереженням медсестер і давати пацієнтам право виходити з палат протягом усього дня. Пацієнтів із психічними захворюваннями слід розміщувати та за-

безпечувати їм догляд окремо від пацієнтів з інтелектуальною недостатністю чи деменцією. Лікування має спрямовуватися виключно на видужання або безпечне керування психічними захворюваннями, які становлять загрозу для пацієнтів та інших. Лікарі мають з великою обережністю застосовувати сильнодіючі препарати: вони викликають у людей побічні ефекти (млявість, нудоту і пасивність) і можуть бути серйозною перешкодою на шляху до одужання.

4. Керівництво закладом повинно сприяти підвищенню кваліфікації персоналу. Медсестри і лікарі-психіатри повинні навчатися складанню і виконанню індивідуальних міждисциплінарних планів лікування пацієнтів, які можуть забезпечити ефективне лікування хвороби і контролювати ризики, зменшити негативні наслідки позбавлення волі і сприяти одужанню та реабілітації. Персоналу слід розширити повноваження, треба значно посилити роль медичних сестер, соціальних працівників та фахівців з трудотерапії, і замість того, щоб пильнувати в відділенні, підтримуючи суворість режиму нагляду, працівники повинні якнайбільше взаємодіяти з пацієнтами.

### ТЕРАПЕВТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для забезпечення ефективності примусових заходів медичного характеру важливо здійснити поступовий перехід від біологічної моделі лікування на значно ефективнішу біопсихосоціальну (БПС). Таким чином, можна забезпечити не тільки лікування хвороби, але й належне функціонування пацієнтів в громаді після лікування в лікарні.

З метою засвоєння цього методу лікування слід організувати безперервний терапевтичний процес не тільки за допомогою психіатра, але й багатопрофільної команди у складі психіатра, психолога, медсестри, соціального працівника і, якщо потрібно, інших фахівців.

Лікування в судово-психіатричній лікарні має містити широкий спектр лікувальних, реабілітаційних та рекреаційних заходів, включно з належним фармацевтичним і медичним. Воно має передбачати послаблення симптомів хвороби, а також зниження ризику вчинення правопорушень. Реабілітаційно-психосоціальна робота має готувати пацієнтів до самостійного життя, коли вони повернуться до своїх сімей. Соціотерапія зайнятості в рамках інтегрованої програми реабілітації має допомогти пацієнтові виявити мотивацію, розвинути навчальні та комунікативні навички, допомогти набути конкретні вміння та посилити впевненість у собі. Під час госпіталізації пацієнтам слід забезпечити умови для вдосконалення, тобто навчання, професійної підготовки або професійної реабілітації та освоєння нових навичок, які будуть їм корисні в їхньому майбутньому житті.

Ми також хотіли б запропонувати низку конкретних рекомендацій:

1. Слід провести перевірку практики прописування та використання антипсихотичних препаратів з метою зіставлення результатів застосування високих доз з керівними принципами

кращої практики. Цей захід має включати вимірювання використання аміназину і дати початок планові дій з припинення користування цим препаратом. Поглинання і виведення аміназину в ін'єкціях відбувається в непередбачуваний спосіб. Пероральні внутрішньом'язові дози мають седативну дію і призводять до побічних ефектів. Для короткострокового лікування гострого збудження слід застосовувати такі препарати, як, наприклад, лоразепам і прометазин.

2. Для медсестер має бути розроблений свій власний процес оцінки та ведення документації.
3. Для кожного пацієнта має бути індивідуальний план багатопрофільного догляду, створений за участі пацієнта, з зазначенням внеску кожного спеціаліста в процес сприяння пацієнтові в досягнення його цілей.
4. Медсестри в роботі зі своїми пацієнтами повинні застосовувати шкали оцінки побічних ефектів, такі, наприклад, як LUNBERS (шкала побічних ефектів нейролептиків Ліверпульського університету).
5. Щомісяця для колективу відділення має проводитися заняття рефлексивної практики.
6. Догляд за пацієнтами під час санітарно-гігієнічних процедур і обмеження в праві користуватись телефоном має здійснюватись відповідно вказівок лікаря-психіатра індивідуально для кожного пацієнта.
7. Середній медичний персонал повинен брати участь у супроводженні пацієнтів, коли тих виводять із відділення. Треба надати більшому числу пацієнтів можливість відвідувати не лише закріпленій за відділенням двір для прогулянок.
8. Медсестрам слід надати більшу свободу видавати за потреби ліки додатково, для чого їх навчити відповідним чином і підтримувати в опануванні цієї функції.
9. Медсестрам надати можливість запроваджувати регулярну групову роботу в відділеннях — таку, наприклад, вранішні збори спільноти, групи для обговорення новин чи музичні.
10. Багатопрофільна команда має вести спільну документацію, в яких усі працівники реєструють свою взаємодію з пацієнтами.
11. Пацієнти, в яких є прогрес у лікуванні, мають бути в змозі ходити без супроводу співробітників по території і проводити час за її межами як частина їх підготовки до виписки.



### ПОПЕРЕДНІЙ ЕТАП: 3 МІСЯЦІ

Під час цього етапу слід провести обговорення результатів нашої оцінки та рекомендацій з кожною із зацікавлених сторін окремо, а згодом – спільно. Було б важливо дати достатній зворотний зв'язок нашим керівникам, які, незважаючи на те, що наш візит відбувався раптово і вони не мали ніяких законних підстав відмовити нам у доступі, дали нам можливість поговорити з пацієнтами та персоналом і зробили усе можливе, щоб задовольнити наші побажання. Хотілося б зустрітися з особами, що визначають політику, щоб довести до їхнього відома дотичну до діла ситуацію, поговорити з потенційними донорами, які могли б бути готові надати фінансування для розробки інтелектуального обміну і організації необхідної підготовки та настанов з боку експертів, охочих допомагати Україні в реформуванні судово-психіатричної служби.

### 1-Й ЕТАП: 6 МІСЯЦІВ

Наша пропозиція полягає в організації тендеру серед українських закладів охорони психічного здоров'я, зацікавлених в тому, щоб стати майданчиком для реалізації пілотного проекту сучасної судово-психіатричної служби з усіма трьома режимами нагляду - суворим, посиленним і загальним, а також послугами реабілітації та ресоціалізації. Учасники конкурсу мали б презентувати довгостроковий план того, як вони хотіли б розвивати ці послуги, якими вони бачать остаточні результати і як вони планують задовольнити основні вимоги конкурсу.

На наш погляд, пілотний заклад (один, а краще два) мав би отримати максимальну підтримку як з боку українського уряду, так і іноземних організацій. Його слід було поєднати в рамках твіннінгу з закладом в м. Рокішкис у Литві і одним або кількома закладами, наприклад, в Нідерландах і Сполученому Королівстві. Їм слід забезпечити зовнішню матеріальну та інтелектуальну підтримку. Утім, це було б можливо тільки в тому разі, якщо вони готові будуть виконувати вимоги, ретельно сформульовані відповідно до критеріїв, викладених у цьому звіті.

### 2-Й ЕТАП: 24 МІСЯЦІ

Протягом наступних двох років пілотний майданчик (-и) має реалізувати свій план розвитку. Осіб, що визначають політику, фахівців та неурядовий сектор слід регулярно запрошувати на семінари, на яких будуть зроблені звіти про досягнуте, обговорюватимуться проблеми і перешкоди, будуть знайдені шляхи їх подолання. Важливо замінити нинішню культуру секретності на культуру прозорості, без страху опинитися у вразливому стані, бути підданим критиці або бути звільненим.

### 3-Й ЕТАП: 12 МІСЯЦІВ

Спираючись на остаточні наслідки пілотної фази, все українське законодавство, що регулює судово-психіатричну практику, слід переглянути і привести у відповідність до нових підходів.

**Пан Франс Даув** (1955) донедавна був генеральним директором 4-х пенітенціарних закладів у провінції Північна Голландія, Нідерланди: Амерсвіль (слідча тюрма і зона загального і закритого режиму для жінок), Зойдер Бос (довгостроково і довічно ув'язнені), Вестлінге(загальний і напів-відкритий режими) та Схурттерсвей (короткі строки ув'язнення). Вийшов на пенсію в листопаді 2015 р. З 1998 по 2005 р. Франс Даув був директором судово-обсерваційного і лікувального відділення (FOVA) Голландської пенітенціарної системи в Амстердамі, де забезпечують клінічні втручання психіатричного характеру для всіх в'язниць країни. Перед тим керував відділенням Центру Пітера Баана в Утрехті – голландської судово-психіатричної клініки досудових клінічних експертиз. Франс Даув є Головою правління Фонду «За одужання і повернення», що є форумом для всіх причетних до процесу покарання злочинів, відновлення здоров'я і повернення до життя. Франс Даув є запрошеним професором Неєнродського університету бізнесу, а 2014 року став членом правління організації DutchCellDogs [організації, що пропагує використання собак як компаньйонів ув'язнених з метою реабілітації – прим. перекладача].

**Д-р Гевін Гармане** медичним братом психіатричного профілю зі Сполученого Королівства і має ступінь доктора психології. Його професійний досвід у судовій психіатрії становить 18 років, включно з досвідом щодо розвитку служби стратегічного планування, створення і розширення судово-психіатричних послуг. Нині він керує роботою середнього медичного персоналу психіатричного профілю у дев'яти судово-медичних відділеннях і п'яти в'язницях, виступаючи за професійного куратора медсестер і відповідаючи за забезпечення багатопрофільного догляду високої якості. Він працював на Раду Європи в Туреччині і Грузії, і долучався до діяльності громадських організацій у Хорватії і Молдові. Має публікації з проблем керування психіатричними послугами, догляду за судово-психіатричними пацієнтами-жінками та залучення пацієнтів.

**Д-р Альгімантас Ляуседас**, за фахом психіатр, є директором Рокіської психіатричної лікарні – єдиного в Литві судово-психіатричного закладу. Лікарня має всі три режими нагляду та велике відділення реабілітації і ресоціалізації. Перш ніж обійняти посаду директора закладу в 2003 році, він працював як психіатр у Вільнюсі, очолюючи наприкінці 2001-2003 рр., відділення Вільнюської психіатричної лікарні. За 12 років свого перебування директором Рокіської психіатричної лікарні він реалізував десяток проектів, фінансованих МЗС Нідерландів, Європейським Союзом і литовським урядом, зосереджених на судово-психіатричних послугах, професійній і соціальній реабілітації, відновленні працеспроможності, підвищенні кваліфікації персоналу та розвитку соціальних послуг. Д-р Ляуседас є членом правління Асоціації керівників лікарень і Литовської психіатричної асоціації, а також членом-засновником Асоціації захисту психічного здоров'я.

**Проф. Роберт ван Ворен** (1959) є головним виконавчим директором ГО «Права людини в психіатрії –ФЖІП», міжнародної фундації за реформи психіатрії як такий причетний до української психіатрії останні 25 років. Він також є професором радянських і пост-радянських досліджень Каунаського університету ім. Вітовта Великого (Литва) та Іллінського Університету в Тбілісі (Грузія), викладає у Києві в Університеті ім. Грінченка і КНУ. Наразі він є віце-президентом Всесвітньої федерації психічного здоров'я (WFMH). Почесний закордонний член Британського коледжу психіатрів і почесний член Української психіатричної асоціації.





**Програма розвитку**

**ООН в Україні**

Кловській узвіз, 1

Тел.: +38 (044) 253-93-63

Факс: +38 (044) 253-26-07

[www.ua.undp.org](http://www.ua.undp.org)