



Бюро по Правам Человека и
Соблюдению Законности
Bureau of Human Rights and
Rule of Law



Branch Office of the International Organization of
Open Society Institute - Assistance Foundation in
Tajikistan

**Содействие предотвращению пыток и других видов
жестокого и унижающего достоинство обращения и
наказания в психиатрических учреждениях**

ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МОНИТОРИНГА

Душанбе – 2012

ББК 67.99(2)3+67.409+56.14

С-57

Отчет подготовлен при финансовой поддержке Отделения международной организации Института “Открытое общество” Фонда содействия в Таджикистане и является интеллектуальной собственностью ОО “Бюро по правам человека и соблюдению законности”. Высказываемая здесь точка зрения является точкой зрения ОО “Бюро по правам человека и соблюдению законности” и, следовательно, никоим образом не может отражать официальное мнение Отделения международной организации Института “Открытое общество” Фонда содействия в Таджикистане

При использовании информации, содержащейся в данном отчете, ссылка на него обязательна.

Авторы-составители: Мадина Усманова, Тахмина Жураева

Редактор: Наргис Зокирова

ISBN 978-99947-863-8-1



**©Бюро по правам человека и соблюдению законности
Для бесплатного распространения**

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Выражаем благодарность членам мониторинговой группы: Муборовой Зухре, Мусоеву Шерали, Имомовой Зарине, Замоновой Шахло, Саидову Садрриддину, Болтуеву Умеду, Муминовой Назире, Ахмедджанову Джамшиеду.

Выражаем отдельную благодарность Институту Уполномоченного по Правам Человека в Таджикистане в лице Нидоева Хусниддина и Низомова Абдухалима за оказание содействия в получении доступа в Психиатрические учреждения и совместное проведение мониторинга.

Также выражаем благодарность Отделению международной организации Института “Открытое общество” Фонда содействия в Таджикистане за финансовую поддержку данного проекта и экспертам Хельсинского фонда по правам человека (Варшава, Польша) Ленуру Керимову и Ярославу Копчуку за экспертную и консультативную поддержку.

А также всем другим людям, внесшим вклад в реализацию данного проекта.

Аббревиатуры

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГПП – Гражданский процессуальный кодекс
ЕКПП – Европейский комитет против пыток
КПП – Комитет против пыток
КПЭСКИП – Комитет по экономическим, социальным и культурным правам
ЛОВ – лица с ограниченными возможностями
МПГПП – Международный Пакт о гражданских и политических правах
МПЭСКИП – Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах
НПО – Неправительственная организация
ООН – Организация Объединенных Наций
ПУ – Психиатрическое учреждение
РТ – Республика Таджикистан
РПБ – Республиканская психиатрическая больница
РРП – Районы республиканского подчинения
СПИД – Синдром приобретенного иммунодефицита
УК РТ – Уголовный кодекс Республики Таджикистан
УПЧ – Уполномоченный по правам человека
ЦРБ – Центральная районная больница
ЮНЕСКО – Организация Объединённых Наций по вопросам образования, науки и культуры

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
I. Резюме	9
II. Методология	21
III. Выборка и общие данные по мониторингу	23
IV. Анализ законодательства	28
V. Анализ доступных статистических данных	70
VI. Анализ эмпирических данных	82
VII. 1 Опрос	82
1. Свобода от пыток и жестокого обращения.....	82
2. Право на свободу личную неприкосновенность.....	102
3. Доступ к информации.....	108
4. Право на защиту/обжалование.....	113
5. Принудительный труд.....	116
VI. 2 Наблюдение	117
VII. Заключение	133
1. Выводы	133
2. Рекомендации	140
 <i>Приложения:</i>	
1) Вопросники	142

ВВЕДЕНИЕ

В наши дни психически больные в мире занимают больше больничных коек, чем больные раком, туберкулезом и сердечнососудистыми заболеваниями, вместе взятые. Кроме того, на каждого пациента психоневрологической лечебницы, по данным ЮНЕСКО, за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими недостатками. Этим людям нельзя госпитализировать — они «недостаточно больны», но и жить здоровой, счастливой жизнью они не могут. Немало подопечных поликлиник тоже жалуются на нервные расстройства.

Несмотря на огромные сложности статистических исследований (неодинаковые методы подсчета, своеобразие понимания отдельных форм болезней, различные возможности выявления заболевших и т. д.), имеющиеся сведения дали основание предполагать: в мире около 15% граждан нуждаются в помощи психиатра (это чуть более 1 миллиарда). По прогнозам ВОЗ, к 2020 году психические расстройства войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности.¹

Что касается статистики по Таджикистану, то согласно данным Министерства здравоохранения РТ, в настоящее время в Таджикистане официально зарегистрировано 48296 психически больных лиц, из которых 1271 человек было зарегистрировано в первый раз в 2011 г.²

Проблема психиатрических клиник является закрытой темой, которая не обсуждается в обществе. Министерство здравоохранения, сотрудники этих учреждений, а также НПО, занимающиеся вопросами психического здоровья населения, пытаются привлечь внимание к проблеме. Были даже попытки некоторых организаций, в том числе и Бюро по правам человека еще в 2005 г. по проведению исследований в данной сфере, однако результаты так и остались неоглашенными. В настоящее время, Бюро по правам человека и соблюдению законности является членом Коалиции НПО по борьбе с пытками в РТ, которая проводит систематические мониторинги в

1 <http://www.annews.ru/news/detail.php?ID=215847>

2 [Ответ Министерства здравоохранения РТ от 31.07.2012 № 1-5/1823-1996.](#)

контексте свободы от пыток в различных отраслях, в частности, в сфере психиатрических учреждений.

Проведение подобного исследования является уникальной возможностью получить информацию о соблюдении права лиц с психическими заболеваниями, содержащихся в психиатрических учреждениях, на свободу от пыток и жестокого обращения и добиться улучшения ситуации в данной сфере.

Ведь, как известно, пытки и жестокое обращение могут иметь место не только в системе уголовного преследования (в отношении задержанных, подозреваемых и обвиняемых лиц), но также могут касаться и лиц, относящихся к уязвимым группам, например, лиц, имеющих психические заболевания и содержащихся в психиатрических учреждениях полузакрытого и закрытого типа.

Необходимо изучить, в каких условиях содержатся пациенты и как с ними обращаются, так как нарушения в этой сфере могут быстро привести к ситуациям, подпадающим под определение «бесчеловечное и унижающее достоинство обращение». В любом психиатрическом учреждении иногда может возникать необходимость применения усмирительных методов по отношению к возбуждённым и/или буйным пациентам. Однако, эта сфера вызывает особую озабоченность гражданского общества, так как в ней потенциально заложена возможность злоупотреблений и жестокого обращения¹.

Еще в 2006 г. в своих заключительных рекомендациях в отношении Таджикистана Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам отметил, что «обеспокоен частым использованием лишения свободы в психиатрических клиниках государства-участника, как основного способа лечения психических расстройств, без проведения периодической процедуры пересмотра вынесенного решения и эффективного судебного контроля в психиатрическом учреждении». В связи с этим Комитет настоятельно рекомендовал «Государству-участнику обеспечить альтернативные формы лечения психических расстройств, в особенности амбулаторное лечение

¹ Европейский комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП), V. Принудительное помещение в психиатрические учреждения, Извлечение из восьмого общего доклада [CRT/INF (98) 121], источник: <http://www.npar.ru/rights/ekpp-fp.htm>

и общинную реабилитацию. В крайних случаях, когда лишение свободы путем помещения в психиатрическую клинику необходимо, Комитет призывает Государство-участника обеспечить полное выполнение всех прав человека всех лиц, находящихся на лечении, путем периодической процедуры пересмотра вынесенного решения в индивидуальном порядке, и эффективный судебный контроль за лишением свободы в психиатрических учреждениях».

С 24 мая по 1 июня Таджикистан посетил Специальный докладчик по вопросу о праве человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананд Гровер. Во время своего визита он уделил большое внимание психическому здоровью и посетил некоторые Психиатрические учреждения. По завершению визита он призывал власти Таджикистана обеспечить защиту прав людей с психическими расстройствами, выразив свою озабоченность тем, что власти не уделяют должного внимания вопросам психического здоровья, что серьезно подрывает права людей, которые живут с психическими заболеваниями. На сегодняшний день на охрану психического здоровья населения выделяется 1,5% от общих расходов в секторе здравоохранения. Ананд Гровер отметил, что «Стигматизация людей с психическими заболеваниями, которая сохраняется в Таджикистане, обусловлена регистрацией людей, которые проходили лечение в учреждениях для душевно больных». При этом, информация о такой регистрации является общедоступной для персонала образовательных учреждений, других государственных органов, что в некоторых случаях приводит к дискриминации в доступе к трудоустройству и к получению образования. Спецдокладчик призвал власти пересмотреть систему регистрации людей с психическими заболеваниями и оказать воздействие на наличие и доступность учреждений и услуг для людей с психическими заболеваниями.¹

В настоящее время в стране действуют 17 Психиатрических учреждений в различных областях республики, в которых содержатся более 1500 лиц с психическими заболеваниями.

¹ Центр Новостей ООН, 31 мая 2012 г. <http://www.un.org/russian/news/printnews.asp?newsID=17596>

I. РЕЗЮМЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Информация о проекте

С 16 декабря 2011 г. по 16 мая 2012 г. со стороны Бюро по правам человека и соблюдению законности совместно с Институтом Уполномоченного по правам человека в Республике Таджикистан был проведен мониторинг в Психиатрических учреждениях в контексте свободы от пыток в рамках проекта «Содействие предотвращению пыток и других видов жестокого и унижающего обращения и наказания в психиатрических учреждениях», финансируемого ИОО – Фонд содействия в Таджикистане.

Мониторинг проводился в 7-ми Психиатрических учреждениях 7-ми регионов (Душанбе, Рудаки, Нурек, Худжанд, Б. Гафуров, Исфара, Канибадам) и охватил такие сферы, как:

1. Свобода от пыток и жестокого обращения
2. Право на свободу и личную неприкосновенность
3. Право на доступ к информации
4. Право на защиту и обжалование
5. Принудительный труд

А также было проведено наблюдение условий содержания пациентов в ПУ.

Информация была получена путем проведения полуструктурированного интервью с руководителями ПУ, врачами и младшим персоналом ПУ, пациентами ПУ и их родственниками, адвокатами и юристами НПО, оказывающими (или оказавшим) правовую помощь пользователям психиатрических услуг; проведения наблюдения в здании ПУ и палатах об условиях содержания пациентов в ПУ; направления запросов о предоставлении статистической информации (количество пациентов, количество коек, количество медицинского персонала, их зарплата, случаи смертности в ПУ и т.д. Подробнее смотреть таблицу № 1); проведения анализа законодательства на соответствие международным стандартам в области психического здоровья.

Анализ законодательства

Согласно законодательству Республики Таджикистан психическим расстройством (заболеванием) признается нарушение нормальной психической деятельности, выражающееся в снижении умственных способностей или выраженном изменении мышления.

В соответствии с Конституцией Таджикистан является социальным государством и создает условия, обеспечивающие достойную жизнь и свободное развитие каждого человека. Каждому гарантируется социальное обеспечение в старости, в случаях болезни, инвалидности, утраты трудоспособности...

В целом, национальное законодательство РТ в сфере психического здоровья соответствует международным стандартам, однако имеется ряд несоответствий внутри национального законодательства, идет противоречие норм национального законодательства между собой.

Так, национальное законодательство Республики Таджикистан объединило все вопросы, касающиеся психически больных лиц, в Законе «О психиатрической помощи» от 2002 года. Кроме того, в Республике Таджикистан оказание психиатрической помощи регулируется рядом действующих подзаконных нормативных правовых актов, которые были приняты в 2001 году. В виду этого между этими актами и Законом наблюдается ряд противоречий. Все психиатрические учреждения на территории РТ до сих пор пользуются указанными подзаконными актами, т.к. новые акты не были приняты после введения в действие закона, что влечет за собой значительные расхождения между законодательством и правоприменительной практикой, что, в свою очередь, может нанести серьезный ущерб правам и законным интересам психически больных лиц.

В соответствии с Конституцией РТ Государство гарантирует права и свободы каждого, независимо от его национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, политических убеждений, образование, социального и имущественного положения. Но законодательство РТ, в частности, в области психического здоровья не содержит понятия и прямого запрета дискриминации психически больных лиц.

Национальное законодательство РТ, в соответствии с международными стандартами, предусматривает судебную процедуру признания лица недееспособным, и при этом заявление о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с участием заявителя, прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Национальное законодательство Таджикистана не содержит требования обязательного присутствия на судебном заседании лица, в отношении которого решается вопрос о признании его недееспособным. Также в законе не предусмотрено положение об обеспечении психически больного лица бесплатным для него адвокатом, если такое лицо не имеет достаточных средств для его оплаты, либо об обязательном участии адвоката / представителя в суде в отсутствие самого психически больного лица.

Если лицу, подлежащему госпитализации, не исполнилось 16 лет, или он по своему психическому состоянию не способен к свободному волеизъявлению, согласие на его госпитализацию должно быть получено от его родственников или законных представителей, а при их отсутствии – от главного психиатра территориального органа здравоохранения. Нет обязательного требования о недееспособности лица, помещаемого в психиатрический стационар без его согласия.

Что касается принудительной госпитализации, то тут идет противоречие между нормами закона и ГПК РТ. Так, согласно Закону «О психиатрической помощи», лицо может содержаться в психиатрическом учреждении до направления заявления в суд о его принудительной госпитализации в течение 4-х суток. Согласно Гражданского процессуального кодекса, РТ заявление о принудительной госпитализации гражданина подается в суд в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар. Наблюдается противоречие между законом и кодексом, которое составляет 2-е суток, что является существенным для лица, принудительно помещенного в психиатрический стационар.

В марте 2012 года в Уголовный Кодекс РТ была внесена статья «Пытки». Правозащитники приветствуют этот шаг, однако отмечают, что эта статья не в полной мере соответствует Конвенции, так

как санкции не достаточно большие, т.е. за пытки не предусмотрено наказание как за тяжкое преступление, чего требуют международные стандарты.

Анализ законодательства показал, что ни в Законе РТ «О психиатрической помощи», ни в действующих Инструкциях и Положениях не приведен перечень и порядок применения мер физического удержания в психиатрических учреждениях, а также не содержится запрета применения пыток и жестокого обращения в отношении психически больных лиц со стороны персонала психиатрических учреждений.

Результаты опроса

Результаты опроса руководителей ПУ

Руководители ПУ отметили, что не было случаев плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились со стороны персонала пациентам, однако были случаи плохого обращения со стороны пациентов в отношении друг друга, что выражалось в оскорблении друг друга либо забирали еду.

По утверждению всех руководителей ПУ, родственники и другие близкие люди могут посещать пациентов, и пациенты могут общаться со своими посетителями наедине, а также пациенты могут отправлять и получать корреспонденцию. Но при этом, обычно, корреспонденция пациентов проверяется ради их безопасности заведующим отделением, лечащим врачом или медсестрой.

Все опрошенные респонденты указали, что пациент может отправлять жалобы и заявления в прокуратуру, суд и другие государственные органы, а также адвокату.

В случае, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала, к нему применяются медикаментозные меры (уколы).

В их учреждении нет изолированных помещений, в связи с чем, пациенты не содержатся в них.

Если пациент получит физические травмы при применении

мер физического усмирения / удержания, данные факты всегда фиксируются в медицинской документации пациента, однако каждый случай физического ограничения или недобровольной изоляции не регистрируются в документации (29 %).

100 % опрошенных руководителей ПУ отметили, что в их учреждении не было случаев превышения персоналом пределов необходимого физического воздействия.

86 % опрошенных респондентов отметили, что лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия в случае, если лицо имеет выраженное психическое расстройство и представляет опасность для себя и для окружающих.

Лицу разъясняются основание и цели помещения его в психиатрический стационар со стороны администрации учреждения, а также порядок обжалования решения о помещении в психиатрический стационар в устном порядке, родственники лица уведомляются о его помещении в психиатрический стационар в течение 24 часов.

Существуют письменные инструкции по применению медикаментозной терапии, и все применяемые лекарства являются препаратами с известным или доказанным действием.

Все опрошенные указали, что у больного берется предварительное согласие на лечение, в основном письменно.

Пациенты ставятся в известность о возможной физической боли или дискомфорте, о риске и побочных эффектах предлагаемого лечения (100%), и они могут отказаться от предлагаемого лечения. Пациент не принимает участие в применении лечения новыми препаратами в рамках их тестирования.

Адвокат допускается к пациенту и обеспечивается в течение 24 часов.

Разрешается посещение психиатрического учреждения только международными организациями.

Результаты опроса врачей

36 % отметили, что в их ПУ были случаи плохого обращения/

насилия/избиений, которые наносились пациентами друг другу - оскорбления и избиения. Случаев плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились со стороны персонала пациентам, не было. Родственники и другие близкие люди посещают пациента.

28 % врачей отметили, что пациенты со своими родственниками не общаются наедине, общение происходит в присутствии санитаря, надзирателя, охранника либо другого медицинского персонала.

В большинстве случаев персонал проверяет содержание писем и др. корреспонденции пациентов в целях безопасности, чтобы в этих письмах не оказалось чего-либо опасного и угрожающего здоровью пациентов, а также, чтобы избежать отправки пациентами пустых писем.

Шкалы мер физических усмирений и недобровольной изоляции, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала в порядке от менее тяжелых до тяжелых, не имеется.

Большая часть опрошенных врачей (77 %) отметили, что специальной инструкции по применению физических ограничений и недобровольной изоляции нет. Остальные 23 % опрошенных врачей (все из ПУ р. Рудаки) отметили, что такая инструкция имеется и находится в кабинете у заведующего отделением.

46 % врачей отметили, что каждый случай физического усмирения или недобровольной изоляции регистрируется в документации, в основном в истории болезни пациента, в специальном журнале, в личной медицинской карточке пациента.

81 % опрошенных респондентов считают, что лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия в случае, если лицо имеет выраженное психическое расстройство и представляет опасность для себя и для окружающих, и данное решение врача-психиатра подтверждается решением комиссии врачей-психиатров.

Пациент информируется о характере заболевания, целях и методах лечения, а также продолжительности лечения.

Результаты опроса младшего персонала

Родственники и другие близкие люди могут посещать пациента. При этом, практически все опрошенные отметили, что они могут посещать ежедневно с 8.00 до 17.00. 84 % опрошенных респондентов отметили, что пациенты могут общаться со своими посетителями наедине, 14 % сказали, что пациенты не могут общаться со своими посетителями наедине.

подавляющее большинство опрошенных респондентов (82 %) сообщили, что пациенты могут и отправлять, и получать корреспонденцию письма, записки и др. При этом персонал проверяет содержание писем, в основном, это дежурные, лечащие врачи и заведующие отделениями с целью, чтобы не навредить никому, чтобы пациент не жаловался и не писал негативных писем, с целью безопасности.

Один респондент сказал, что в их ПУ был один случай плохого обращения/насилия/избиений со стороны персонала по отношению к пациентам, который был связан с избиением и оскорблением пациента; персонал был привлечен за избиение к уголовной ответственности в 2006 г.

Не было ни одного случая превышения персоналом пределов необходимого физического воздействия, и ни один персонал не был наказан за это.

Результаты опроса пациентов ПУ

43 % пациентов были проинформированы о своих правах, в основном, со стороны врача ПУ. 35 % пациентов не были проинформированы о своих правах.

Более половины пациентов (62 %) пришли в ПУ добровольно. 25 % пациентов привели принудительно их родственники либо милиция.

12 % пациентов завели насильно внутрь ПУ родственники либо милиция. 5 опрошенных пациентов отметили, что они были в наручниках, а еще 4-ых пациентов связали и насильно завели в ПУ.

Более половины пациентов при поступлении в ПУ подвер-

лись обыску. В нескольких случаях было выявлено, что пациенты обыскивались одновременно со стороны персонала мужского и женского пола, например, медбратом и медсестрой.

У большинства опрошенных пациентов (67 %) при помещении в ПУ не забрали личные вещи. У остальных пациентов забирали такие вещи, как ручка, нож, сигареты, ремень, бусы, золотые кольца, телефон, деньги, одежда, зубная щетка. Тем, у кого забрали одежду, выдали больничную одежду.

Большинство пациентов ПУ (64 %) были предварительно проинформированы о лечении, которое им было назначено.

Ни один опрошенный респондент не сказал, что принимал участие в применении лечения новыми препаратами, которые ранее нигде не использовались, в рамках их тестирования.

Более половины опрошенных пациентов (52 %) не знают о своем праве на обжалование действий работников психиатрического учреждения.

3 опрошенных пациента РПБ жаловались на плохое отношение, на плохие условия и на лечение, но на них не последовало никакой реакции.

Подавляющее большинство опрошенных (94 %) указали, что у них не было необходимости в услугах адвоката во время пребывания в ПУ. 6 % пациентов (все – пациенты РПБ) нуждались в услугах адвоката в связи с обжалованием принудительной госпитализации (4 человека), жалобами на плохое обращение со стороны персонала ПУ (2 человека), а также в рамках уголовного дела, возбужденного в отношении пациентов (2 человека).

Подавляющее большинство пациентов (88 %) ответили, что их могут посещать близкие и родственники.

Большинство опрошенных (65 %) общаются со своими посетителями наедине. 20 % респондентов указали, что у них нет возможности общаться со своими близкими и родственниками наедине, так как при посещениях присутствуют медсестра или медбрат, в некоторых случаях – санитарка.

Большинство свиданий с родственниками и близкими проходят в столовой либо во дворе больницы.

30 % респондентов ответили, что они могут и получать и отправлять письма и посылки, 41 % опрошенный ответил, что они не могут отправлять и получать письма и посылки.

Подавляющее большинство писем и посылок, отправляемых и получаемых пациентами, проверяются со стороны персонала ПУ.

На вопрос о выполнении какой-либо работы в ПУ, более половины респондентов (62 %) ответили, что не выполняют никакой работы в учреждении.

4 % опрошенных пациентов отметили случаи плохого обращения с ними со стороны персонала (избивали, оскорбляли, делали больно при уколе).

10 % опрошенных пациентов также указали на плохое обращение со стороны других пациентов, которые, по словам респондентов, забирали у них еду и одежду, оскорбляли, избивали.

Только 2 пациента из всех опрошенных (пациенты РПБ) ответили, что они подвергались наказанию в ПУ. 1 пациент отметил, что его били руками и делали уколы, от которых у него все болело. Второй пациент сказал, что его лишали еды и питья.

Почти 62 % опрошенных указали, что в ПУ не имеется специального изолированного помещения, куда пациентов помещают в случае обострения болезни или в других случаях. 6 % опрошенных пациентов сказали, что такое помещение все же существует, но ни один из них не помещался в такое помещение.

Подавляюще большинство опрошенных пациентов (83 %) довольны условиями пребывания в ПУ.

Результаты опроса родственников пациентов ПУ

Большинство пациентов помещались в ПУ по инициативе и желанию родственников.

28 лиц с психическими расстройствами пришли в ПУ добровольно. 5 человек привезли в ПУ принудительно, либо обманным путем, так как они не хотели лечиться и оставаться в ПУ. Например, некоторые респонденты указывали, что привезли своего родственника в ПУ, держа за руки.

29 респондентов из 33-х были проинформированы о назначенном их родственнику лечении в ПУ со стороны лечащего врача либо заведующего отделением. 3 респондента не были проинформированы о назначенном лечении.

25 респондентов указали, что к их родственнику в ПУ не применялось лечение новыми препаратами, которые ранее нигде не использовались, в рамках их тестирования.

Из всех опрошенных только 1 респондент, опрошенный в г. Душанбе, указал, что его родственник, будучи в ПУ, жаловался на плохие условия содержания: на отсутствие холодной и горячей воды и плохое питание.

Никто из опрошенных респондентов не был свидетелем плохого обращения с их родственниками-пациентами ПУ со стороны персонала ПУ.

Ни один родственник-пациент ПУ не жаловался своим родным на то, что он подвергается наказаниям в ПУ.

Все опрошенные респонденты имеют возможность посещать своих родственников, находящихся в ПУ. Большинство опрошенных имеют возможность оставаться во время посещений со своими родственниками в ПУ наедине.

14 человек ответили, что не получали и не отправляли письма и посылки, так как в этом не было необходимости.

20 респондентов указали, что, когда они приносят в ПУ передачи для своих родственников, содержимое передач проверяется, в основном, со стороны дежурных медсестер, медбратьев., иногда – со стороны врача.

26 респондентов из 33-х сказали, что забирать пациента из ПУ во время лечения нельзя.

7 респондентов отметили, что их родственники-пациенты ПУ выполняли различные работы в ПУ.

Результаты опроса адвокатов/юристов

За последние 5 лет с жалобами на жестокое или плохое обращение персонала к пациентам ПУ обратилось всего 3 родственника

психически больных лиц и только к адвокатам г. Душанбе. Жестокое или плохое обращение было связано с принудительным трудом, сексуальным насилием, а также с оскорблениями и унижениями.

В Согдийской области за последние 5 лет среди опрошенных адвокатов и юристов НПО не было ни одного случая обращения психически больных лиц или их родственников на жестокого и плохое обращение со стороны персонала ПУ.

Результаты наблюдения

Результаты наблюдения показали, что в некоторых ПУ в палатах нет дверей, а в некоторых они закрываются снаружи.

В палатах не имеется тумбочек или шкафчиков для личного пользования, а также холодильника, лампы, зеркала, радиоприемника, умывальника и воды.

Освещение как искусственное (общее), так и естественное (верхнее, боковое, комбинированное) в удовлетворительном состоянии (за исключением ПУ г. Канибадам, в котором естественное освещение является неудовлетворительным, так как на всю палату одна лампочка, имеется форточка очень высоко и маленьких размеров).

Вентиляция как искусственная, так и естественная, в основном в удовлетворительном состоянии. В ПУ г. Душанбе отсутствует искусственная вентиляция, однако запаха плесени и других неприятных запахов нет, чувствуется лишь стойкий запах медикаментов. Так как наблюдение проводилось зимой, окна были закрыты, но несмотря на это, неприятных запахов не было.

В большинстве ПУ имеется центральное отопление, однако оно не работает и негодно к использованию. Отопление лишь от электричества.

В большинстве ПУ комнаты для умывания имеются внутри здания, однако многие из них в нерабочем состоянии, и сооружены другие умывальники во дворе больницы, открытые. Не во всех из них имеется горячая вода.

В большинстве случаев туалет открытый, без дверей и замков и без перегородок. В двух ПУ отсутствует туалетная бумага в туалете.

Постельное белье в большинстве случаев чистое и целое, однако в некоторых ПУ оно застиранное и нечистое. А в ПУ Канибадама нет полотенец для лица.

Питание и условия в столовой в весьма хорошем состоянии в ПУ. Г. Душанбе, посуда абсолютно чистая, небитая, еду разносит персонал, порции достаточно большие, еда аппетитная. В остальных ПУ еда в малом количестве мяса и других белков, а в некоторых случаях, оно и вовсе отсутствует. В основном неудовлетворителен запах – имеется стойкий запах медикаментов и другие запахи в столовой.

Комнаты для свиданий имеются лишь в ПУ Нурека и Исфари.

Информационные доски о правах пациентов имеются лишь в Исфаре и Канибадаме, в остальных ПУ их нет.

В 57 % ПУ, в которых было проведено наблюдение, условия содержания удовлетворительны. В 43 % ПУ – неудовлетворительны.

II. МЕТОДОЛОГИЯ

Мониторинг охватывал период с 16 декабря 2011 г. по 16 мая 2012 г.

Для проведения исследования была разработана следующая *техника сбора и обобщения информации*:

методы:

- ✓ Анализ национального законодательства в области соблюдения прав лиц с психическими расстройствами на соответствие международным стандартам в области психического здоровья
- ✓ посещение психиатрических учреждений (наблюдение, интервью)
- ✓ проведение полуструктурированных интервью с пациентами, медицинским персоналом, родственниками пациентов, адвокатами и представителями общественных организаций, оказывающих правовую помощь лицам, страдающим психическими расстройствами
- ✓ анализ доступных статистических данных путем направления запросов

инструментарии:

- ✓ Вопросник для руководителя ПУ
- ✓ Вопросник для врачей ПУ
- ✓ Вопросник для младшего персонала ПУ
- ✓ Вопросник для пациентов ПУ
- ✓ Вопросник для родственников пациентов ПУ
- ✓ Вопросник для адвокатов и организаций, оказывающих правовую помощь лицам, страдающим психическими расстройствами в аспекте права на свободу от пыток.
- ✓ Карта наблюдения

Регион охвата

По одному ПУ с нижеперечисленных регионов:

- ✓ Душанбе
- ✓ РРП
- ✓ Согдийская область
- ✓ Хатлонская область

Работа исследовательской группы строилась на основе следующих принципов:

- ✓ Индивидуального подхода к каждому опрашиваемому
- ✓ Доверия
- ✓ Конфиденциальности
- ✓ В своей работе опираться исключительно на факты, не давать собственную оценку изложенным мнениям опрашиваемых лиц
- ✓ Объективно предоставлять информацию о происходящем во время выездов в ПУ

Стратегия проведения мониторинга направлена на сотрудничество с государственными органами, в особенности, с Институтом Уполномоченного по Правам Человека в РТ и Министерством здравоохранения.

Для апробирования разработанных инструментариев было проведено пилотажное исследование. По результатам проведения пилотажного исследования в вопросники были внесены необходимые изменения и дополнения.

III. ВЫБОРКА И ОБЩИЕ ДАННЫЕ ПО МОНИТОРИНГУ

№	Респонденты	Душанбе	Рудаки	Нуреке	Худжанд	Гафуров	Исфара	Канибадам	Итого
1	Руководители	1	1	1	1	1	1	1	7
2	Врачи	4	8	1	5	1	4	3	26
3	Младший персонал	5	6	3	9	2	12	8	45
4	Пациенты	5	49	10	6	7	27	13	117
5	Родственники	5	7	1	4	3	7	6	33
6	Адвокаты/ юристы	20	3	2	28	10	10	7	75
7	Карта наблюдения	1	1	1	1	1	1	1	7

РУКОВОДИТЕЛИ ПУ

Общая информация

За период с февраля по май 2012 г. было опрошено всего 7 руководителей Психиатрических учреждений в семи регионах – Душанбе, Рудаки, Нуреке, Худжанде, Гафурове, Исфаре и Канибадаме.

Стаж работы их в качестве врача-психиатра составляет от 9 до 32 лет и является значительно большим стажа их работы в качестве руководителя психиатрического учреждения, который составляет от 3 до 13 лет.

ВРАЧИ ПУ

Общая информация

За период с февраля по май 2012 г. было опрошено всего 26 врачей Психиатрических учреждений в семи регионах – Душанбе, Рудаки, Нуреке, Худжанде, Гафурове, Исфаре и Канибадаме.

Стаж работы по специальности врача-психиатра у опрошенных составляет от 1 до 47 лет.

МЛАДШИЙ ПЕРСОНАЛ ПУ

Общая информация

За период с февраля по май 2012 г. было опрошено всего 45 представителей младшего персонала Психиатрических учреждений в семи регионах – Душанбе, Рудаки, Нуруке, Худжанде, Гафурове, Исфаре и Канибадаме.

Из них 31 % работают в мужском отделении, 29 % - в общем, 27 % - в женском, и по одному опрошенному (это чуть больше 2 %) – в психонаркологическом, судебном, процедурном и образовательном отделениях.

Опрошенные работают на таких должностях (позициях), как старший медбрат (2%), медбрат (7%), старшая медсестра (13 %), медсестра (22 %), главный фельдшер (2 %), фельдшер (7%), педагог-воспитатель (2 %), сестра-хозяйка (2 %), санитар/санитарка (36 %), уборщица (4 %).

В основном, младший персонал в ПУ обладает среднеспециальным (медицинским) образованием – 53 %. Среднее образование у 36 % опрошенных представителей младшего персонала. У 2 % нет никакого образования, и лишь у 7 % опрошенных высшее образование.

Почти у половины опрошенных (47 %) продолжительность рабочего дня составляет 24 часов. 8 часов в день с перерывом в один час работают 33 % опрошенных респондента, 7 часов в день – 13 % и посменно (сутки – работа, два дня - отдых) работают 7 % опрошенных.

Чуть более половины опрошенных (51 %) работают в дневное время, в ночное время работают 11 % опрошенных респондентов. 33 % опрошенных респондентов указали, что они работают поочередно в дневную и ночную смену, у 9 % опрошенных суточное дежурство.

При этом, в основном у опрошенных 2 дня выходных в неделю (47 %), один день в неделю отдыхают 16 % опрошенных. Среди опрошенных есть и те, кто отдыхает 3 дня в неделю (29 %), 6 дней в неделю (2 %) либо сутки работают – сутки отдыхают (7 %).

Заработная плата опрошенных составляет от 100 сомони до 700 сомони.

Обслуживание пациентов в день

Душанбе	Рудаки	Нурек	Худжанд	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
3-10	50-99	7-24	10-80	10-75	10-106	7-106

Проблемы в работе

«У нас серьезных проблем пока нет, но все же имеются проблемы с бытовыми условиями: холодной воды не бывает. И самая большая проблема на данный момент в том, что у нас очень много пациентов из числа «бомжей», после лечения которым некуда идти, а у нас места ограничены, но и выгнать их мы не можем. Просим вас оказать содействие в решении только этой проблемы, найдите место для проживания бездомных пациентов», - опрошенные из ПУ р. Рудаки

«У нас особых проблем нет, но не хватает кадров, работников», - опрошенные ПУ г. Канибадам.

«У нас нет проблем», - опрошенные из ПУ г. Нурек.

«Нам иногда отключают электричество, и вода привозная. Кроме того, у нас очень низкая заработная плата, не хватает работников. Дорога до нашего ПУ очень дальняя, поэтому родственники очень редко навещают своих родственников», - опрошенные из ПУ р. Исфара

«У нас проблем серьезных нет, но считаем, что дети оторваны от общества», - опрошенные из ПУ г. Душанбе

«У нас нет проблем», - опрошенные ПУ р. Б. Гафуров

«У нас очень низкая заработная плата. Было бы хорошо, если кто-нибудь помог пациентам необходимыми медикаментами». «Хотя и проблем нет, но с больными работать тяжело», опрошенные из ПУ г. Худжанд.

ПАЦИЕНТЫ ПУ

Общая информация

Пол пациента: всего опрошено – 117 пациентов, из них м - 74; ж – 43

Длительность пребывания: от 3-х дней до 7-ми лет. Большинство пациентов содержатся в ПУ, в среднем, несколько месяцев – 2-6 мес. Случаи, когда пациенты содержатся в ПУ несколько лет, вплоть до 30-ти лет, встречаются намного реже.

В Детском психиатрическом учреждении г. Душанбе максимальный срок пребывания пациентов- 1 месяц.

Опрошены респонденты в 6-ти психиатрических учреждениях в 4-х регионах Республики Таджикистан: г. Душанбе, РРП, Хатлонская область, Согдийская область.

РОДСТВЕННИКИ ПАЦИЕНТОВ ПУ

Общая информация

Опрос проводился в г. Душанбе, РРП, Согдийской и Хатлонской областях.

Всего было опрошено 33 родственника лиц, страдающих психическими расстройствами. Со слов родственников, 20 лиц – мужчины, 13 – женщины.

В основном, лица, страдающие психическими расстройствами, приходится респондентам близкими родственниками – дети, супруги, родители (20 человек). Остальные родственники являются братьями, сестрами, внуками.

Родственники респондентов страдают различными психиче-

скими заболеваниями (шизофрения, умственная отсталость, эпилепсия и др.). 11 опрошенных не знают диагноз своих родственников.

Длительность пребывания пациентов в ПУ составляет от нескольких дней до нескольких месяцев, в одном случае – три года.

По словам родственников, 20 пациентов ПУ полностью способны понимать значение своих действия и слов, 3 пациента – частично, 10 – не понимают значения своих слов и действий.

24 пациента ПУ, по словам их родственников, не признавались судом недееспособными. 4-ро родственников не знают об этом, 3-е респондентов указали, что их родственники – это дети с психическими расстройствами, которые еще не достигли 18-летнего возраста.

АДВОКАТЫ И ПРЕДСТАВИТЕЛИ НПО

Общая информация

Всего опрошено 79 адвокатов и представителей НПО в г. Душанбе, Хатлонской и Согдийской области. Из них 68 – адвокатов и 11 юристов общественных организаций. Стаж работы респондентов варьируется от 1 года до 45-ти лет.

27 респондентов из 79-ти ответили, что к ним за правовой помощью обращались лица с психическими заболеваниями или их родственники. 7 адвокатов указали, что обращения были связаны с принудительным помещением лица в психиатрический стационар. 2 консультации были связаны с плохим обращением со стороны персонала ПУ. Остальные обращения (18) касались различных правоотношений – семейных, пенсионных, наследственных, трудовых и др.

IV. АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУНАРОДНЫМ СТАНДАРТАМ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Введение

Право на наивысший достижимый уровень здоровья является правом человека, признаваемым международным правом. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, являющийся общепризнанным центральным механизмом по защите права на здоровье, признает *«право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья»*. В Пакте равное внимание уделяется как психическому, так и физическому здоровью, хотя психическое здоровье часто игнорировалось.¹

Законодательство в области психического здоровья представляется неотъемлемым условием для защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами и составляющих социально уязвимую часть общества. Они подвержены стигматизации, дискриминации и изоляции в любом социальном окружении, и это обстоятельство повышает вероятность нарушения прав человека. Права людей, страдающих психическими расстройствами, нарушаются или могут нарушаться наиболее часто.

В 25% стран, где проживает примерно 31% населения мира, не существует общенационального законодательства в области психического здоровья.²

Низкая приоритетность вопросов охраны психического здоровья в большинстве стран приводит к тому, что на службы психического здоровья не выделяются адекватные финансовые и кадровые ресурсы. Следовательно, в целях стимулирования принципов спра-

1 «Право на здоровье», изложение фактов № 31, Управление Верховного Комиссара по правам человека ООН, Всемирная организация здравоохранения, стр. 12

2 «Законодательство в области психического здоровья и права человека», Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, Всемирная Организация Здравоохранения, 2006 г.

ведливости и равноправия в законодательстве в области здравоохранения также должны быть предусмотрены положения, обеспечивающие выделение адекватных ресурсов и финансовых средств на службы психического здоровья, которые функционируют как в условиях стационара, так и по месту жительства.¹

Помимо явного страдания от психических заболеваний, существует еще и невидимое бремя в виде отрицательного восприятия обществом и дискриминации лиц с психическими расстройствами.

В странах, как с низким, так и с высоким уровнями дохода на душу населения такое отношение к людям с психическими расстройствами существовало на протяжении всего периода их исторического развития, что приводило к созданию негативного стереотипа и возникновению страха и неприятия, когда лиц с психическими расстройствами общество либо отвергало, либо не замечало их существования.²

В настоящее время участие лиц с инвалидностью в общественной жизни является международно-признанным правом человека.

Умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие люди.³

Согласно законодательству Республики Таджикистан психическим расстройством (заболеванием) признается нарушение нормальной психической деятельности, выражающееся в снижении умственных способностей или выраженном изменении мышления.⁴

Международные стандарты в области психического здоровья

На международном уровне законодательство в области вопросы психического здоровья регулируются такими международными

1 Там же, стр. 29

2 Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству «Откажитесь от изоляции - окажите помощь», Всемирная организация здравоохранения, 2005 год.

3 Декларация о правах умственно отсталых лиц, принята резолюцией 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1971 года, пункт 1

4 Статья 2 Закона РТ «О психиатрической помощи»

стандартами, как Принципы ООН Защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Принципы ПБ), которые послужили рамочной основой для развития законодательства в области психического здоровья во многих странах; Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Стандартные правила); Каракасская декларация; Мадридская декларация; законодательство ВОЗ по охране психического здоровья – десять важнейших принципов, Методические рекомендации по содействию охране прав человека применительно к лицам с психическими расстройствами (Всемирная организация здравоохранения, 1996 г.) и другие нормативные акты.

Конвенция ООН о правах ребенка содержит ряд положений по защите прав детей в области психического здоровья и признает право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, психического, духовного, нравственного и социального развития.

Стоит отметить, что такие международные стандарты, как Принципы ПБ, Стандартные правила и Законодательство по охране психического здоровья – десять важнейших принципов, хотя и не являются юридически обязательными, но представляют собой согласованные на международном уровне позиции в отношении стандартов надлежащей практики.¹

Десять важнейших принципов Всемирной организации здравоохранения, 1996 заключаются в следующем:

- Укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств.
- Обеспечение доступности базовых услуг и помощи в области психического здоровья.
- Оценка ситуации с психическим здоровьем в соответствии с принципами, одобренными на международном уровне.
- Оказание помощи и предоставление услуг в области психического здоровья в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы.

¹ «Законодательство в области психического здоровья и права человека», Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, Всемирная Организация Здравоохранения, 2006 г., с. 20

- Самоопределение индивида.
- Соблюдение права на получение помощи в процессе самоопределения.
- Обеспечение функций надзора.
- Периодическое автоматическое действие механизма надзора.
- Подключение квалифицированных специалистов к процессу принятия решений.
- Уважение принципа равенства перед законом.

Европейская декларация по охране психического здоровья.

14 января 2005 года министр здравоохранения РТ подписал Европейскую декларацию по охране психического здоровья.

В данном документе содержатся следующие принципы организации системы охраны психического здоровья:

- способствование более широкому осознанию важного значения психического благополучия;
- установление политики, программ и законодательства в области психического здоровья, основанных на современных знаниях и уважении прав человека, в консультации со всеми партнерами по охране психического здоровья; это означает широкое вовлечение в данный процесс пользователи служб психического здоровья и их близких, представителей общественных организаций и общин;
- увеличение объема инвестиций в охрану психического здоровья в качестве неотъемлемого компонента обеспечения благополучия населения;
- устранение стигматизации и дискриминации и усиление социальной интеграции путем повышения уровня информированности населения и расширения прав и возможностей лиц, подвергающихся риску;
- прекращение использования негуманных и унижающих достоинство методов лечения;
- предоставление лицам с проблемами психического здоровья возможности выбора и вовлечения в процесс собственного лечения, проводимого с учетом их потребностей и культу-

- ры;
- оценка воздействия осуществляемых правительством действий на психическое здоровье населения;
 - развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства, с тем чтобы заменить ими помощь в стационарных учреждениях для лиц с выраженными психическими проблемами;

В направлении выполнения принятых обязательств, Министерство здравоохранения РТ подписало совместный протокол с Министерством финансов и Программой продовольственной безопасности Европейской Комиссии. Протоколом предусмотрено сокращение стационарных коек психиатрических учреждений и направление высвободившихся средств на рационализацию деятельности этих учреждений.¹

Каракасская декларация (1990 г.)²

В ней говорится о том, что исключительное использование стационарного лечения в психиатрической больнице изолирует пациентов от их естественного окружения, тем самым усугубляя инвалидность. Декларация устанавливает критически важную взаимосвязь между службами охраны психического здоровья и правами человека, делая вывод о том, что подобные устаревшие службы охраны психического здоровья подвергают риску права пациентов.

Декларация гласит, что предоставляемые ресурсы, помощь и лечение лиц с психическими расстройствами должны гарантировать уважение достоинства и соблюдение прав человека и гражданских прав, обеспечивать рациональное и соответствующее лечение больных и, по возможности, создавать условия для того, чтобы такие люди продолжали жить в привычном для них окружении.

1 «Реформы в области психического здоровья в Таджикистане», проект реализован Глобальной Инициативой в Психиатрии (ГИП) при финансовой поддержке организации Мизереор, 2007 г., стр. 12

2 Принята в качестве резолюции на совещании Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ/ВОЗ).

В соответствии с целями, определенными в Уставе Организации Объединенных Наций (ООН) и международных соглашениях, фундаментальным принципом законодательства по охране психического здоровья является защита прав человека. Основные права и принципы включают равенство и недискриминационные отношения, право на уединение и сохранение и развитие автономности личности, защита от бесчеловечного и унижающего человеческого достоинство лечения, принцип наименьшего ограничения свободы и прав на получение информации и участие в процессе разработки курса лечения.¹

Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах признает право каждого человека, включая людей с психическими расстройствами, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Важным источником толкования статей международных пактов и конвенций по правам человека являются Замечания общего порядка, подготовленные контрольными органами. Хотя Замечания общего порядка не имеют обязательной силы, они представляют официальное мнение о надлежащем толковании соответствующих положений международно-правовых пактов.

Согласно Замечаниям Общего порядка № 5 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам, в Международном Пакте об экономических, социальных и культурных правах речь не идёт конкретно о лицах с какими-то формами инвалидности. Тем не менее, поскольку Всеобщая декларация прав человека признаёт, что все люди рождаются свободными и равными в своём достоинстве и правах, и поскольку положения Пакта в полной мере относятся ко всем членам общества, то лица с какими-либо формами инвалидности, соответственно, охватываются положениями МПЭСКП. Каждое государство-участник Пакта обязано улучшать положение инвалидов. Хотя средства и методы поощрения полного осуществления экономических, социальных и культурных прав данной группы населения будут неизбежно в значительной мере отличаться друг от

¹ Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству «Откажитесь от изоляции - окажите помощь», Всемирная организация здравоохранения, 2005 год, стр.3

друга в разных странах, тем не менее, нет ни одной страны, в которой бы не назрела потребность в принятии соответствующей политики или программы.¹

Что касается необходимости особого отношения, то государства-участники обязаны принять надлежащие меры в максимальных пределах имеющихся у них ресурсов, с тем чтобы позволить таким лицам попытаться преодолеть любые неблагоприятные обстоятельства, вызванные их инвалидностью, в том что касается использования прав, указанных в Пакте².

Как уже ранее отмечал Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (Замечание общего порядка № 3, пятая сессия (1990 год), пункт 12), долг государств-участников защищать уязвимых членов своего общества приобретает значительную важность в периоды резкого сокращения имеющихся ресурсов.

Конвенция о правах инвалидов.

Конвенция о правах инвалидов была принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 2006 года и вступила в силу 3 мая 2008 года. Одновременно с Конвенцией был принят и вступил в силу Факультативный протокол к ней. До этого времени права инвалидов никогда не были закреплены в едином международно-правовом документе. Конвенция о правах инвалидов является одним из самых молодых международных документов, направленных на правовую защиту лиц с инвалидностью.

Статья 1 Конвенции предусматривает, что к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, **психическими**, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Таким образом, положения Конвенции напрямую касаются и лиц с психическими расстройствами.

Конвенция о правах инвалидов признает право каждого инва-

1 Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (Одиннадцатая сессия, 1994 год), пункт 5

2 Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (Одиннадцатая сессия, 1994 год), пункт 8

лида на уважение его физической и психической целостности наравне с другими.¹

Принципами настоящей Конвенции являются:²

a) уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;

b) недискриминация;

c) полное и эффективное вовлечение и включение в общество;

d) уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;

e) равенство возможностей;

f) доступность;

g) равенство мужчин и женщин;

h) уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

3 октября 2011 года в городе Женева (Швейцария) Рабочей группой Совета ООН по правам человека во время диалога в рамках процедуры Универсального периодического обзора Таджикистану был представлен ряд рекомендаций по выполнению международных обязательств в области прав человека, в том числе:

- Принять ряд мер по обеспечению инклюзивного образования и недискриминации детей-инвалидов в обычной системе образования (Испания).
- Разработать программы, позволяющие девушкам оставаться в системе образования и препятствующие их досрочному выбытию из школы; принять аналогичные меры в отношении детей-инвалидов (Коста-Рика).
- Принять новый комплекс критериев определения инвалидности в соответствии с международными нормами и обеспечить повышение осведомленности населения в целях преодоления стигматизации (Венгрия).

¹ Статья 17 Конвенции о правах инвалидов

² Статья 3 Конвенции о правах инвалидов

- Со стороны ряда стран¹ была дана рекомендация ратифицировать Конвенцию о правах инвалидов и Факультативный протокол к ней в целях дальнейшего поощрения и защиты прав лиц с ограниченными возможностями.

К сожалению, рекомендация 90.6, касающаяся ратификации Конвенции о правах инвалидов, не была принята Республикой Таджикистан. Также Таджикистан сообщил, что рассмотрит данную рекомендацию в дальнейшем с учетом финансово-экономической возможности.²

Таджикистан ратифицировал практически весь пакет международно-правовых договоров ООН в области прав человека, за исключением Конвенции о правах инвалидов. Конвенция о правах инвалидов была принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 2006 года и вступила в силу 3 мая 2008 года. Одновременно с Конвенцией был принят и вступил в силу Факультативный протокол к ней. До этого времени права инвалидов никогда не были закреплены в едином международно-правовом документе. В Конвенции уделяется особое внимание женщинам с инвалидностью и детям с инвалидностью, так как они нередко «подвергаются множественной дискриминации»³, что также является крайне важным для Таджикистана.

Национальное законодательство Республики Таджикистан в области психического здоровья

В соответствии с Конституцией Таджикистан является социальным государством и создает условия, обеспечивающие достойную жизнь и свободное развитие каждого человека.⁴ Каждому гарантируется социальное обеспечение в старости, в случаях болезни,

1 Испания, Австрия, Словения, Венгрия, Аргентина, Бразилия, Алжир, Таиланд

2 «Соображения в отношении выводов и/или рекомендаций, добровольные обязательства и ответы, представленные государством – объектом обзора» (Таджикистан), Совет ООН по правам человека, Женева, 19-ая сессия, 27 февраля 2012 г.

3 Статья 6 Конвенции о правах инвалидов

4 Статья 1 Конституции РТ

инвалидности, утраты трудоспособности...¹

Национальное законодательство Республики Таджикистан объединило все вопросы, касающиеся психически больных лиц, в Законе «О психиатрической помощи» от 2002 года. До 2002 года вопросы, касающиеся лечения и оказания помощи лицам с психическими расстройствами, практически не имели правового регулирования.

В соответствии со ст. 53 Закона РТ «Об охране здоровья населения» (от 1997 года) психические заболевания отнесены к категории болезней, представляющих опасность для окружающих, наряду с такими заболеваниями, как туберкулез, СПИД, венерические заболевания и др.).

Некоторые вопросы, касающиеся лиц с психическими расстройствами, регулируются Гражданским, Гражданским процессуальным, Уголовным Кодексом и Кодексом об административных правонарушениях.

Также в Республике Таджикистан оказание психиатрической помощи регулируется рядом действующих подзаконных нормативных правовых актов:

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан о мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи № 54 от 9 февраля 2001 года.
2. Положение о психиатрической больнице (приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
3. Положение о производстве судебно-психиатрической экспертизы в Республике Таджикистан (приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
4. Инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно опасные деяния (Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)

¹ Статья 39 Конституции РТ

5. Положение об отделении судебно-психиатрической экспертизы при психиатрической больнице для лиц, содержащихся под стражей (Приложение № 4 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
6. Положение об отделении для принудительного лечения с усиленным режимом наблюдения психиатрической больницы (Приложение № 5 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
7. Положение о психиатрическом отделении для больных с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией (сомапсихиатрическом отделении) (Приложение № 6 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
8. Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия родственников (Приложение № 7 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
9. Инструкция о порядке оформления и учета лечебных отпусков в психиатрических стационарах (Приложение № 8 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
10. Положение о республиканском (областном, городском, межрайонном) психоневрологическом диспансере (Приложение № 9 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
11. Инструкция о порядке первичного психиатрического освидетельствования граждан. (Приложение № 10 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
12. Положение о дневном стационаре для психически больных (Приложение № 11 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
13. Положение о Республиканском организационно-методическом консультативном отделе психиатрической помощи. (Приложе-

ние № 12 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)

14. Инструкция о порядке сообщения сведений о психическом состоянии граждан (Приложение № 13 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
15. Инструкция о порядке выдачи справок психоневрологическими диспансерами (отделениями, кабинетами), подтверждающих возможность допуска того или иного лица к огнестрельному оружию (Приложение № 14 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
16. Положение о Главном психиатре органа здравоохранения (Приложение № 15 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
17. Перечень форм первичной медицинской документации, необходимой для работы психиатрических учреждений Республики Таджикистан (Приложение № 16 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)
18. Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению общественно-опасных действий психически больных (Приложение № 17 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)

Необходимо отметить, что все указанные подзаконные нормативные правовые акты были приняты в 2001 году, а Закон РТ «О психиатрической помощи» был принят в 2002 году, в виду чего между этими актами и Законом наблюдается ряд противоречий. Безусловно, в данном случае приоритетное значение имеет Закон «О психиатрической помощи», но основная проблема заключается в том, что все психиатрические учреждения на территории РТ до сих пор пользуются указанными подзаконными актами, т.к. новые акты не были приняты после введения в действие закона, что влечет за собой

значительные расхождения между законодательством и правоприменительной практикой, что, в свою очередь, может нанести серьезный ущерб правам и законным интересам психически больных лиц.

Согласно исследованию «Психическое здоровье в Таджикистане»¹, в Таджикистане нет утверждённой всеобъемлющей политики в сфере психического здоровья. Имеются только отдельные законы, правила и процедуры, а права психически больных в ряде случаев ограничиваются не на основании законов, а на основании существующих процедур.

Недискриминация

Фундаментальным обязательством по защите прав человека является обязательство по защите от дискриминации.

Необходимо отметить, что с точки зрения международных стандартов, право на здоровье не является исключительно программной задачей на долгосрочную перспективу.

Несмотря на имеющиеся ограничения ресурсов, осуществление некоторых обязательств приводит к немедленным результатам: такие обязательства связаны с гарантией права на здоровье в условиях недопущения дискриминации, с разработкой конкретных законодательных норм и планов действий или с другими аналогичными шагами, направленными на полное осуществление данного права, как в случае с любым другим правом человека.¹

Дискриминация означает любое обособление, исключение или ограничение, обоснованное различными причинами, вызывающее или способствующее причинению ущерба или аннулированию признания, осуществления и применения прав человека, и основополагающих свобод. Дискриминация связана с маргинализацией определенных групп населения и лежит в основе фундаментального неравенства, заложенного в структуру общества.²

Комитет по экономическим, социальным и культурным пра-

¹ Отчёт подготовлен в рамках проекта «Реформы в области психического здоровья в Таджикистане», реализованного Глобальной Инициативой в Психиатрии (ГИП) при финансовой поддержке организации Мизереор, 2007 г.

вам дал ясно понять, что нет оправдания отсутствию защиты уязвимых членов общества от дискриминации по признаку состояния здоровья, будь то в законодательстве или на практике. Поэтому, даже если наступает период острой нехватки ресурсов, уязвимые члены общества должны быть защищены, например, с помощью принятия относительно недорогостоящих целевых программ.¹ Согласно международным стандартам, не допускается никакой дискриминации на основании психического заболевания. «Дискриминация» означает любое отличие, исключение или предпочтение, следствием которого является отмена или затруднение равного пользования правами. Специальные меры, принимаемые исключительно с целью защиты прав или улучшения положения психически больных лиц, не считаются дискриминационными.

Дискриминация может затруднять доступ к необходимым услугам в области охраны психического здоровья, а также к другим жизненно важным сферам деятельности, включая вопросы занятости, образования и предоставления жилья. Неспособность к нормальной интеграции в общество ведет к еще большей изоляции личности, что может, в свою очередь, быть причиной обострения психического расстройства. Политика, которая обостряет или игнорирует проблему негативного восприятия обществом лиц, страдающих психическими расстройствами, способна привести к усилению дискриминации.²

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам особо подчеркивает, что государствам-участникам МПЭСКП необходимо принять всеобъемлющие антидискриминационные юридические нормы в отношении инвалидов с целью ликвидации последствий дискриминации в прошлом и в настоящем, а также предотвращения дискриминации в будущем. Подобное законодательство должно не только обеспечивать инвалидов судебными средствами защиты по мере возможности и необходимости, но должно также предусматривать программы в области социальной политики,

1 Замечание Общего порядка № 14, пункт 18

2 Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству «Откажитесь от изоляции - окажите помощь», Всемирная организация здравоохранения, 2005 год, стр.3

которые позволили бы лицам с различными формами инвалидности жить полной, независимой и самостоятельной жизнью.¹

Государства обязуются обеспечить равное для мужчин и женщин право пользования всеми экономическими, социальными и культурными правами, предусмотренными в МПЭСКП. В связи с этим, В свете статьи 3 МПЭСКП Комитет (КПЭСКП) настоятельно призывает государства-участники заниматься вопросами, касающимися положения женщин-инвалидов, в будущем уделяя первостепенное внимание осуществлению программ, связанных с экономическими, социальными и культурными правами, обосновывая это тем, что часто на лиц с какой-либо формой инвалидности смотрят как на бесполок существ. В результате этого зачастую упускается из вида тот факт, что женщины-инвалиды испытывают двойную дискриминацию.²

В соответствии с Конституцией РТ Государство гарантирует права и свободы каждого, независимо от его национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, политических убеждений, образование, социального и имущественного положения.³

Но законодательство РТ, в частности, в области психического здоровья не содержит понятия и прямого запрета дискриминации психически больных лиц.

Ограничение прав

Согласно международным стандартам на осуществление прав психически нездоровых лиц могут налагаться лишь такие ограничения, которые предусмотрены законом и являются необходимыми для защиты здоровья и безопасности заинтересованного лица или других лиц или же для охраны общественной безопасности, порядка, здоровья или морали или основных прав и свобод других лиц.⁴

1 Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (Одиннадцатая сессия, 1994 год), пункт 16

2 Замечание общего порядка № 5 к Международному Пакту об экономических, социальных и культурных правах: (Одиннадцатая сессия, 1994 год), пункт 19

3 Статья 17 Конституции РТ

4 Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, Общее ограничительное положение

Отдельные права человека являются абсолютными и не подлежат ограничению ни при каких обстоятельствах. К ним относятся право на свободу от пыток и рабства и право на свободу мысли, совести и религии.

В ограничительных оговорках большинства международно-правовых пактов признается необходимость ограничения прав человека в определенных случаях, в том числе, в сфере охраны психического здоровья.

Сиракузские принципы¹ толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах (Сиракузские принципы) устанавливают критерии, которые необходимо соблюдать при ограничении прав личности. Важно, чтобы любое ограничение прав соответствовало каждому из шести критериев. Ограничения должны быть лимитированы по времени, а лицо, на которое налагаются данные ограничения, должно иметь право на их периодический пересмотр.

- Ограничение предписано законом.
- Необходимо в демократическом обществе.
- Ограничение налагается для соблюдения общественного порядка.
- В целях защиты здоровья и нравственности населения.
- В интересах общественной безопасности.
- В интересах национальной безопасности.
- Для соблюдения прав и свобод других лиц.

В соответствии с национальным законодательством РТ все лица, находящиеся на излечении или обследовании в психиатрическом стационаре имеют следующие права:

- пользоваться лечебным отпуском;
- вести переписку в условиях, исключающих цензуру;
- принимать посетителей в дни приема;
- получать передачи и посылки;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости.

Данные права могут ограничиваться лечащим врачом и заве-

¹ Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений международного пакта о гражданских и политических правах

дующим отделением лишь по крайней необходимости в интересах здоровья или безопасности самого больного либо других лиц.¹

Если вследствие серьезного характера инвалидности умственно отсталое лицо не может надлежащим образом осуществлять все свои права или же возникает необходимость в ограничении или аннулировании некоторых или всех таких прав, то процедура, применяемая в целях такого ограничения или аннулирования, должна предусматривать надлежащие правовые гарантии от любых злоупотреблений. Эта процедура должна основываться на оценке квалифицированными специалистами общественно полезных возможностей умственно отсталого лица, а также предусматривать периодический пересмотр и право апелляции в высшие инстанции.²

Законодательство РТ регламентирует, что психически больные лица обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Республики Таджикистан. Ограничение этих прав и свобод, связанное с психическими расстройствами, допустимо лишь в случаях, предусмотренных настоящим Законом и другими нормативно-правовыми актами Республики Таджикистан.³

Национальное законодательство РТ предусматривает, что решения и действия психиатрических учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, могут быть обжалованы в государственные органы здравоохранения, социальной защиты, образования, а также министерства и ведомства, имеющие психиатрические и психоневрологические учреждения, а также в прокуратуру и суд.⁴

Признание лица недееспособным

Если человек имеет серьезное психическое расстройство, это автоматически не приводит к его недееспособности и может не влиять на его способность к принятию решений.

1 Статья 33 Закона РТ «О психиатрической помощи»

2 Декларация о правах умственно отсталых лиц, принята резолюцией 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1971 года, пункт 7

3 Статья 5 Закона РТ «О психиатрической помощи»

4 Статья 40 Закона «О психиатрической помощи»

Любое решение о том, что по причине его психического заболевания лицо не является дееспособным, и любое решение о том, что вследствие такой недееспособности должен быть назначен личный представитель, принимается только после справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством. Лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, имеет право быть представленным адвокатом. Если лицо, дееспособность которого является предметом разбирательства, не может самостоятельно обеспечить себя таким представительством, последнее должно предоставляться этому лицу бесплатно, если оно не располагает достаточными для этого средствами.¹

В соответствии с национальным законодательством РТ дееспособность означает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) и наступает по достижении восемнадцатилетнего возраста.²

Согласно национальному законодательству РТ, гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством, и над ним устанавливается опека.³

То есть, национальное законодательство РТ, в соответствии с международными стандартами, предусматривает судебную процедуру признания лица недееспособным.

Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде по заявлению членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения, прокурора.⁴

1 Пункт 6 Принципа 1 Принципов ООН Защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи

2 Статья 22 Гражданского Кодекса РТ

3 Ч. 1 статьи 30 Гражданского Кодекса РТ

4 Часть 1 статьи 286 Гражданского процессуального кодекса РТ

Такие дела рассматриваются в порядке особого производства.

Заявление о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с участием заявителя, прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, может быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья.¹ Таким образом, национальное законодательство Таджикистана не содержит требования обязательного присутствия на судебном заседании лица, в отношении которого решается вопрос о признании его недееспособным. Также в законе не предусмотрено положение об обеспечении психически больного лица бесплатным для него адвокатом, если такое лицо не имеет достаточных средств для его оплаты, либо об обязательном участии адвоката / представителя в суде в отсутствие самого психически больного лица.

Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд по заявлению опекуна, членов семьи, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения, прокурора, на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы выносит решение о признании гражданина дееспособным.² Опять же, среди лиц, имеющих право подать заявление о признании лица дееспособным, отсутствует адвокат / представитель психически больного лица.

Право на информированное согласие

Доступ к информации

Медицинские работники иногда относятся к лицам с инвалидностью (в том числе, к психически больным лицам), как к объектам лечения, а не как к людям, обладающим определенными правами, и не всегда спрашивают их свободного информированного согласия в отношении лечения. Такая ситуация не только унижает человеческое достоинство, но и является нарушением прав человека в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов, а также служит доказатель-

1 Ч.1 статьи 289 Гражданского процессуального кодекса РТ

2 Ч. 1 статьи 291 Гражданского процессуального кодекса РТ

ством неэтичного поведения со стороны медицинских работников.¹

Лица с психическими расстройствами должны обладать закрепленным в законе правом на свободное получение полной информации, содержащейся в их истории болезни, которая ведется психиатрическими учреждениями и специалистами по психическому здоровью. Это право защищено нормами международно-правовых документов, такими как Статья 19 МПГПП и Принципами ПБ. 1. Лицо ... имеет право на доступ к касающейся его информации в истории болезни, которая ведется психиатрическим учреждением. Это право может ограничиваться в целях предотвращения серьезного ущерба здоровью пациента и риска для безопасности других лиц. В соответствии с внутрисударственным законодательством любая такая информация, не представленная пациенту, должна быть, когда это можно сделать конфиденциально, сообщена личному представителю и адвокату пациента. В случае, если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или адвокат пациента, если таковой имеется, уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.

2. Любые письменные замечания пациента или личного представителя, или адвоката пациента могут по их просьбе включаться в историю болезни пациента. (Принцип 19(1) и (2), Принципы ПБ)²

В соответствии с Законом РТ «О психиатрической помощи» лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется получение информации о своих правах и перечисляется ряд прав, которыми они обладают:

- уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства;
- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований;

1 «Право на здоровье», изложение фактов № 31, Управление Верховного Комиссара по правам человека ООН, Всемирная организация здравоохранения, стр. 24

2 Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству «Откажитесь от изоляции - окажите помощь», Всемирная организация здравоохранения, 2005 год, стр.32-33

- информация о характере имеющихся у них психических расстройств и методах лечения;
- применение средств и методов лечения, разрешенных органами здравоохранения, в соответствии с установленным диагнозом, характером болезненных расстройств и современными достижениями медицинской науки;
- проведение лечения в амбулаторных и стационарных условиях с использованием щадящих методов, по возможности по месту жительства больного;
- возможность отказаться от обследования и лечения, если лицо способно к принятию осознанных решений;
- содержание в стационарном лечебном учреждении только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- оказание лечебной и социальной помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и не унижающих человеческое достоинство;
- санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями;
- право пригласить для участия в работе комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом, любого врача-психиатра;
- получение социальной помощи и пенсии от государства;
- право лично или совместно с другими обращаться в государственные органы, общественные объединения, предприятия, учреждения и организации;
- помощь адвоката, законного представителя, а также иного уполномоченного лица в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан.

В то же время, Закон не содержит требования разъяснения указанных прав со стороны администрации психиатрического учреждения.

Госпитализируемому лицу со стороны администрации психиатрического стационара должны быть разъяснены, если это возможно по его психическому состоянию, только основание и цели

помещения его в психиатрический стационар. В течение 24-х часов родственники или законные представители должны официально и письменно информироваться о его госпитализации. Госпитализируемому, его родственникам или законному представителю также должен разъясняться порядок обжалования решения о помещении в психиатрический стационар.

Недобровольная (принудительная) госпитализация

Принудительная госпитализация должна быть исключением и иметь место только при чрезвычайных обстоятельствах. В законодательстве должны быть оговорены исключительные ситуации такого рода и изложены формальные процедуры для направления на принудительное лечение. Законодательство должно предоставить недобровольно госпитализированным больным право на обжалование принятого решения.

Всем людям с психическими расстройствами должна предоставляться возможность проходить лечение по месту жительства, за исключением крайне редких обстоятельств, в частности, когда такие лица могут причинить вред самим себе или окружающим или когда прохождение курса лечения показано в условиях стационара. Если госпитализация или лечение действительно необходимо, то законодательство должно предписывать принятие соответствующего решения на добровольной основе. Законы должны допускать вероятность принудительной госпитализации и принудительного лечения только в исключительных случаях. Если имеет место принудительная госпитализация, должны быть предусмотрены необходимые меры по защите прав пациентов.

В странах, где возможности для лечения по месту жительства минимальны или отсутствуют вовсе, необходимые усилия и ресурсы должны быть направлены на создание и укрепление соответствующих служб, с тем, чтобы по мере возможности сделать более доступными альтернативные подходы к лечению взамен госпитализации¹.

¹ «Законодательство в области психического здоровья и права человека», Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, Всемирная Организация Здравоохранения, 2006 г., с. 21

Законодательство в области психического здоровья в европейских странах, в соответствии с Европейской конвенцией о защите прав человека и основных свобод должно предоставлять гарантии против принудительной госпитализации лиц с психическими расстройствами на основании трех следующих принципов, сформулированных Европейским судом по правам человека:

а) факт психического расстройства должен быть установлен в результате объективной медицинской экспертизы;

б) психическое расстройство должно проявляться в такой форме и степени, чтобы служить основанием для принудительного содержания в учреждении закрытого типа;

с) стойкий характер психического расстройства должен быть доказан, чтобы на этом основании можно было принять решение о дальнейшем пребывании больного в учреждении закрытого типа.

Таким образом, направление на принудительное лечение допустимо при наличии следующих условий:

- имеются фактические признаки психического расстройства определенной тяжести, которые соответствуют стандартам, согласованным на международном уровне;
- не исключена вероятность причинения вреда самому себе или окружающим или ухудшения состояния здоровья больного из-за отсутствия лечения.

Кроме того, в законе должны быть положения, касающиеся соблюдения прав индивидуумов, которые ущемлены в правах на личную свободу. На всех больных, оказавшихся госпитализированными не по своей воле, должно распространяться особое право на подачу жалобы в связи с принудительной госпитализацией в администрацию соответствующего медицинского учреждения и в наблюдательный совет или суд (Организация Объединенных Наций, 1991 г.).

«В статье 9(1) Международного пакта о гражданских и политических правах предусмотрено, что «каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Никто не может быть подвергнут произвольному аресту или содержанию под стражей. Никто не может быть лишен свободы, иначе как на таких основаниях и в соответствии с такой процедурой, которые установлены законом».

Это положение имеет исключительно важное значение в контексте проблемы препровождения в режимные учреждения в неуголовном порядке лиц с умственными или психическими расстройствами, поскольку в нем предусмотрено, что помещение страдающих такими расстройствами лиц в психиатрические учреждения должно осуществляться в соответствии с материально-правовыми нормами и процессуальными гарантиями, установленными в национальном законодательстве. В замечании общего порядка № 8 (1982) о праве на свободу и личную неприкосновенность Комитет по правам человека отметил (пункт 1), что защита, предусмотренная в соответствии со статьей 9(1), распространяется на все случаи лишения свободы, в случаях уголовных дел или в других случаях, таких, например, как психическое заболевание».¹

Согласно законодательству Таджикистана, помещение лица в психиатрический стационар осуществляется добровольно. Обязательным условием при этом является согласие больного на госпитализацию.²

Согласно Закону РТ «О психиатрической помощи» лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В качестве законных представителей закон³ перечисляет родителей, детей, усыновителей, опекунов или попечителей. Данный список является исчерпывающим и не подлежит расширительному толкованию. Иными словами, другие родственники лица, подлежащего помещению в психиатрический стационар, кроме вышеперечисленных лиц, не вправе просить или давать согласие на помещение лица в психиатрический стационар.

Кроме того, Закон предусматривает в качестве основания помещения лица в психиатрический стационар без его согласия установленную судом недееспособность такого лица (кроме случаев,

1 «Результаты усилий по обеспечению полного признания и осуществления прав человека инвалидов», доклад Генерального секретаря ООН, 58-ая сессия, 24 июля 2003 г., стр. 10

2 Статья 27 Закона РТ «О психиатрической помощи», пункт 27 Положения о психиатрической больнице (приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)

3 Статья 2 Закона РТ «О психиатрической помощи»

когда лицо имеет выраженное психическое расстройство, лишаящее его способности к принятию осознанных решений и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя и окружающих). В то же время, Положение о психиатрической больнице регулирует вопрос помещения лица в психиатрический стационар иным способом:

«Помещение в психиатрическую больницу производится только врачом-психиатром. Если лицу, подлежащему госпитализации, не исполнилось 16 лет, или он по своему психическому состоянию не способен к свободному волеизъявлению, согласие на его госпитализацию должно быть получено от его родственников или законных представителей, а при их отсутствии – от главного психиатра территориального органа здравоохранения».¹ То есть, в Положении отсутствует обязательное требование о недееспособности лица, помещаемого в психиатрический стационар без его согласия. Кроме того, согласно данному Положению, согласие может быть получено не только от законных представителей, но и от других «родственников» лица, перечень которых не приводится.

Согласно Закону РТ «О психиатрической помощи» принудительное помещение лица в психиатрический стационар осуществляется в случаях, когда лицо имеет выраженное психическое расстройство, лишаящее его способности к принятию осознанных решений и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для себя и для окружающих.

Также может быть помещено в стационар лицо, не охваченное лечением и психиатрической помощью, что влечет за собой опасность для его здоровья и нанесение серьезного морального и материального ущерба окружающим. В этих случаях лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без согласия больного и его законного представителя.²

В то же время, незаконное помещение в психиатрическую больницу лица, не нуждающегося в лечении в больнице или незаконное удержание в ней, влечет уголовную ответственность в виде

1 Пункт 27 Положения о психиатрической больнице (приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)

2 Статья 28 Закона РТ «О психиатрической помощи»

лишения свободы на срок от одного года до пяти лет. Если человека поместили в психиатрическую больницу из корыстных побуждений, либо с использованием своего служебного положения, либо это повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, тогда срок лишения свободы составляет от пяти до восьми лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью сроком до трех лет.¹

Согласно Закону РТ «О психиатрической помощи» лица, принудительно помещенные в стационар, подлежат обязательному освидетельствованию в течение 72 часов комиссией врачей-психиатров. Комиссия должна принять решение об обоснованности госпитализации, либо об отсутствии для этого достаточных оснований. Если госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица.² То есть, исходя из положений закона «О психиатрической помощи», лицо может содержаться в психиатрическом учреждении до направления заявления в суд о его принудительной госпитализации в течение 4-х суток. В то же время, в соответствии с Гражданским процессуальным кодексом РТ заявление о принудительной госпитализации гражданина подается в суд в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в психиатрический стационар.³ То есть, наблюдается явное противоречие между законом и кодексом, которое составляет 2-е суток, что является существенным для лица, принудительно помещенного в психиатрический стационар. Так как персонал психиатрического учреждения, скорее, в своей работе будет руководствоваться положениями Закона «О психиатрической помощи», нежели Гражданского процессуальным кодексом, лицо незаконно, сверх указанного ГПК срока, может содержаться в психиатрическом учреждении до решения вопроса судом о его принудительной госпитализации.

1 Статья 133 Уголовного Кодекса РТ

2 Статьи 30, 31 Закона РТ «О психиатрической помощи»

3 Статья 308 ГПК РТ

Еще большее расхождение с законодательством имеет Инструкция о порядке госпитализации психически больных без их согласия и согласия родственников (Приложение № 7 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.), согласно которой лица, помещенные в психиатрический стационар в принудительном порядке, должны быть освидетельствованы в обязательном порядке в течение 48-ми часов, исключая общевыходные и праздничные дни. Копия решения комиссии врачей-психиатров направляется в течение 24 часов в орган здравоохранения по подчиненности для контроля. Таким образом, что касается сроков освидетельствования, если лицо помещено в психиатрический стационар накануне выходных, за которыми следуют праздники, его освидетельствование может затянуться на срок до недели и более. Что касается требования об обращении в суд, в компетенцию которого входит окончательное решение о принудительной госпитализации лица, то Инструкция вообще не содержит такого требования. И лишь по истечении 6-ти месяцев, в соответствии с данной Инструкцией, заключение о необходимости дальнейшего лечения в психиатрическом стационаре направляется в суд, который решает вопрос о дальнейшем пребывании лица в стационаре.

В Инструкции содержится пункт, согласно которому принудительно госпитализированное лицо может быть признано добровольно госпитализированным, если в процессе лечения выражает осознанное письменное согласие на дальнейшее пребывания в стационаре. Данный пункт предоставляет должностным лицам психиатрического учреждения широкие возможности для злоупотреблений в целях искажения статистики в сторону уменьшения случаев принудительной госпитализации.

Таким образом, данная Инструкция полностью не соответствует вновь принятому законодательству в области принудительной госпитализации психически больных лиц. Во избежание массового нарушения прав психически больных лиц необходимо принятие новой Инструкцией, соответствующей законодательству.

Кроме того, согласно Закону РТ «О психиатрической помощи» суд должен в течение 3 дней принять решение о дальнейшем пре-

бывании или выписке лица из психиатрического стационара. Опять же, сроки, указанные в ГПК РТ, отличаются от этого срока. Так, в соответствии с ГПК, заявление о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар или о продлении срока принудительной госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, судья рассматривает в течение пяти дней со дня возбуждения дела.¹

В случае невозможности участия лица, в связи с психическим состоянием, при рассмотрении заявления, участие прокурора, представителя психиатрического учреждения и законного представителя лица, в отношении которого решается вопрос, является обязательным. В то же время, в законодательстве не содержится требования об обязательном участии адвоката / представителя такого лица при рассмотрении заявления.

Вопрос обжалования решения суда также имеет значительные расхождения в Законе «О психиатрической помощи» и ГПК. Так, согласно Закону, решение суда может быть обжаловано в десятидневный срок со дня его вынесения лицом, помещенным в психиатрический стационар, его законным представителем, руководителем психиатрического учреждения или прокурором в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом Республики Таджикистан.²

Согласно ГПК, кассационная жалоба и протест могут быть поданы в течение одного месяца со дня вручения сторонам решения.³

Поскольку наблюдается противоречие между двумя нормативными правовыми актами – Законом и Кодексом, то следует отметить, что ранее принятый нормативный правовой акт подлежит изменению и дополнению в связи с принятием нового нормативного правового акта, если он частично противоречит включенным в новый нормативный правовой акт нормам. Текст таких изменений и дополнений излагается в виде новой редакции соответствующих статей (частей, пунктов) и их структурных элементов, а также вне-

1 Ч. 1 статьи 309 ГПК РТ

2 Статья 31 Закона РТ «О психиатрической помощи»

3 Статья 327 ГПК РТ

сением изменений и дополнений в эти статьи (части, пункты) и их структурные элементы.¹

Что касается национального законодательства РТ в области психиатрической помощи, Гражданский процессуальный кодекс РТ был введен в действие с 1 апреля 2008 года, а Закон РТ «О психиатрической помощи» был принят значительно раньше – в июне 2002 года. Но после принятия ГПК РТ в Закон РТ «О психиатрической помощи» не были своевременно внесены изменения, в связи с чем, на практике могут происходить массовые нарушения прав лиц, принудительно помещаемых в психиатрический стационар, со стороны руководства психиатрических учреждений. Таким образом, в Закон «О психиатрической помощи» необходимо внести изменения и дополнения в целях его приведения в соответствие с Гражданским процессуальным кодексом РТ.

В дальнейшем, комиссионные освидетельствования проводятся ежемесячно в течение полугода с целью определения необходимости лечения в стационаре.

По истечении 6-ти месяцев с момента помещения в стационар, заключение комиссии о необходимости дальнейшего лечения лица в стационаре без его согласия направляется руководителем больницы в суд, который своим определением может продлить стационарное лечение. В дальнейшем продление стационарного лечения каждые 6 месяцев производится судом. Данный порядок распространяется и на лиц, находящихся по определению суда на принудительном лечении.²

Принудительное освидетельствование

В соответствии с Законом «О психиатрической помощи» первичным психиатрическим освидетельствованием считается обследование врачом-психиатром лица, которое ранее не получало психиатрической помощи либо было снято с диспансерного наблюдения. Первичное психиатрическое освидетельствование проводится для

¹ Ч. 2 статьи 51 Закона РТ «О нормативных правовых актах»

² Статьи 30, 31 Закона РТ «О психиатрической помощи»

определения наличия психического расстройства и необходимости оказания психиатрической помощи.¹

Согласно ГПК РТ, для принудительного психиатрического освидетельствования лица необходимо обращение в суд. Врач-психиатр подает заявление о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина в суд по месту жительства гражданина. К заявлению прилагаются мотивированное заключение врача-психиатра о необходимости такого освидетельствования и другие имеющиеся материалы. В течение трех дней со дня подачи заявления судья рассматривает заявление о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина и принимает решение о принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина или об отказе в принудительном психиатрическом освидетельствовании гражданина.²

В соответствии с Законом «О психиатрической помощи» В таких случаях решение о психиатрическом освидетельствовании лица применяется комиссией врачей-психиатров или по определению суда.

Согласно Инструкции о порядке первичного психиатрического освидетельствования граждан такое освидетельствование проводится по просьбе или с согласия лица, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15-ти лет – по просьбе или с согласия законного представителя. (пункт 4). В пункте 12 Инструкции указан возраст несовершеннолетнего ребенка – до 16-ти лет. То есть, 2 пункта Инструкции содержат противоречивую информацию по поводу возраста освидетельствуемого ребенка.

Первичное психиатрическое освидетельствование может быть произведено без согласия гражданина или его законного представителя только в случаях, когда имеются основания предполагать наличие у него выраженного психического расстройства, обуславливающего его опасность для себя и окружающих, а также которое может повлечь нанесение существенного вреда его здоровью или может причинить ему серьезный материальный и моральный ущерб, если лицо будет оставлено без лечения и психической помощи. (п. 13).

1 Статья 22 Закона «О психиатрической помощи»

2 Статья 311 ГПК РТ

Решение о принудительном первичном освидетельствовании лица принимает врач-психиатр лечебно-профилактического учреждения (отделения, кабинета), оказывающего психиатрическую помощь. (п. 14)

В пункте 16 данной Инструкции говорится, что решение о принудительном первичном освидетельствовании лица принимается комиссией врачей-психиатров по письменному заявлению родственников, соседей, врача общемедицинской сети, иных граждан и должностных лиц. В экстренных случаях заявление может быть устным.

Опять налицо противоречие 2-х пунктов Инструкции друг другу. В одном пункте указано, что решение о принудительном первичном освидетельствовании лица принимается врачом-психиатром единолично, в другом – комиссией врачей-психиатров при наличии письменного заявления. Кроме того, ни в Законе «О психиатрической помощи», ни в Инструкции не содержится требование об обращении врача-психиатра в суд в целях проведения принудительного освидетельствования лица.

Принудительное лечение

Каждый пациент имеет право на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья и защиты физической безопасности и других лиц.¹

В прошлом во многих европейских странах традиционно сильное лечение людей с психическими отклонениями было связано с лишением их свободы. Если лицо было помещено в психиатрическое учреждение, ему оказывалась медицинская помощь против его воли.²

1 Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, Принцип 9

2 Учебные материалы для юристов и общественных организаций по Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод и правам лиц, страдающих психическими расстройствами и/или расстройствами развития, Центр защиты интересов лиц, страдающих психическими расстройствами (MDAC), 2003

В исключительных случаях законодательство может допускать проведение лечения без информированного согласия. В частности, такая ситуация может иметь место при серьезном психическом расстройстве у человека, признанного в соответствии с законом недееспособным, причем предлагаемое лечение, возможно, позволит уменьшить степень выраженности такого расстройства.

Комитет по предупреждению пыток и бесчеловечного обращения (ЕКПП) принял следующую позицию: Принципиально важно, чтобы пациенты имели право на выражение свободного и информированного согласия в отношении назначаемого им лечения. Принудительное помещение лица в психиатрическое учреждение не должно истолковываться как разрешение на проведение лечения без его согласия. Из этого следует, что любому компетентному пациенту, добровольному или недобровольному, должна быть предоставлена возможность отказаться от лечения или какого-либо другого медицинского вмешательства. Любое отступление от этого фундаментального принципа должно иметь законные основания и применяться только в ясно и четко определенных обстоятельствах. [Стандарты ЕКПП, 2002, СРТ/inf/E (2002) 1, пар 41]¹

Законодательство должно запрещать участие в клинических или экспериментальных научных исследованиях без информированного согласия, которое должно быть получено от всех пациентов независимо от того, поступили ли они в стационар добровольно или принудительно.

Центр защиты интересов лиц, страдающих психическими расстройствами (Mental Disability Advocacy Center (MDAC))² выступает в защиту того, что право принимать решения относительно лечения зависит от дееспособности человека, нежели от диагноза или госпитализации.

«Например, после посещения мест, где люди, страдающие

1 Учебные материалы для юристов и общественных организаций по Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод и правам лиц, страдающих психическими расстройствами и/или расстройствами развития, Центр защиты интересов лиц, страдающих психическими расстройствами (MDAC), 2003, стр. 14, 15

2 Общественная организация, которая действует преимущественно в центральной и восточной Европе, Центральной Азии, России и Монголии содействует защите прав лиц, страдающих психическими расстройствами и/или расстройствами развития.

психическими нарушениями, находятся по решению властей, комитет КПП заявил: «Пациенты, в принципе, должны находиться в таких условиях, чтобы давать свободное и основанное на информации согласие на лечение. Помещение человека в психиатрическое заведение на недобровольной основе не должно рассматриваться как лечение без его согласия. Из этого следует, что каждый компетентный пациент, добровольно или недобровольно, должен получить возможность отвергнуть лечение или любое другое медицинское вмешательство. Любое отклонение от этого основополагающего принципа должно основываться на законе и относиться к ясно и четко определенным исключительным ситуациям». ¹

«Одна из проблем, когда пациентов, не способных дать согласие, «добровольно» госпитализируют в психиатрическое учреждение, возникает из-за того, что они не протестуют против такой госпитализации. Таким примером может являться пациент, которого госпитализировали «добровольно», но у которого отсутствует всякое понимание относительно самого факта и цели госпитализации. К другой группе пациентов, которая может подвергнуться риску так называемой «добровольной» госпитализации, относятся лица с умственной отсталостью. Остальные категории пациентов могут «соглашаться» на лечение или принудительную госпитализацию, не выказывая при этом никакого протеста просто потому, что их запугали, или потому, что они не знают о своем праве на отказ от госпитализации. В подобных случаях отсутствие протеста с их стороны не должно истолковываться как согласие, так как согласие должно быть добровольным и информированным». ²

В соответствии с национальным законодательством РТ, лечение лиц, страдающих психическими расстройствами, проводится

1 Доступ инвалидов к социальным правам в Европе, автор Марк Модине, принято на 26-й сессии

Комитета по реабилитации и интеграции инвалидов (CD-P-RR) (Страсбург, 7-10 октября 2003 года)

2 Справочник базовой информации по психическому здоровью, правам человека и законодательству «Откажитесь от изоляции - окажите помощь», Всемирная организация здравоохранения, 2005 год.

после получения письменного согласия больного или его законного представителя, которое хранится в медицинской документации.¹

Врач обязан информировать больного, страдающего психическими расстройствами, или его законного представителя о характере его психического заболевания, целях и методах лечения, альтернативности и продолжительности рекомендуемого лечения, о возможном риске, побочных явлениях и ожидаемых результатах лечения.

Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическими расстройствами или его законного представителя, только при применении принудительных мер медицинского характера по решению суда, а также в случаях наличия у лица выраженного психического расстройства, лишаящего его способности к принятию осознанных решений и представляющее по своему психическому состоянию непосредственную опасность для него самого и для окружающих людей.

Лицо, страдающее психическим заболеванием, или его законный представитель имеет право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением вышеуказанных случаев.

Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю, должны быть разъяснены возможные последствия отказа или прекращения лечения. Отказ от лечения может стать основанием для выписки из стационара.

Отказ от лечения оформляется в письменной форме за подписью лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, врача-психиатра с указанием кратких сведений о возможных последствиях отказа от лечения.²

В то же время, Закон «Об охране здоровья населения» разрешает производить психически больным лицам хирургические операции, переливание крови и его компонентов, сложные методы диагностики с согласия их родителей, опекунов или попечителей, близких родственников.³ Таким образом, данное положение Закона «Об охране здоровья населения» устарело и не соответствует Закону «О психиатрической помощи».

1 Статья 13 Закона РТ «О психиатрической помощи»

2 Статья 14 Закона РТ «О психиатрической помощи»

3 Статья 54 Закона «Об охране здоровья населения»

Принудительное лечение психически больных лиц, совершивших общественно опасное деяние, осуществляется по решению суда.

Свобода от пыток и жестокого обращения

Международные стандарты:

Статья 7 МПГПП гарантирует защиту от пыток, жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения; она применима к медицинским учреждениям и, особенно, к психиатрическим клиникам. Замечание общего порядка к Статье 7 требует от государств-участников «предоставлять информацию о принудительном содержании в психиатрических больницах, мерах по предотвращению издевательств, процедурах подачи апелляции лицами, поступившими в стационарные психиатрические учреждения и жалобах, зарегистрированных в период подготовки отчета».

Еще одним крайне важным международным документом в области свободы от пыток является Конвенция ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1984 г.), которая в равной степени применима к лицам, страдающим психическими расстройствами.

Конвенция о правах инвалидов, статья 15

Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания

1. Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению или наказанию. В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам.
2. Государства-участники принимают все эффективные законодательные, административные, судебные или иные меры к тому, чтобы инвалиды наравне с другими не подвергались пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания.

Поскольку и Конвенция против пыток и Международный Пакт о гражданских и политических правах, в отличие от Конвенции о правах инвалидов, ратифицированы Таджикистаном, их положения являются обязательными для исполнения на территории РТ.

Подобные положения содержатся и в Принципах ООН Защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи: «Ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности. Все лица, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, имеют право на защиту от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации, злоупотреблений физического или иного характера и обращения, унижающего человеческое достоинство.

Умственно отсталое лицо имеет право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унижительного обращения.¹

Доступ в психиатрическое учреждение должен регулироваться таким же образом, как и доступ в любое другое лечебное учреждение при любом другом заболевании.²

Национальное законодательство РТ:

В статье 18 Конституции Республики Таджикистан содержится запрет пыток и жестокого обращения:

Неприкосновенность личности гарантируется государством. Никто не может быть подвергнут пыткам, жестокости и бесчеловечному обращению. Принудительные медицинские и научные эксперименты над человеком запрещаются.

Законодательство РТ в области психиатрической помощи гарантирует уважительное и гуманное отношение к психически больным лицам, исключаящее унижение человеческого достоинства. В то же время, Закон РТ «О психиатрической помощи» не содержит гарантий для психически больных лиц свободы от пыток и жестокого обращения. Запрет применения пыток и жестокого, бесчеловечного

1 Декларация о правах умственно отсталых лиц, принята резолюцией 2856 (XXVI) Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1971 года, пункт 6

2 Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, Принцип 15 п. 2

обращения на законодательном уровне отсутствует и в обязанностях персонала психиатрических учреждений. Также данное право не закреплено и в правах психически больных лиц.

В марте 2012 года в Уголовный Кодекс РТ была внесена статья «Пытки». Несмотря на такой позитивный шаг, направленный на приведение национального законодательства в области пыток в соответствие с международными стандартами, в частности, Конвенцией против пыток, правозащитники считают, что статья не в полной мере соответствует Конвенции, так как первая часть статьи предусматривает наказание в виде штрафа, альтернативное лишению свободы, или лишение свободы от 2 до 5 лет, однако статья 4 Конвенции против пыток говорит о том, что наказание за пытки должно быть предусмотрено, как тяжкое, а за тяжкое преступление наказание должно быть сроком лишения свободы от 5 лет и выше.

Данная статья не оговаривает применение пыток в психиатрических учреждениях в отношении психически больных лиц, но по содержанию также распространяется и на администрацию данных учреждений в случае применения пыток или жестокого обращения с психически больными лицами.

Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Таджикистан. Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.¹

Не допускается применение лечения психических расстройств хирургическими и другими методами, вызывающими необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов.²

При проведении принудительного лечения могут применяться только методы диагностики, лечения и реабилитации,

1 Статья 9 Закона РТ «О психиатрической помощи»

2 Статья 13 Закона РТ «О психиатрической помощи»

разрешенные Министерством здравоохранения РТ.¹

Меры физического удержания при осуществлении недобровольной госпитализации и пребывания в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях и на то время, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить причинение непосредственного и неминуемого ущерба больному и другим лицам. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.²

В то же время, ни в Законе РТ «О психиатрической помощи», ни в действующих Инструкциях и Положениях не приведен перечень и порядок применения мер физического удержания в психиатрических учреждениях.

Таким образом, запрет применения пыток и жестокого обращения в отношении психически больных лиц со стороны персонала психиатрических учреждений не содержится ни в Законе «О психиатрической помощи», ни в Инструкциях, регулирующих содержание и лечение больных в психиатрических учреждениях.

Лица с психическими расстройствами в системе административного и уголовного правосудия

Административная ответственность лиц с психическими расстройствами.

Физическое лицо, которое во время совершения административного правонарушения находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и противоправность своего деяния (действия или бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики, не подлежит административной ответственности.³

1 Пункт 19 Инструкция о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно опасные деяния (Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения РТ № 54 от 9.02.2001 г.)

2 Статья 29 Закона РТ «О психиатрической помощи»

3 Статья 26 Кодекса РТ об административных правонарушениях

Уголовная ответственность лиц с психическими расстройствами.

Согласно международным стандартам, лица, которые отбывают срок тюремного заключения за совершение уголовных преступлений, или лица, которые иным образом подвергаются задержанию в ходе судебного разбирательства или расследования, возбужденного против них по обвинению в совершении уголовного преступления, и которые, как установлено, страдают психическим заболеванием или, как предполагается, могут страдать таким заболеванием, должны получать наилучшую психиатрическую помощь. Положения внутригосударственного законодательства могут уполномочивать суд или другой компетентный орган на основе компетентного и независимого медицинского заключения выносить решения о помещении таких лиц в психиатрическое учреждение. Но при этом, Принципы ООН Защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи должны применяться к ним в возможно более полном объеме, только с таким ограниченным числом изменений и исключений, которые необходимы в данных обстоятельствах. Ни одно из таких изменений или исключений не должно наносить ущерб правам этих лиц.¹

В случае, если подозреваемый, обвиняемый или подсудимый в силу физических или психических недостатков не могут самостоятельно осуществлять свое право на защиту, то участие защитника в уголовном деле является обязательным.² Согласно Уголовному Кодексу РТ не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своего действия или бездействия либо руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики. Лицу, совершившему преступление в состоянии невменяемости, могут быть назначены при-

1 Пункты 1, 2, 3 Принципа 20 Принципов ООН Защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи

2 Статья 51 Уголовно-процессуального кодекса РТ

нудительные меры медицинского характера, предусмотренные Уголовным Кодексом. Если лицо совершило преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболело психической болезнью, лишаящей его возможности осознавать опасность своего деяния либо руководить им, оно также не подлежит наказанию, и к такому лицу судом могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию если не истекли сроки давности.¹

Лицо, заболевшее после вынесения приговора психическим расстройством, лишаящим его возможности осознавать фактический характер и значение своих действий или руководить ими, освобождается судом от наказания или дальнейшего его отбывания. Такому лицу суд может назначить принудительную меру медицинского характера.²

Время, в течение которого к лицу, заболевшему после совершения преступления психической болезнью, применялись принудительные меры медицинского характера, засчитывается в срок наказания.³

В то же время, в УК РТ существует такое понятие, как **ограниченная вменяемость**. Такое состояние означает, что лицо, хоть и было во время совершения преступления вменяемым, но в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Несмотря на это, такое лицо подлежит уголовной ответственности. Но состояние ограниченной вменяемости все же учитывается при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.⁴

Существуют следующие виды принудительных мер медицинского характера, которые может назначить суд⁵:

1 Статья 24 Уголовного Кодекса РТ

2 Ч. 1 статьи 79 УК РТ

3 ч. 6 статьи 70 УК РТ

4 Статья 25 УК РТ

5 Статья 98 УК РТ

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Лицам, осужденным за деяния, предусмотренные Уголовным Кодексом РТ, и совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от болезненных психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено, если характер и тяжесть психического расстройства лица требуют таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в больничных условиях.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в помещении в больницу, но не требует интенсивного наблюдения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует по-

стоянного и интенсивного наблюдения.¹

Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляется судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Если психически больной не нуждается в применении принудительных мер медицинского характера, а также при их отмене суд может передать такое лицо органам здравоохранения для решения вопроса о лечении на общих основаниях или направлении в учреждение социального обеспечения либо передать его на попечение родственникам или опекунам при обязательном врачебном наблюдении.²

В отношении ограниченно вменяемого лица принудительные меры медицинского характера исполняются по месту отбывания наказания в виде лишения свободы, а в отношении осужденных к иным видам наказания - в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь. На основании заключения комиссии врачей-психиатров суд может направить такое лицо в психиатрический стационар либо иное лечебное учреждение, если это обосновано психическим состоянием осужденного в интересах лечения. Время пребывания в названных учреждениях засчитывается в срок отбывания наказания. При отпадении необходимости дальнейшего лечения осужденного в названных учреждениях он по решению суда в порядке, предусмотренном частью четвертой настоящей статьи, направляется для дальнейшего отбывания наказания. Прекращение применения принудительной меры медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, производится судом по представлению органов, исполняющих наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.³

1 Статья 99 УК РТ

2 Статья 100 УК РТ

3 Статья 103 УК РТ

V. АНАЛИЗ ДОСТУПНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Таблица Психиатрических учреждений в РТ

Душанбе			
№	Название	Район	Количество коек
1.	Республиканский клинический центр психических болезней с отделениями диспансерного и стационарного наблюдения	Душанбе	30
2.	Республиканский центр психического здоровья детей и подростков	Душанбе	60
Районы республиканского подчинения			
1.	Республиканская психиатрическая больница	Рудаки	640
2.	Отделение психических болезней Центральной больницы	Гиссар	10
3.	Республиканский межрайонный психоневрологический центр	Турсунзаде	50
4.	Межрайонный центр психических болезней района	Рашт	60
Согдийская область			
1.	Областная клиническая психиатрическая больница	Лаккон, Исфара	180
2.	Областной центр психических болезней	Худжанд	70
3.	Городской центр психических болезней	Канибадам	60
4.	Городской центр психических болезней	Пенджикент	40
5.	Городской центр психических болезней	Истаравшан	40
6.	Районный центр психических болезней	Зафарабад	10
7.	Центр психических болезней района	Гафуров	15

Хатлонская область					
1.	Областной центр психических болезней № 1			Кургантиюбе	70
2.	Областной центр психических болезней № 2			Куляб	50
3.	Отделение психических болезней Центральной больницы			Нурек	35
Горно-Бадахшанская Автономная Область					
1.	Областной центр психических болезней			Рошткала	60

Таблица по количеству мест и пациентов в ПУ, в которых проводился мониторинг

Регион	Количество мест (коек)	Общее количество пациентов³	Количество добровольно госпитализированных	Количество недобровольно госпитализированных
Рудаки (Республиканская клиническая психиатрическая больница)	640	690	645	45
Душанбе (Республиканский центр психического здоровья детей и подростков)	60	25	25	0
Худжанд	Стат. данные отсутствуют, т.к. здание ПУ было снесено			
Гафуров	15	13	13	0

Канибадам	60	74	74	0
Исфара	180	180	180	0
Нурек	35	27	27	0

По данным Агентства по статистике при Президенте РТ, в 2011 году судами Республики Таджикистан было рассмотрено 5 дел о принудительном помещении лица в психиатрическое учреждение. Данных по 2010 год не имеется.¹

Согдийская область

Худжанд:

Руководитель данного учреждения имеет стаж работы в качестве врача-психиатра – 30 лет. В течение 12-ти лет он является руководителем учреждения.

В Центре Психиатрии Согдийской области г. Худжанд работает 43 единицы персонала:

1. Врачей – 6; средняя месячная з/п – 394 сомони (около 81 доллара США)
2. Медбратьев / медсестер – 8; средняя з/п – 250 сомони (около 52 долларов)
3. Санитаров / санитарок – 12; средняя з/п – 145 сомони (около 30 долларов)
4. Уборщиц / уборщиков – 17; средняя з/п – 145 сомони (около 30 долларов)

В ответе на запрос указано, что в ПУ имеется нехватка кадров – врачей и младшего персонала, так как зарплата маленькая.

Поскольку количество пациентов учреждения в ответе на запрос не указано, подсчитать, сколько пациентов приходится на

¹ Ответ Агентства по статистике при Президенте РТ № 8/2 -10 от 28.06.2012 г. на запрос «Бюро по правам человека и соблюдению законности»

единицу персонала и достаточно ли в учреждении персонала, не представилось возможным.

На вопросы о количестве мест, пациентов, количество добровольно и недобровольно госпитализированных лиц ответы не предоставлены, так как в настоящее время здание ПУ снесено.

Вопрос о статистике по смертности в данном учреждении также остался без ответа.

На вопрос, были ли случаи смертей персонала от пациентов, руководитель ПУ ответил отрицательно.

Гафуров:

Руководитель данного учреждения имеет стаж работы в качестве врача-психиатра – 21 год. В течение 1,5 лет он является руководителем учреждения.

Общее количество мест (коек) в ПУ – 15.

Количество пациентов – 13.

Количество добровольно госпитализированных – 13.

В данном ПУ работает 10 единиц персонала:

1. Врачей – 1; средняя месячная з/п – 394 сомони (около 81 доллара США)
2. Медбратьев / медсестер – 3; средняя з/п – 250 сомони (около 52 долларов)
3. Санитаров / санитарок – 2; средняя з/п – 145 сомони (около 30 долларов)
4. Уборщиц / уборщиков – 4; средняя з/п – 145 сомони (около 30 долларов)

В ответе на запрос указано, что в ПУ имеется нехватка кадров – врачей и младшего персонала, так как зарплата маленькая.

Вопрос о статистике по смертности в данном учреждении остался без ответа.

На вопрос, были ли случаи смертей персонала от пациентов, руководитель ПУ ответил отрицательно.

Исфара:

Руководитель данного учреждения имеет стаж работы в качестве врача-психиатра – 26 лет. В течение года он является руководителем учреждения.

Общее количество мест (коек) в ПУ – 180.

Количество пациентов – 180.

Количество добровольно госпитализированных – 180

В областной психиатрической больнице работает 32 единицы персонала:

5. Врачей – 4; средняя месячная з/п – 436 сомони (около 90 долларов США)
6. Медбратьев / медсестер – 12; средняя з/п – 430-450 сомони (около 90-93 долларов)
7. Санитаров / санитарок – 16; средняя з/п – 286 сомони (около 60 долларов)
8. Уборщиц / уборщиков – 0.

Таким образом, на каждого врача приходится 45 пациентов.

На каждого медбрата / медсестру – по 15 пациентов.

На каждого санитаря / санитарку – по 11-12 пациентов.

Уборщиц в данном ПУ не имеется, по-видимому, обязанности уборщиц возложены на санитаров /санитарок.

В ПУ имеется нехватка кадров – врачей-психиатров по причине маленькой зарплаты.

На вопрос о смертности в данном ПУ, согласно представленному ответу, за 2011 г. в данном ПУ умерло 7 пациентов, все 7 – от заболеваний.

На вопрос, были ли случаи смертей персонала от пациентов, руководитель ПУ ответил отрицательно.

Канибадам:

Руководитель Центра психиатрии г. Канибадам имеет стаж работы в качестве врача-психиатра – 36 лет. В течение 28-ми лет он является руководителем учреждения.

Общее количество мест (коек) в ПУ – 60.

Количество пациентов – 74.

Количество добровольно госпитализированных – 74.

То есть, количество пациентов превышает количество мест в ПУ

Согласно ответу на запрос, все пациенты госпитализированы добровольно.

В ПУ г. Канибадам работает 19 единиц персонала:

1. Врачей – 5; средняя месячная з/п – 394 сомони (около 81 доллара США)
2. Медбратьев / медсестер – 4; средняя з/п – 250 сомони (около 52 долларов)
3. Санитаров / санитарок – 10; средняя з/п – 145 сомони (около 30 долларов)

Таким образом, на каждого врача приходится по 15 пациентов.

На каждого медбрата / медсестру – по 18 пациентов.

На каждую санитарку – по 7-8 пациентов.

В ответе указано, что в ПУ наблюдается нехватка кадров (медсестер и санитарок) из-за тяжелых условий труда.

Вопрос о статистике по смертности в данном учреждении остался без ответа.

На вопрос, были ли случаи смертей персонала от пациентов, руководитель ПУ ответил отрицательно.

РРП

Республиканская Клиническая Психиатрическая больница (район Рудаки)

Общее количество мест (коек) в ПУ – 640.

Количество пациентов – 690.

Количество добровольно госпитализированных – 645

Количество недобровольно госпитализированных – 45

Исходя из количества пациентов, ПУ переполнено и количество пациентов превышает количество мест.

Согласно ответу на запрос, большинство пациентов (93 %) госпитализированы добровольно.

В данном ПУ работает 238 единиц персонала:

1. Врачей – 29; средняя месячная з/п – (от 800 до 1300 сомони в зависимости от стажа работы (от 165 до 268 долларов США). Если стаж работы свыше 10-ти лет з/п – 1300, если ниже – 800 сомони.
2. Медбратьев / медсестер – 62; средняя з/п – 600 сомони (около 124 долларов)
3. Санитаров / санитарок – 145; средняя з/п колеблется от 200 до 600 сомони в зависимости от времени работы.
4. Уборщиков /уборщиц – 2; средняя з/п – 300 сомони (около 62 долларов)

В настоящее время, учитывая большое количество пациентов в ПУ, на каждого врача приходится по 23-24 пациентов.

На каждого медбрата /медсестру – 11-12 пациентов
На каждую санитарку /санитара – 4-5 пациентов
На каждую уборщицу /уборщика – 345 пациентов

В ответе на запрос указано, что в данном ПУ имеется нехватка кадров, что очевидно из представленных цифр. Нехватка кадров связана с нежеланием специалистов идти на такую трудную работу. К примеру, каждому врачу приходится заниматься 23-24 пациентами, что, конечно, приводит к нехватке времени, невозможности уделить достаточное внимание каждому пациенту и индивидуальному подходу, а также может отражаться на качестве лечения.

Кроме того, в данном ПУ всего 2 уборщиц на 690 пациентов. Очевидно, что всего 2-х единиц персонала, занимающегося уборкой помещений, явно недостаточно, ввиду чего они, скорее всего, не справляются с объемом работы в ПУ.

Удовлетворительное положение в данном ПУ только с санитарями, на каждую единицу которых приходится по 4-5 пациентов.

Что касается смертности в данном ПУ, согласно представленному ответу, за 2010-2011 гг. в данном ПУ умерло 29 пациентов, из них 27 – от заболеваний, 2 пациента покончили жизнь самоубийством.

Случаев смертей персонала от пациентов в данном ПУ зафиксировано не было.

г. Душанбе

Руководитель Республиканского центра психического здоровья детей и подростков г. Душанбе имеет стаж работы в качестве врача-психиатра – 12 лет. В течение 4-х лет он является руководителем данного учреждения.

Общее количество мест (коек) в ПУ – 60.

Количество пациентов – 25.

Количество добровольно госпитализированных - 25

То есть, исходя из количества пациентов, в ПУ остается много свободных мест

Согласно ответу на запрос, все пациенты госпитализированы добровольно.

В данном ПУ работает 23 единицы персонала:

5. Врачей – 4; средняя месячная з/п – 280 сомони (около 58 долларов США)
6. Медбратьев / медсестер – 8; средняя з/п – 240 сомони (около 50 долларов)
7. Санитаров / санитарок – 8; средняя з/п – 240 - 320 сомони (около 50-66 долларов)
8. Уборщиков /уборщиц – 3; средняя з/п – 240 сомони (около 50 долларов)

Следует отметить крайне низкие заработные платы персонала данного ПУ. При этом, зарплаты врачей и младшего персонала практически не отличаются, а зарплаты санитарок в некоторых случаях превышают зарплаты врачей.

Что касается сопоставления количество персонала с количеством пациентов, то, когда в ПУ заняты все места, на каждого врача приходится по 15 пациентов. В настоящее время на каждого врача приходится по 6-7 пациентов.

Когда в ПУ заняты все места на каждого медбрата / медсестру приходится по 7-8 пациентов. В настоящее время при неполной занятости учреждения – по 3 пациента.

Когда в ПУ заняты все места, на каждую санитарку также приходится по 7-8 пациентов. В настоящее время – по 3 пациента.

На каждую уборщицу приходится по 20 пациентов, в настоящее время – по 8 человек.

В ответе указано, что в ПУ не имеется нехватки кадров.

Вопрос о статистике по смертности в данном учреждении остался без ответа.

На вопрос, были ли случаи смертей персонала от пациентов, руководитель ПУ ответил отрицательно.

Хатлонская область

Психо-наркологическое отделение Центральной районной больницы г. Нурек

Руководитель данного ПУ имеет стаж работы в качестве врача-психиатра – 22 года. В течение 11-ти лет он является руководителем учреждения.

Общее количество мест (коек) в ПУ – 35.

Количество пациентов – 27.

Количество добровольно госпитализированных – 27.

То есть, количество пациентов меньше количество мест в ПУ. Согласно ответу на запрос, все пациенты госпитализированы добровольно.

В ПУ работает 24 единицы персонала:

1. Врачей – 2; средняя месячная з/п – 350-360 сомони (около 73 долларов США)
2. Медбратьев / медсестер – 14; средняя з/п – 250 сомони (около 52 долларов)
3. Санитаров / санитарок – 8; средняя з/п – 220 сомони (около 46 долларов)

Как видно из ответа, з/п всех категорий персонала в данном ПУ также низкие и не отвечают объему и тяжести выполняемой работы.

Таким образом, на каждого врача приходится по 17-18 пациентов при полной заполненности ПУ и по 13-14 – при неполной заполненности на момент получения ответа на запрос.

На каждого медбрата / медсестру – по 2-3 пациента, если все места в ПУ заняты, и по 2 пациента – в настоящее время.

На каждую санитарку – по 4-5 пациентов при полной заполненности ПУ, и по 3-4 – в настоящее время.

Как видно из приведенных цифр, в ПУ наблюдается явная нехватка врачей, но положение с количеством младшего персонала удовлетворительное. На каждую медсестру /медбрата и санитаров приходится такое количество пациентов, которое позволяет уделить внимание каждому пациенту без ущерба качеству обслуживания.

В ответе указано, что в ПУ наблюдается нехватка кадров (медсестер и санитарок) из-за тяжелых условий труда.

Вопрос о статистике по смертности в данном учреждении остался без ответа.

На вопрос, были ли случаи смертей персонала от пациентов, руководитель ПУ ответил отрицательно.

Обобщение

Таким образом, полученные из ПУ статистические данные показывают, что заработные платы персонала учреждений от врачей до уборщиц являются крайне низкими. К примеру, зарплаты врачей не превышают 400 сомони (менее 100 долларов США), а зарплаты медсестер /медбратьев – не выше 250-ти сомони (менее 55-ти долларов). Единственное учреждение, где размер з/п является более высоким, по сравнению с другими целевыми ПУ, (з/п врачей в зависимости от стажа работы колеблется в районе 165-268 долларов США) – это Республиканская Клиническая Психиатрическая больница г. Душанбе.

В 5-ти из 6-ти исследованных ПУ, согласно полученным на запросы ответам, имеется нехватка кадров: врачей и младшего персонала.

В 2-х из 6-ти охваченных исследованием ПУ количество пациентов превышает количество мест в ПУ.

Ни в одном из охваченных ПУ не было зафиксировано случаев смерти персонала от пациентов.

На вопрос о смертности в данных учреждениях ответ был предоставлен только Республиканской Клинической Психиатрической больницей г. Душанбе. За 2 года (2010-2011 гг.) в данном ПУ было зарегистрировано 29 случаев смертей: 27 пациентов умерли в связи с заболеваниями, причиной смерти еще 2 пациентов послужил суицид.

VI. АНАЛИЗ ЭМПИРИЧЕСКИХ (ПОЛУЧЕННЫХ ПРАКТИЧЕСКИМ ПУТЕМ) ДАННЫХ

VI.1. Опрос

1. Свобода от пыток и жестокого обращения

1.1. Результаты опроса руководителей ПУ

Нанесение телесных повреждений /сексуальное насилие в отношении пациентов

Чуть менее половины опрошенных руководителей (43 %) отметили, что в их ПУ бывали случаи плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились пациентами друг другу), остальные респонденты, а именно 57 %, отметили, что в их ПУ не было таких случаев. В основном, эти случаи заключались в том, что пациенты оскорбляли друг друга либо забирали еду.

Что касается случаев плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились со стороны персонала пациентам, то все опрошенные руководители отметили, что таких случаев не было в их ПУ.

Со слов одного из руководителей ПУ: «Они и так Богом наказанные, как мы можем еще и бить их...».

Ни один персонал ПУ из числа охваченных мониторингом, согласно ответам руководителей ПУ, не был привлечен к уголовной ответственности за плохое обращение с пациентами, поскольку не было таких случаев плохого обращения.

Право на общение пациентов с внешним миром

Все опрошенные руководители ПУ (7 человек) отметили, что родственники и другие близкие люди могут посещать пациентов.

Опрошенные руководители ПУ отметили следующие дни и часы приема, которые установлены в их учреждении:

	Душанбе	Рудаки	Нурек	Худжанд	Б.Гафуров	Исфара	Канибадам
Дни	каждый день	каждый день	без ограничений	чт.-воскр.	Без ограничений	Без ограничений	Без ограничений
Часы	с 8.00 до 12.00 с 16.00 до 18.00	с 8.00 до 18.00	Без ограничений	с 8.00 до 12.00 с 13.00 до 17.00	с 8.00 до 17.00	Без ограничений	Без ограничений

Все опрошенные руководители ПУ отметили, что пациенты могут общаться со своими посетителями наедине.

71 % опрошенных респондентов отметили, что пациенты в их ПУ могут и отправлять, и получать корреспонденцию (письма, записки и др.). Остальные 29 % ответов разделились таким образом: Руководитель ПУ района Рудаки отметил, что пациенты могут только получать письма, руководитель ПУ г. Душанбе отметил, что не может пациент отправлять и получать корреспонденцию, так как родители очень часто их навещают.

50 % респондентов (из числа тех, кто указал, что пациенты могут отправлять письма и получать их) отметили, что содержание писем пациентов не проверяется персоналом, остальные 50 % отметили, что содержание писем пациентов ради их безопасности проверяется заведующим отделением, лечащим врачом или медсестрой.

Все опрошенные респонденты указали, что пациент может отправлять жалобы и заявления в прокуратуру, суд и другие государственные органы, а также адвокату. При этом, все, за исключением руководителя ПУ г. Нурек, отметили, что содержание таких жалоб/заявлений не проверяется со стороны персонала учреждения. Руководитель ПУ г. Нурек отметил, что содержание жалоб и заявлений проверяется со стороны заведующего отделением, чтобы содержание письма не навредило никому.

Меры физического усмирения (удержания) пациентов

Все опрошенные руководители ПУ отметили, что в случае, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала, к нему применяются медикаментозные меры (уколы). Кроме того, двое из опрошенных, наряду с медикаментозными мерами, указали и применение смирительной одежды и фиксаторов.

Относительно того, имеется ли шкала мер физических усмирений и недобровольной изоляции, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала в порядке от менее тяжелых до тяжелых, практически все опрошенные отметили, что у них только медикаментозные меры предпринимаются, другой шкалы нет. Лишь те двое из опрошенных, которые, кроме медикаментозных мер, указали и смирительную одежду и фиксаторы, отметили, что сперва применяются медикаментозные меры, далее смирительная одежда и фиксаторы.

Все опрошенные респонденты сообщили, что в их учреждении нет изолированных помещений, в связи с чем, пациенты не содержатся в них.

«У нас все помещения полностью заполнены больными, поэтому у нас нет изолированных помещений и комнат для наказания», - один из опрошенных руководителей ПУ.

Абсолютно все опрошенные респонденты указали, что если пациент получит физические травмы при применении мер физического усмирения / удержания, данные факты всегда фиксируются в медицинской документации пациента.

100 % опрошенных руководителей ПУ отметили, что в их учреждении не было случаев превышения персоналом пределов необходимого физического воздействия.

Решение о применении физических ограничений или изоляции пациента принимается обычно либо лечащим врачом пациента, либо руководителем ПУ. При этом, специальной инструкции по

применению физических ограничений и недобровольной изоляции в охваченных мониторингом ПУ, как отметили руководители этих учреждений, не имеется.

71 % опрошенных отметили, что каждый случай физического ограничения или недобровольной изоляции регистрируется в документации: в основном, в истории болезни (60 %), в журнале регистрации, амбулаторной и личной карте больного (40 %). Эти документы хранятся у лечащего врача (60 %) либо у старшей медсестры (20 %) или в ординаторской (20 %). Обычно у родственников пациентов (60 %) нет доступа к этой документации, доступ к этим документам имеется у 40 %. Однако у адвоката пациента имеется доступ к этим документам (100 %). Остальные 29% опрошенных отметили, что такие случаи не регистрируются в документации. Лишь 30 % опрошенных отметили, что в эти документы вносятся причины, характер и степень ограничения или изоляции.

Остальные 29% опрошенных отметили, что такие случаи не регистрируются в документации.

1.2. Результаты опроса врачей ПУ

Нанесение телесных повреждений /сексуальное насилие в отношении пациентов

Из общего количества опрошенных врачей ПУ, 36 % отметили, что в их ПУ были случаи плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились пациентами друг другу. Остальные 64 % опрошенных отметили, что таких случаев в их ПУ не было.

В основном, случаи плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились пациентами друг другу, заключались в оскорблении (32 %) и избиении (16%), а также бывали случаи, когда пациенты отбирали у друг друга еду, посылки (8 %) или одежду (8 %), пытались совершить действия сексуального характера (4 %).

«Часто из-за состояния своего здоровья и такой болезни пациенты оскорбляют друг друга, обзываясь плохими словами».

Как отметили абсолютно все опрошенные врачи, случаев плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились со стороны персонала пациентам, не было, и никто из опрошенных врачей, в том числе, их коллег, не привлекался к уголовной ответственности за плохое обращение с пациентами. Лишь двое опрошенных врачей отметили, что они не знают, привлекались к уголовной ответственности за плохое обращение с пациентами их коллеги.

Право на общение пациентов с внешним миром

Подавляющее большинство опрошенных врачей (92 %) отметили, что родственники и другие близкие люди посещают пациента. Одни врач (это 4 %) отметил, что родственники не посещают, и еще двое врачей (8 %) отметили, что посещение зависит от места проживания родственников, около 70% родственников не посещают своих больных родных.

Опрошенные врачи ПУ привели следующие дни и часы приема, которые установлены в их учреждении:

	Душанбе	Рудаки	Нурак	Худжанд	Б.Гафуров	Исфара	Канибадам
Дни	Еже-дневно	каждый день (пн-суб)	каждый день	чт.-воскр.	Все дни недели	Еже-дневно	Еже-дневно
Часы	с 8.00 до 12.00 с 16.00 до 18.00	с 8.00 до 20.00	Без ограничений	с 8.00 до 12.00 с 13.00 до 19.00	Без ограничений	Без ограничений	Без ограничений

72 % опрошенных отметили, что пациенты общаются со своими посетителями наедине, 28 % - не общаются наедине, общение происходит в присутствии санитаря, надзирателя, охранника либо другого медицинского персонала.

По ответам большинства опрошенных (84%), пациент может как получать, так и отправлять корреспонденцию (письма, записки и др.). По одному врачу (по 4 %) указали, что пациент может либо

только получать письма, либо только отправлять. 12 % опрошенных врачей (врачи ПУ г. Душанбе и р. Рудаки) отметили, что пациент не может отправлять и получать корреспонденцию, так как на практике не было таких случаев либо нет почтовой службы и ящиков.

Из числа тех, кто указал о возможности пациентом отправки и получения писем, 57 % сообщили, что персонал (в основном, врачи и лечащие врачи, дежурные) проверяет содержание писем, в основном, в целях безопасности, чтобы в этих письмах не оказалось чего-либо опасного и угрожающего здоровью пациентов, а также, чтобы избежать отправки пациентами пустых писем. Остальные 43 % отметили, что персонал не проверяет содержание писем пациентов.

96 % опрошенных врачей указали, что пациент может отправлять жалобы и заявления в суд, прокуратуру и адвокату. Лишь 4 % опрошенных отметили (врач из ПУ р. Рудаки), что пациент не может отправлять жалобы и заявления в суд, прокуратуру и адвокату, так как при его нахождении на стационарном лечении стоит сомнение о вменяемости пациента.

Большая часть опрошенных заявила, что персонал не проверяет содержание жалоб/заявлений (65 %). Лишь 35 % опрошенных отметили, что персонал (в основном, это дежурные медсестры и лечащие врачи, главный врач, заведующим отделением и дальше по цепочке) проверяет содержание жалоб/заявлений в целях безопасности, чтобы в них не было нецензурных слов, с целью проверки их достоверности.

Меры физического усмирения (удержания) пациентов

Как показал опрос врачей ПУ, в основном, в случае, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала, к нему применяются медикаментозные меры (уколы, таблетки) – 96 %. Бывают и случаи, когда в таких случаях применяют такие меры, как привязывание к специальной кровати ремнями, веревками (15 %), фиксация или фиксаторы (15 %), а также смирительную одежду (8%). Практически все руководители ПУ при их опросе уверяли, что в их ПУ не имеются изолированные по-

мещения. Однако опрос врачей ПУ показал, что в ПУ в качестве мер усмирения применяются такие меры, как помещение лица в изолированную палату или комнату (12 %).

На вопрос о том, имеется ли шкала мер физических усмирений и недобровольной изоляции, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала в порядке от менее тяжелых до тяжелых, то большинство опрошенных врачей указали, что такая шкала не имеется, и указали различную шкалу, исходя из своей личной практики, как это происходит в их ПУ. Так, врачи ПУ района Рудаки привели следующую шкалу мер:

1. Беседа
2. Смирительная рубашка
3. Медикаментозные меры
4. привязывание к кровати
5. Изолированная комната.

Врачи ПУ г. Нурек и Канибадама привели такую шкалу мер:

1. Фиксация
2. Медикаментозные меры.

В ПУ района Б. Гафуров отметили, что применяются во всех случаях только медикаментозные меры.

Один врач из ПУ г. Худжанд отметил, что применяются только медикаментозные меры, один – что можно применять любые меры усмирения, двое других отметили, что у них не имеется шкалы мер, а предусмотрена терапия.

В г. Душанбе все опрошенные врачи, кроме одного указали такую шкалу, как:

1. беседа
2. медикаментозные меры
3. фиксационные кровати.

Один врач отметил, что у них нет шкалы мер.

В ПУ Исфары врачи отметили, что у них нет шкалы мер либо можно применять любые меры усмирения.

Большинство опрошенных врачей ПУ на вопрос о том, сколько времени пациент обычно содержится в изолированном помещении, отметили, что таких помещений нет в их ПУ (65%). 19 % опрошенных (все врачи ПУ р. Рудаки) отметили, что у них нет специальных изолированных помещений, однако имеется палата в конце коридора, в которой пациент, если ведет себя буйно, может содержаться от 30 минут до 3 часов. Один врач ПУ г. Душанбе отметил, что пациент до недели может содержаться в изолированном помещении, и еще один врач ПУ Б. Гафуровского района указал, что содержание пациента в изолированном помещении зависит от состояния больного. При этом, под изолированным помещением они имеют в виду отдельную палату, куда помещаются после введения соответствующих уколов и других медикаментов пациенты, которые вели себя буйно и из-за состояния своего здоровья.

Подавляющее большинство опрошенных врачей ПУ (92 %) отметили, что если пациент получил физические травмы при применении мер физического усмирения / удержания, данные факты всегда фиксируются в медицинской документации пациента, остальные 8% сообщили, что в их практике не было случаев получения травм пациентами при применении мер физического усмирения.

Все, кроме одного опрошенного врача ПУ указали, что не было случаев превышения ими либо коллегами пределов необходимого физического воздействия. О том, что был случай превышения самим респондентов пределов физического воздействия сообщил один врач ПУ г. Душанбе, который, по его словам, не был наказан за это.

Чуть больше половины опрошенных врачей ПУ (54 %) отметили, что решение о применении физических ограничений или изоляции пациента принимает лечащий врач пациента, 23 % указали заведующего отделением в качестве лица, кто принимает решение о применении физических ограничений или изоляции пациента, 8 % указали руководителя ПУ. Еще 27 % опрошенных сказали, что в их ПУ этого не предусмотрено, и что они не имеют изолированных помещений.

Большая часть опрошенных врачей (77 %) отметили, что специальной инструкции по применению физических ограничений

и недобровольной изоляции нет. Остальные 23 % опрошенных врачей (все из ПУ р. Рудаки) отметили, что такая инструкция имеется и находится в кабинете у заведующего отделением.

По словам чуть менее половины опрошенных врачей (46 %), каждый случай физического умирения или недобровольной изоляции регистрируется в документации, в основном в истории болезни пациента, в специальном журнале, в личной медицинской карточке пациента. Эти документы хранятся в кабинете лечащего врача, заведующего отделением, главного врача, дежурного медперсонала, в ординаторском, процедурном кабинете либо картотеке. У родственников пациента во всех, за исключением одного случая, не имеется доступа к этим документам, однако доступ, как отметили 67 % врачей, имеется у адвоката пациента. Как отметила другая часть опрошенных – это 33%, у адвоката пациента также нет доступа к этим пациентам. По мнению большинства (83 %) в эти документы вносятся причины, характер, и степень ограничения или изоляции, 17 % опрошенных из числа тех, кто ответил утвердительно на регистрацию каждого случая физического умирения или недобровольной изоляции, сообщили, что в эти документы не вносятся причины, характер и степень ограничения или изоляции.

1.3. Результаты опроса младшего персонала

Право на общение пациентов с внешним миром

Следует отметить, что в процессе опроса младшего персонала в ПУ г. Канибадам, несколько из опрашиваемых удалились, на завершив опрос. В ПУ г. Канибадам пояснили, что младший персонал в основном состоит из бывших пациентов данной ПУ, поэтому в некоторые моменты они могут вести себя не совсем адекватно. В связи с этим, количество опрашиваемых уменьшилось.

Все, за исключением одного респондента (ПУ р. Рудаки) отметили, что родственники и другие близкие люди могут посещать пациента. При этом, практически все опрошенные отметили, что они могут посещать ежедневно с 8.00 до 17.00.

84 % опрошенных респондентов отметили, что пациенты могут общаться со своими посетителями наедине, 14 % сказали, что пациенты не могут общаться со своими посетителями наедине, при общении присутствует санитар, медсестра или медбрат, охрана из числа милиционеров . 2 % отметили, что это зависит от состояния больного.

подавляющее большинство опрошенных респондентов (82 %) сообщили, что пациенты могут и отправлять, и получать корреспонденцию письма, записки и др., 2 % отметили, что пациенты могут только отправлять. Остальные 16 % сказали, что пациенты не могут отправлять и получать корреспонденцию, так как в этом нет необходимости, родственники живут близко либо нет почтовой службы, и корреспонденцию можно отправлять только через лечащего врача.

Из числа тех, кто сообщил о возможности отправлять и получать корреспонденцию пациентом, 68 % отметили, что при этом персонал проверяет содержание писем, в основном, это дежурные, лечащие врачи и заведующие отделениями с целью, чтобы не навредить никому, чтобы пациент не жаловался и не писал негативных писем, с целью безопасности. Также опрошенные отметили, что бывают случаи, когда пациенты сами не могут читать письма и просят персонал прочесть им письма. Некоторые из опрошенных отметили, что они не знают, с какой целью персонал проверяет письма пациентов. Остальные 32 % опрошенных заявили, что персонал не проверяет письма пациентов.

Большая часть опрошенных (59%) отметили, что в их ПУ не было случаев побега/нарушения режима пациентами из учреждения. О том, что такие случаи были, сообщили 39 % опрошенных. Как отметили, 39% в таких случаях в отношении пациентов ничего не предпринимается, 27 % отметили, что к таким пациентам применяется интенсивное лечение, они возвращаются, и им по-хорошему разъясняется, что так делать нельзя.

67 % опрошенных респондентов указали, что в их ПУ не было случаев плохого обращения/насилия/избиений со стороны пациентов друг другу, 3 % отметили, что не знают об этом. 30 % отметили, что

такие случаи были, и в основном они заключались в оскорблении (77%) и избиении (23%). Также по одному опрошенному, наряду с этими вариантами, указали и такие случаи, когда пациенты отбирали у друг друга еду, посылки, одежду.

Все, за исключением одного респондента из ПУ р. Рудаки, заявили, что в их ПУ не было случаев плохого обращения/насилия/избиений со стороны персонала по отношению к пациентам. При этом, один респондент сказал, что этот случай был связан с избиением и оскорблением пациента; персонал был привлечен за избиение к уголовной ответственности в 2006 г.

Однако, о данных случаях, как отметили респонденты, всегда сообщается в правоохранительные органы. И ни один представитель ПУ, за исключением вышеуказанного случая, не был привлечен к уголовной ответственности за плохое обращение с пациентами

«У нас нормальное к пациентам обращение». Со слов респондента из ПУ г. Душанбе

«У нас к этому серьезно относятся». «Никто не привлекался к уголовной ответственности, так как в нашем учреждении таких случаев плохого обращения не было». Со слов респондентов всех охваченных мониторингом ПУ.

Меры физического умирения (удержания) пациентов

В Подавляющем большинстве ПУ в качестве мер в случае, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала, применяются медикаментозные меры (уколы, таблетки и т.д.) (95 %). Однако, наряду с медикаментозными мерами, некоторые опрошенные отметили и такие меры, как смиренная одежда (16 %), привязывание к кровати (2 %) и помещение в изолированную палату (2 %). 5 % опрошенных отметили, что в их ПУ не было случаев применения мер умирения.

Как отметило большинство, эти меры применяются медсестрой или медбратом (93 %), а также санитаром (47%) либо лечащим врачом (7 %).

Из слов опрошенных: «Электрошок и другие меры применялись в Советское время, сейчас мы применяем только медикаментозные меры: пациентам делают уколы или дают таблетки».

Что касается шкалы вышеуказанных мер, то большинство опрошенных затруднились привести и назвать эту шкалу, по их мнению, такой шкалы нет, в основном они применяют медикаментозные меры. Но все же, опрошенные из трех ПУ привели следующую шкалу мер:

Нурек

1. Беседа
2. Медикаментозные меры
3. Фиксация

Рудаки

1. Смирительная рубашка
2. Медикаментозные меры
3. Можно применять и любые меры усмирения

Душанбе

1. Беседа
2. Отвлекающие игры
3. Фиксация к кровати
4. Медикаментозные меры
5. Можно применять любые меры усмирения

Подавляющее большинство опрошенных (93 %) на вопрос о том, сколько времени пациент обычно содержится в изолированном помещении, ответили, что у них нет таких помещений. Лишь трое опрошенных из ПУ р. Рудаки отметили, что у них нет изолированных помещений, однако имеются отдельные палаты, где пациент содержится 2-3 часа (5%) либо 1-2 дня (2 %), когда ведет себя буйно.

На вопрос о том, что представляет собой изолированное помещение, не все респонденты смогли ответить. Из 45 респондентов

лишь 20 человек ответили на этот вопрос. Из этого количества, большая часть (65 %) ответили, что оно представляет собой специальное помещение, остальные 35 % отметили, что изолированное помещение – это обычная одноместная палата.

Также не все опрошенные ответили на вопрос о том, кто принимает решение о применении физических ограничений или изоляции пациента. Ответил на данный вопрос лишь 21 респондент, из которых 76 % сказали, что решение принимается лечащим врачом, 24 % - руководителем ПУ и 5 % - заведующий отделением. При этом, 92 % отметили, что каждый случай физического ограничения или недобровольной изоляции регистрируется в документации: истории болезни, дневнике, личной карточке, процедурном либо специальном журнале регистрации. Остальные сообщили, что не регистрируются. В основном, у родственников пациента нет доступа к этим документам. (71 %), у адвоката пациента также не всегда имеется доступ, он имеется лишь в 33 % случаев, в остальных не имеется. Однако причины, характер и степень ограничения или изоляции во всех случаях вносятся в документы.

79 % опрошенных утверждают, что при получении физических травм пациентом при применении мер физического усмирения/удержания в отношении него, все эти данные фиксируются всегда в медицинской документации пациента. Лишь 5 % опрошенных из числа представителей младшего персонала ПУ р. Рудаки заявили, что не фиксируются эти данные, так как они незначительные. Остальные 16 % опрошенных сообщили, что они не знают про это, и у них не было такого.

Не было ни одного случая превышения персоналом пределов необходимого физического воздействия, и ни один персонал не был наказан за это.

Участие пациентов в тестировании новых препаратов

Абсолютно все опрошенные респонденты указали, что пациенты не принимают участия в применении лечения новыми препаратами в рамках их тестирования.

Все, кроме одного опрошенного из ПУ г. Худжанд, отметили, что пациент может отказаться от принятия новых лекарств в рамках их тестирования.

1.4. Результаты опроса пациентов ПУ

Право на общение пациентов с внешним миром (Контакты с семьей)

Подавляющее большинство пациентов (88 %) ответили, что их могут посещать близкие и родственники. Остальные ответили, что у них нет родственников и их некому посещать. На вопрос, как часто навещают пациентов родственники, ответы были разные: некоторых пациентов родственники посещают несколько раз в неделю, других – несколько раз в месяц. Часть пациентов ответила, что их навестили всего 1-2 раза за все время пребывания в ПУ. Более половины респондентов (55 %) указали, что посещения разрешены ежедневно. В основном, называлось время посещений с 8-ми до 17-ти часов.

Большинство опрошенных (65 %) общаются со своими посетителями наедине. 20 % респондентов указали, что у них нет возможности общаться со своими близкими и родственниками наедине, так как при посещениях присутствуют медсестра или медбрат, в некоторых случаях - санитарка (практически все ответившие таким образом – пациенты РПБ).

Большинство свиданий с родственниками и близкими проходят в столовой либо во дворе больницы. Только 19 % опрошенных (из них лишь 4 пациента РПБ) ответили, что посещения проходят в специально отведенной для этих целей комнате. Небольшая часть опрошенных указала такие места посещений, как вестибюль учреждения либо палата пациента.

Что касается писем и посылок в ПУ, согласно опросу, 30 % респондентов ответили, что они могут и получать и отправлять письма и посылки, 14 % указали, что могут только получать письма и посылки.

41 % опрошенных пациентов на вопрос о получении и отправке писем и посылок ответили, что они не могут отправлять и получать письма и посылки. При этом, назывались различные причины: часть опрошенных ответила, что в этом нет необходимости, некоторые пациенты говорили, что это не разрешено. Звучали такие высказывания:

«Нельзя, потому что мы не люди». «Здесь маленькая тюрьма».

Подавляющее большинство писем и посылок, отправляемых и получаемых пациентами, проверяются со стороны персонала ПУ (67 % от количества тех, кто отправляет и получает письма и посылки). В основном, их проверяют медбратья и медсестры, изредка – сами врачи.

Почти половина респондентов ни с кем не общается по телефону (они указывали, что им не с кем общаться, или не было необходимости общаться).

Ни у одного опрошенного пациента не имеется мобильного телефона, которым бы он мог пользоваться в ПУ. Городским телефоном разрешено пользоваться лишь небольшому количеству опрошенных пациентов (10 %).

16 % указали, что родственники сами звонят им на городской телефон ПУ и их зовут к телефону, то есть, связь односторонняя.

20 % указали, что они не могут общаться со своими родственниками посредством телефонной связи.

67 % опрошенных указали, что они не имеют права покидать ПУ в период лечения. 33 % отметили, что могут уйти из ПУ на несколько часов и даже на несколько дней. Чтобы покинуть ПУ, пациенты, в основном, берут разрешение лечащего врача, некоторые пациенты спрашивают разрешения у медсестры или медбрата и в редких случаях – у руководителя ПУ.

Плохое обращение

Только 4 % опрошенных пациентов отметили случаи плохого обращения с ними со стороны персонала ПУ. Например, по словам одного пациента, он перевернул скамейку и оскорблял всех, и врач за это накричал на него. Также пациенты указывали, что их избивали и оскорбляли, а также забирали еду. Еще один пациент сказал, что ему медбрат или медсестра каждый раз делают больно во время укола. На вопрос, со стороны кого было плохое обращение, было указано равное количество: по 3 ответа - врачи, медбрат/медсестра и санитар/санитарка.

10 % опрошенных пациентов также указали на плохое обращение со стороны других пациентов, которые, по словам респондентов, забирали у них еду и одежду, оскорбляли, избивали.

Если пациенты вели себя плохо по отношению к другим пациентам, то медперсонал старался их успокоить, помогали вернуть еду и одежду, говорили пациентам, чтобы такого больше не повторялось. Только в 3-х случаях персонал не обратил внимания на такое поведение пациентов по отношению к другим пациентам.

Только 4 респондента были свидетелями плохого обращения персонала ПУ с другими пациентами. Так, по словам этих респондентов, сотрудники ПУ оскорбляли других пациентов, а также в 1 случае забрали еду и посылки.

Наказания

Только 2 пациента из всех опрошенных (пациенты РПБ) ответили, что они подвергались наказанию в ПУ. 1 пациент отметил, что его били руками и делали уколы, от которых у него все болело. Второй пациент сказал, что его лишали еды и питья. По словам этих пациентов, наказание к ним применяли и врач, и медсестры /медбратья и санитары. Причиной наказания послужили: побег из больницы, отказ от принятия лекарств, а также то, что один из пациентов постоянно просит привести в ПУ представителей «общественных гуманитарных органов».

Также 1 из опрошенных пациентов заявил, что к нему применялась шоковая терапия в качестве наказания. 13 % опрошенных ответили, что не помнят или не знают, применяли ли в отношении них шоковую терапию. 1 человек ответил, что, возможно, и применяли, так как в этом ПУ «все возможно» (пациент РПБ). Все остальные опрошенные (76 %) на вопрос о применении к ним шоковой терапии ответили отрицательно.

Почти 62 % опрошенных указали, что в ПУ не имеется специального изолированного помещения, куда пациентов помещают в случае обострения болезни или в других случаях

6 % опрошенных пациентов сказали, что такое помещение все же существует, но ни один из них не помещался в такое помещение.

Условия пребывания в ПУ

20 % пациентов присматривают за другими больными. В основном, они помогают персоналу присматривать за другими больными, когда в ПУ слишком много больных либо в случае, когда больной неподвижен. Некоторые пациенты оказывают помощь персоналу во время обеда, к примеру, кормят незрячих пациентов. В основном, такую помощь пациенты оказывают персоналу нечасто – 1 раз в неделю либо по возможности.

Подавляюще большинство опрошенных пациентов (83 %) довольны условиями пребывания в ПУ.

6 % недовольны, остальные затрудняются ответить (1 – частично доволен). Пациентам, недовольным условиями пребывания в ПУ, не нравятся еда, одежда, туалет и ванная, спальные места, отношение персонала, то, что иногда выключают электричество. 1 пациент недоволен тем, что его никто не забирает из ПУ.

Комментарии по поводу условий пребывания в ПУ:

«Еда ужасная, невозможно есть, пахнет, очень сыро и холодно, нет практически воды холодной. Лечение одно и то же: таблетки и уколы, нам все хуже и хуже».

«В туалете нет воды, в палате сыро и холодно, еда ужасно невкусная, никто из руководителей ПУ к нам не заходит, отвратительное обращение персонала ко мне, старая кровать, грязная, жесткая, вонючая».

1.5. Результаты опроса родственников пациентов ПУ

Плохое обращение

Из всех опрошенных только 1 респондент, опрошенный в г. Душанбе, указал, что его родственник, будучи в ПУ, жаловался на плохие условия содержания: на отсутствие холодной и горячей воды и плохое питание. Также он жаловался на плохое лечение и на плохое обращение со стороны других пациентов. Плохое обращение заключалось в том, что другие пациенты ПУ забирали у него еду и посылки.

Комментарии этого пациента по поводу еды: «Плохая, не возможно есть. Мало еды, и она некачественная». Однако, опрошиваемый респондент отметил, что его родственник- пациент ПУ склонен к обману из-за своей болезни.

Никто из опрошенных респондентов не был свидетелем плохого обращения с их родственниками-пациентами ПУ со стороны персонала ПУ.

Ни один родственник-пациент ПУ не жаловался своим родным на то, что он подвергается наказаниям в ПУ.

На вопросы, применялась ли когда-нибудь к вашему родственнику в ПУ шоковая терапия и помещали ли его в специальное изолированное помещение в связи с обострением болезни или в других случаях, все респонденты ответили отрицательно. Только 1 опрошиваемый ответил, что не знает, помещали ли его родственника в ПУ с такое помещение.

Ни один респондент не обращался к адвокату в связи с жалобами родственников-пациентов ПУ, так как, по словам опрошенных, таких жалоб не было.

Право на контакты с внешним миром

Все опрошенные респонденты имеют возможность посещать своих родственников, находящихся в ПУ. 11 респондентов указали, что навещают больных каждый день, 5 – 2-3 раза в неделю, 5 – 1 раз в неделю, 7 – 1 раз в месяц, еще 5 – реже либо по возможности.

Большинство опрошенных имеют возможность оставаться во время посещений со своими родственниками в ПУ наедине. 5 опрошенных ответили, что у них нет такой возможности, так как во время посещений присутствуют либо санитар либо медбрат/медсестра.

19 респондентов указали, что их посещения проходят в специальной комнате для свиданий в ПУ. 4-ро сказали, что посещения проходят в вестибюле учреждения, 4-ро – в столовой, 3 – в палате, еще 3-е – во дворе.

8 респондентов ответили, что могут и получать и отправлять письма и посылки своему родственнику в ПУ. 14 человек ответили, что не получали и не отправляли письма и посылки, так как в этом не было необходимости. Еще 11 респондентов ответили, что не интересовались у своих родственников-пациентов ПУ такой возможностью и не посылали письма и посылки.

Только 3 из тех, кто отправлял пациентам ПУ письма и посылки указали, что их родственники, пребывающие в ПУ, получили письма и посылки, остальные респонденты не ответили на этот вопрос.

20 респондентов указали, что, когда они приносят в ПУ передачи для своих родственников, содержимое передач проверяется, в основном, со стороны дежурных медсестер, медбратьев., иногда – со стороны врача. Остальные 13 респондентов указали, что содержимое передач не проверяется со стороны персонала ПУ.

На вопрос, имеется ли у респондентов возможность общаться

с родственником-пациентом ПУ посредством телефонной связи, 21 респондент ответил, что они никогда не общались со своими родственниками, находящимися в ПУ, посредством телефонной связи.

Только 3 респондента ответили, что пациенты ПУ звонят им с городского телефона ПУ.

Как показал опрос респондентов, ни у одного их родственника-пациента ПУ не имеется мобильного телефона.

8 опрошенных в случае необходимости сами звонят на городской телефон ПУ и просят персонал позвать их родственника к телефону.

На вопрос, как часто респонденты могут общаться со своими родственниками-пациентами ПУ по телефону, 8 респондентов указали, что звонят по необходимости или по возможности, 1 человек ответил, что он может общаться 2-3 раза в неделю, 1 – раз в месяц.

7 респондентов из 33-х ответили, что могут временно забирать своих родственников-пациентов ПУ, из ПУ в период лечения на несколько часов (так ответили 2 человека) или даже на несколько дней (так ответили 4 человека), из этих 7-ми 2-е отметили, что никогда не пользовались этой возможностью и не забирали пациента из ПУ. Все респонденты, которые указали на возможность временно забрать пациента из ПУ во время лечения, спрашивали на это разрешение у лечащего врача.

26 респондентов сказали, что забирать пациента из ПУ во время лечения нельзя.

1.6. Результаты опроса адвокатов

За последние 5 лет с жалобами на жестокое или плохое обращение персонала к пациентам ПУ обратилось всего 3 родственника психически больных лиц и только к адвокатам г. Душанбе. Жестокое или плохое обращение было связано с принудительным трудом, сексуальным насилием, а также с оскорблениями и унижениями.

В Согдийской области за последние 5 лет среди опрошенных адвокатов и юристов НПО не было ни одного случая обращения психически больных лиц или их родственников на жестокого и плохое

обращение со стороны персонала ПУ.

1 адвокат г. Душанбе посоветовал обратиться в правоохранительные органы. Другой адвокат г. Душанбе порекомендовал обратиться к руководству ПУ, указав, что если руководство не примет никаких мер, после этого можно обратиться в правоохранительные органы. Адвокат указал, что в его случае были предприняты меры дисциплинарного характера в отношении сотрудника ПУ, а второй респондент ответил, что было возбуждено уголовное дело в отношении сотрудника ПУ.

То есть, во всех трех случаях жалобы адвокатов г. Душанбе на жестокое или плохое обращение в отношении психически больных лиц были удовлетворены.

Абсолютно все респонденты ответили, что у них не было обращений с жалобой на использование на пациентах лекарственных средств для апробации.

Все респонденты ответили, что в их практике отсутствуют случаи обращения психически больных лиц и их родственников с жалобами в связи с использованием персоналом ПУ для своего удобства лекарственных средств с целью умиротворения пациентов.

2. Право на свободу и личную неприкосновенность

2.1. Результаты опроса руководителей ПУ

Психиатрическая помощь

Первичное психиатрическое освидетельствование	Амбулаторная психиатрическая помощь	Стационарная психиатрическая помощь	Иное (дневная стационарная помощь)
Душанбе	Душанбе	Рудаки	Душанбе
Нурек	Нурек	Нурек	
Худжанд	Худжанд	Худжанд	
Исфара	Б. Гафуров	Б. Гафуров	
Канибадам	Исфара	Исфара	
	Канибадам	Канибадам	

На психиатрическое учреждение в год выделяется финансирование в сумме от 154550 сомони до 606723 сомони.

В большинстве случаев эта сумма выделяется из средств государственного бюджета (57 %). Также, наряду с выделением средств для финансирования ПУ из государственного бюджета, финансирование выделяется и из частных средств (например, одежда для больных, от Евросоюза 8000 Евро для открытия швейного цеха и т.д.).

Помещение лица в психиатрический стационар

86 % опрошенных респондентов отметили, что лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия в случае, если лицо имеет выраженное психическое расстройство и представляет опасность для себя и для окружающих. При этом, один из руководителей ПУ (Б. Гафуров) отметил, что без согласия лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра, если лицо имеет выраженное психическое расстройство и представляет опасность для себя и для окружающих и с согласия родственников. 14 % опрошенных отметили, что лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия в любом случае, когда врач-психиатр считает необходимой госпитализацию лица.

При этом, 86 % опрошенных отметили, что данное решение врача-психиатра должно быть подтверждено: решением суда (17 %), решением комиссии врачей-психиатров (17 %) либо как решением суда, так и решением комиссии врачей-психиатров вместе (67 %). 14 % отметили, что решение врача-психиатра о госпитализации лица в психиатрический стационар без его согласия не должно быть подтверждено чем-либо.

Все опрошенные респонденты отметили, что если лицо помещено в психиатрический стационар с его согласия или согласия его законного представителя, данное согласие оформляется письменно, и оно хранится в личной карте (29 %), в амбулаторной карточке в архиве отделения (29%), у главврача хранится заявление (43%).

При этом, во всех случаях лицу разъясняются основания и цели помещения его в психиатрический стационар со стороны администрации учреждения, а также порядок обжалования решения о помещении в психиатрический стационар в устном порядке.

Как отметили все опрошенные руководители ПУ, родственники лица уведомляются о его помещении в психиатрический стационар в течение 24 часов. При этом, по утверждению, одного руководителя ПУ (это составляет 14 %) максимальный срок нахождения пациента в учреждении составляет от нескольких дней до месяца, по утверждению еще одного руководителя – до шести месяцев. Один руководитель отметил, что этот срок составляет 180 дней. Остальные 57 % опрошенных руководителей ПУ отметили, что срок нахождения пациента в учреждении зависит от состояния больного и его болезни.

«Самая распространенная проблема – это непосещение родственниками своих больных. Многие родственники по несколько лет не посещают своих больных», - руководитель ПУ г. Исфара.

2.2. Результаты опроса врачей ПУ

Помещение лица в психиатрический стационар

81 % опрошенных респондентов считают, что лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия в случае, если лицо имеет выраженное психическое расстройство и представляет опасность для себя и для окружающих, 12 % указали, что по решению суда и направлению поликлиники или правоохранительных органов, еще 4 % сообщили, что по решению врачебно-консультативной комиссии либо опекуна. Лишь один опрошенный врач (это составляет 4 % от общего количества опрошенных врачей) отметил, что лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия в любом случае, когда врач-психиатр посчитает необходимой госпитализацию лица.

Абсолютно все опрошенные врачи отметили, что, если лицо госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия по решению врача-психиатра, данное решение врача-психиатра обязательно должно быть подтверждено, но при этом указали различные варианты того, чем это решение должно подтверждаться. Так, 85 % сообщили, что данное решение врача-психиатра подтверждается решением комиссии врачей-психиатров, 31 % - решением суда. Также один врач отметил, что решение врача-психиатра подтверждается направлением из поликлиники. Следует отметить, что на данный вопрос о подтверждении решения врача-психиатра респонденты выбирали несколько вариантов ответа, в связи с чем количество ответов оказалось больше количества самих респондентов.

Если лицо помещено в психиатрический стационар с его согласия или согласия его законного представителя, данное согласие в подавляющем большинстве (81 %) оформляется письменно, и это письменное согласие хранится обычно в истории болезни пациента, амбулаторной карте в картотеке либо у заведующего отделением. Об оформлении согласия на помещение в психиатрический стационар в устном порядке сообщили 15 % опрошенных. Один опрошенный врач ПУ р. Рудаки (4 %) указал, что в их ПУ согласие пациента не нужно.

Абсолютно все опрошенные врачи ПУ отметили, что со стороны администрации учреждения лицу разъясняются основание и цели помещения его в психиатрический стационар, в основном устно либо письменно с занесением в карточку информации об этом, а также посредством бесед. Один врач из ПУ р. Рудаки сообщил, что со стороны администрации лицу не разъясняются основание и цели помещения его в психиатрический стационар, если он находится в остром состоянии.

Как отметили все опрошенные респонденты, лицу, помещенному в психиатрический стационар, разъясняется порядок обжалования решения о помещении в психиатрический стационар, но при этом в различном порядке: устно (65%), письменно (35 %) с занесением информации об этом в историю болезни пациента, медицинскую карту.

Все, за исключением двоих врачей из ПУ р. Рудаки, отметили, что о помещении лица в психиатрический стационар уведомляются его родственники (при этом, один врач из ПУ р. Рудаки пояснил, что родственники уведомляются в том случае, если есть их контакты). При этом, в основном, они уведомляются в течение 24 часов (88 %). По одному врачу отметили, что все зависит от состояния пациента, от места его жительства, что родственники уведомляются в течение 48 часов либо до 45 дней.

Что касается срока нахождения пациента в учреждении, то ответы врачей разделились, при этом, врачи выбирали несколько вариантов, и вновь ответов оказалось больше, чем респондентов. Таким образом, 19 % респондентов отметили, что пациент находится в учреждении от нескольких дней до месяца, еще 19 % указали срок в три месяца, 12 % сообщили, что пациент находится в ПУ 6 месяцев, 4 % - один год. 50 % опрошенных отметили, что конкретного срока нет, все зависит от состояния здоровья, диагноза, тяжести болезни пациента. Также по одному врачу ПУ р. Рудаки отметили, что, если имеется отказ со стороны родственников от пациента, то он содержится неограниченное время в учреждении, если же пациенту лучше и есть, куда можно его выписать, то пациент выписывается, а если некуда и не к кому идти, то он остается в больнице.

2.3. Результаты опроса пациентов ПУ

Принципы госпитализации

Более половины пациентов (62 %) пришли в ПУ добровольно. 25 % пациентов привели принудительно их родственники либо милиция. Несколько пациентов затруднились ответить на этот вопрос, так как не помнят происходящего

подавляющее большинство опрошенных пациентов добровольно вошли внутрь ПУ (73 %).

12 % пациентов завели насильно внутрь ПУ родственники либо милиция. 5 опрошенных пациентов отметили, что они были в наручниках, а еще 4-ых пациентов связали и насильно завели в ПУ.

Более половины пациентов при поступлении в ПУ подверглись обыску. В нескольких случаях было выявлено, что пациенты обыскивались одновременно со стороны персонала мужского и женского пола, например, медбратом и медсестрой.

Чуть более половины опрошенных пациентов (51 %) раздевали при помещении в ПУ. Из них почти 70 % подверглись полному раздеванию, а остальных раздевали до нижнего белья. При опросе встретились 2 случая, когда пациентов мужского пола раздевала старшая медсестра, и 2 случая, когда пациентов мужского пола одновременно раздевал персонал ПУ мужского и женского пола, например, медбрат и медсестра.

Практически все пациенты при поступлении в ПУ осматриваются врачом в отдельном помещении, без присутствия посторонних лиц. Только 4 человека из опрошенных указали, что при их осмотре врачом присутствовал персонал ПУ (Медбрат, работники больницы, врачи и санитары).

У большинства опрошенных пациентов (67 %) при помещении в ПУ не забрали личные вещи. У остальных пациентов забирали такие вещи, как ручка, нож, сигареты, ремень, бусы, золотые кольца, телефон, деньги, одежда, зубная щетка. Тем, у кого забрали одежду, выдали больничную одежду.

2.4. Результаты опроса родственников пациентов ПУ

Принципы госпитализации

В 15-ти случаях лица с психическими расстройствами были помещены в ПУ по инициативе их родственников (как опрашиваемых респондентов, так и других родственников).

В 12-ти случаях лица были помещены в ПУ по решению врача.

В 5-ти случаях респонденты ответили, что их родственники были помещены в ПУ по их собственному желанию. Следует отметить, что среди таких пациентов ПУ имеется ребенок, что уже исключает возможность принятия им самостоятельного решения о его госпитализации в ПУ.

Таким образом, большинство пациентов помещались в ПУ по инициативе и желанию родственников.

По словам опрошенных, 28 лиц с психическими расстройствами пришли в ПУ добровольно. 5 человек привезли в ПУ принудительно, либо обманным путем, так как они не хотели лечиться и оставаться в ПУ. Например, некоторые респонденты указывали, что привезли своего родственника в ПУ, держа за руки.

3. Право на доступ к информации

3.1. Результаты опроса руководителей ПУ

Лечение

Абсолютно все опрошенные руководители ПУ отметили, что существуют письменные инструкции по применению медикаментозной терапии, и все применяемые лекарства являются препаратами с известным или доказанным действием.

Во всех охваченных мониторингом имеется перечень необходимых медицинских препаратов, которые должны быть в каждом психиатрическом учреждении. Во всех охваченных мониторингом ПУ Согдийской области данные перечни были показаны интервьюерам, однако, некоторые перечни были прошлогодними, некоторые не имели штампов и печатей. В ПУ г. Душанбе данный перечень показали интервьюерам. В Нураке данный перечень с указанием доз всех лекарств был вывешен на стенде у входа в здание ПУ. В ПУ района Рудки пообещали показать данный перечень, но в дальнейшем не показали.

Как отметило подавляющее большинство опрошенных респондентов (86 %), больной информируется о характере психического заболевания, лишь 14 % опрошенных отметили, что больной об этом не информируется в целях скорейшего выздоровления. Все опрошенные указали, что больной информируется о целях и методах лечения. О продолжительности лечения больной информируется согласно ответам опрошенных в 57% случаях, в остальных 43 %

случаев больной не информируется о продолжительности лечения, так как это зависит от состояния больного либо продолжительность неизвестна.

При этом, о вышеуказанных моментах больной информируется устно лечащим врачом, во время беседы с родственниками, либо письменно.

Все опрошенные указали, что у больного берется предварительное согласие на лечение, в основном письменно (57%), и данное согласие хранится либо у лечащего врача, либо в амбулаторной карте. Предварительное согласие на лечение у пациента или его законного представителя/опекуна берется и устно (43 %).

Пациенты ставятся в известность о возможной физической боли или дискомфорте, о риске и побочных эффектах предлагаемого лечения (100%), и они могут отказаться от предлагаемого лечения. Но при этом, если лечение уже проводится, пациент не всегда может отказаться от лечения - 14 % (в остальных 86 % случаев опрошенные отметили, что пациент может отказаться от лечения, если оно уже начато. В этом случае родственником ставят в известность об этом.

Пациент не принимают участие в применении лечения новыми препаратами в рамках их тестирования.

«Что за вопросы? Они не уместны и противоречат нашему менталитету. Этими вопросами вы унижаете наши честь и достоинство».

3.2. Результаты опроса врачей ПУ

Лечение

Все, кроме одного врача ПУ г. Душанбе, отметили, что существуют письменные инструкции по применению медикаментозной терапии.

100 % опрошенных также указали, что все применяемые лекарства являются препаратами с известным или доказанным действием.

На вопрос о том, имеется ли перечень необходимых медицин-

ских препаратов, которые должны быть в каждом психиатрическом учреждении, все, кроме одного врача ПУ р. Рудаки отметили, что этот перечень имеется (этот перечень был показан при опросе руководителя ПУ, за исключением в ПУ р. Рудаки).

Большинство опрошенных врачей ПУ (88 %) отметили, что пациент информируется о характере его психического заболевания. Остальные 12 % опрошенных отметили, что пациент не информируется о характере его психического заболевания, чтобы не причинить ему боль, а также в случае, если пациент не в состоянии осознавать реальность, находится в остром состоянии и до лечения. Но о целях лечения и методах лечения, как отметили все опрошенные респонденты, пациент информируется. Мнения врачей разошлись и в вопросе продолжительности лечения. Так, 85 % сказали, что пациент и о продолжительности лечения информируется. Остальные 15 % сообщили, что он не информируется, так как она зависит от состояния больного, и неизвестна продолжительность, а также врачи отметили, что они не могут определить, сколько времени пациент будет лечиться.

При этом, все врачи отметили, что пациент о всем вышеуказанном информируется устно.

Подавляющее большинство (88%) отметили, что у больного берется предварительное согласие на лечение в устной форме (38 %) либо письменно (50%), при этом согласие хранится в истории болезни у заведующего отделением, амбулаторной карточке в картотеке. Лишь трое врачей ПУ р. Рудаки отметили, что согласие у пациента на лечение не берется, так как больной не в состоянии самостоятельно дать согласие, так как лечение не производится, а только освидетельствование и не берется согласие, если больной находится в возбужденном состоянии.

Все опрошенные врачи сообщили, что пациенты ставят в известность о возможной физической боли или дискомфорте, о риске и побочных эффектах предлагаемого лечения.

77% опрошенных врачей сообщили, что больной может отказаться от лечения, 23 % отметили, что не может отказаться. Если же лечение уже проводится, то, по мнению 62 % опрошенных, больной

тоже может отказаться от лечения, но, как отметили, 38 % врачей, в таком случае больной не может отказаться от лечения.

Абсолютно все врачи ответили отрицательно на вопрос о том, принимают ли пациенты участие в применении лечения новыми препаратами в рамках их тестирования.

«О каком тестировании может идти речь, если у нас очень не хватает лекарств и со стороны государства не уделяется должного внимания условиям в учреждении, таким, как свет, тепло...», - врачи ПУ Б. Гафурова

3.3. Результаты опроса пациентов ПУ

Доступ к информации о своих правах

43 % пациентов были проинформированы о своих правах, в основном, со стороны врача ПУ. Небольшая часть пациентов была проинформирована со стороны персонала учреждения, 1 человек сам прочитал на вывешенном плакате (Детская больница г. Душанбе). Большинство проинформированных о правах пациентов (82 %) указали, что им рассказали о «праве на получение информации о своих правах». 18 % узнали о праве на уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства.

12 % знают о проведении лечения в амбулаторных и стационарных условиях с использованием щадящих методов, по возможности, по месту жительства больного.

10 % проинформировали о праве на предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований.

Еще 18 % сказали, что их информировали об их правах, но они не помнят, о каких именно.

Практически всем проинформированным их права разъяснились устно. Большинство пациентов указали, что им было понятно разъяснение их прав. 18 % ответили, что они частично поняли разъяснение их прав.

35 % пациентов не были проинформированы о своих правах.

Лечение

Большинство пациентов ПУ (64 %) были предварительно проинформированы о лечении, которое им было назначено. В основном, информация о назначенном лечении исходила от врача (92 %), несколько респондентов получили информацию о лечении от медсестры или медбрата (8 %).

Ни один опрошенный респондент не сказал, что принимал участие в применении лечения новыми препаратами, которые ранее нигде не использовались, в рамках их тестирования. Из них 56 % твердо заявили, что они не принимали участие в таком лечении, 38 % сказали, что не знают. 2 пациента ответили, что в данному ПУ все возможно (пациенты РПБ).

3.4. Результаты опроса родственников пациентов ПУ

Лечение

29 респондентов из 33-х были проинформированы о назначенном их родственнику лечении в ПУ со стороны лечащего врача либо заведующего отделением. 3 респондента не были проинформированы о назначенном лечении. 1 респондент затруднился ответить.

25 респондентов указали, что к их родственнику в ПУ не применялось лечение новыми препаратами, которые ранее нигде не использовались, в рамках их тестирования. 8 респондентов не знают, применялось ли такое лечение.

4. Право на защиту и обжалование

4.1. Результаты опроса руководителей ПУ

Право на защиту

71 % опрошенных отметили, что в их ПУ не было случаев, когда пациенты просили пригласить к ним адвоката. В 29 % случаев пациенты просили пригласить адвоката, и эта просьба была связана с судимостью пациента. Адвокат при этом допускается к пациенту и обеспечивается в течение 24 часов, но в данных случаях, он не был приведен со стороны родственников пациента. Адвокату разрешается знакомиться с медицинскими документами больного: историей болезни, амбулаторной и личной картой.

Разрешается посещение психиатрического учреждения только международными организациями такого рода, как Красный Крест и Красный Полумесяц, Проект «Норе», Европейский Союз, Врачи без границ либо только с разрешения Министерства здравоохранения РТ. В основном, эти организации посещают ПУ с целью оказания материальной и технической помощи (71 %) либо с целью осуществления общественного контроля (ознакомление с условиями содержания пациентов) (29%). Эти организации посещают ПУ один раз в шесть месяцев (57 %), один раз в год (29%) либо один раз в три месяца (14 %).

4.2. Результаты опроса врачей ПУ

Право на защиту

Лишь двое врачей из ПУ р. Рудаки сообщили, что были ли случаи, когда больные просили пригласить к ним адвоката, когда дело в отношении пациента находилось в суде или на предварительном следствии, и пациент просил об этом. Остальные отметили, что таких случаев в их ПУ не было.

Из числа тех двоих врачей, которые сообщили о случаях просьб-

бы пациента пригласить адвоката, оба отметили, что в таком случае адвокат допускается к пациенту только с разрешения следователя или судьи в течение 24 часов или 48 часов. При этом, адвокату разрешается знакомиться с медицинскими документами больного такими, как медицинские карты.

По утверждению большинства опрошенных врачей (73 %), посещение их ПУ разрешается в основном международными организациями (Врачи без границ, Проект «Хоуп», МККК, Евросоюз и т.д.), а также такой организацией, как Глобальные инициативы в области психиатрии и Институтом уполномоченного по правам человека. Некоторые врачи отметили, что они не владеют этой информацией, но пока они видели только Бюро по правам человека. В основном, эти организации посещают ПУ с целью оказания материальной и технической помощи (69%), а также с целью осуществления общественного контроля (ознакомление с условиями содержания пациентов) (19%) и проведения различных тренингов, развлечения пациентов и т.д. (12 %).

Эти организации посещают ПУ с различными интервалом: от одного раза в месяц до одного раза в год. При этом, как отметило большинство врачей, организации посещают ПУ с разрешения либо Минздрава РТ, либо руководителя ПУ.

4.3. Результаты опроса пациентов ПУ

Обжалование

Более половины опрошенных пациентов (52 %) не знают о своем праве на обжалование действий работников психиатрического учреждения. Большинство пациентов, которые не знают об этом праве, являются пациентами РПБ.

3 опрошенных пациента РПБ жаловались на плохое отношение, на плохие условия и на лечение:

Нам разрешают только лежать и все, никуда не выпускают. Абсолютно нет никаких бытовых условий, холодно, грязно.
--

Нет элементарных бытовых условий, отопление (трубы) еле теплое.

Вовремя не давали лекарства.

Нам дают таблетки, от которых все тело ломит, голова трещит, почки болят. Если отказываешься принять лекарства, то могут наказать.

Все 3-е пациентов обращались с жалобами к лечащему врачу, а 1 пациент также жаловался своему родственнику. В одном случае пациент обращался на имя врача письменно. На эти жалобы не последовало абсолютно никакой реакции.

Право на доступ к адвокату

Подавляющее большинство опрошенных (94 %) указали, что у них не было необходимости в услугах адвоката во время пребывания в ПУ. 6 % пациентов (все – пациенты РПБ) нуждались в услугах адвоката в связи с обжалованием принудительной госпитализации (4 человека), жалобами на плохое обращение со стороны персонала ПУ (2 человека), а также в рамках уголовного дела, возбужденного в отношении пациентов (2 человека).

1 пациентка указала, что не знала, что можно пользоваться услугами адвоката, отметив при этом, что у нее нет денег на оплату его услуг).

Из пациентов, нуждавшихся в услугах адвоката, встретиться с ним смогли только пациенты, в отношении которых были возбуждены уголовные дела (2 человека). Остальные 4-рым пациентам не был предоставлен адвокат. Они объяснили это тем, что их требования игнорируют, адвоката не предоставляют, а также отсутствием денежных средств на оплату услуг адвоката. 1 пациента обратилась к мониторинговой группе с просьбой помочь ей выйти из ПУ, так как на ее требования о предоставлении адвоката реакции не последовало.

5. Принудительный труд

5.1. Результаты опроса пациентов ПУ

Принудительный труд

На вопрос о выполнении какой-либо работы в ПУ, более половины респондентов (62 %) ответили, что не выполняют никакой работы в учреждении. Остальные респонденты выполняют различную работу на кухне, в огороде, во дворе, занимаются уборкой туалетов и др. Все пациенты, которые занимаются в ПУ какой-либо работой, выполняют ее добровольно. Только 1 респондент отметил:

«Иногда нас очень долго держат, особенно летом в жару на улице, а я не хочу, у меня от солнца болят глаза, я спать хочу».

Никого из пациентов не заставляют работать в качестве наказания.

5.2. Результаты опроса родственников пациентов ПУ

Принудительный труд

26 респондентов никогда не слышали от своих родственников, пребывающих в ПУ, что они выполняли там какую-либо работу. 7 респондентов отметили, что их родственники-пациенты ПУ выполняли различные работы в ПУ: 5 пациентов занимались уборкой двора, 2 – помогали на кухне. Все пациенты выполняли эти работы добровольно.

**РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ
ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

№	Название Психиатрического учреждения	Какой регион обслуживает	Количество отделений	Какие отделения есть	На сколько мест рассчитано	Сколько человек (пациентов) находится
1.	Республиканский центр психического здоровья детей и подростков, Душанбе	Душанбе	4	Суточное Дневное Медико-педагогическое Стационарное	60	25
2.	Республиканская психиатрическая больница, район Рудаки	Все регионы	11	Мужское Женское Для больных туберкулезом Реабилитационное Судебное Специальное	640	690
3.	Отделение психических болезней Центральной больницы г. Нурек	Нурек	2	Женское Мужское	35	27
4.	Областная клиническая психиатрическая больница, Лаккон, Исфара	Исфара	2	Мужское Женское	180	180
5.	Областной центр психических болезней г. Худжанд	Согдийская область	2	Мужское Женское	80	Нет в связи с ремонтом
6.	Центр психических болезней района Б. Гафуров	Б. Гафуров	1	Мужское	15	15
7.	Городской центр психических болезней г. Канибадам	Канибадам	2	Психотерапевтическое Наркологическое	70	70

Следует отметить, что наблюдение на данном этапе в ПУ г. Худжанд пришлось завершить в связи с ремонтными работами, сносом здания и постройкой новых зданий.

Вход на территорию учреждения					
Душанбе	Руаки	Нурук	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
При входе имеются металлические ворота с замком. Вход через калитку в воротах. Охранники имеются возле ворот и возле входной двери в здание больницы, оружия у них нет. Кнопки вызова нет. ⁴	Имеются ворота, доступ ограничен, у дверей сидят охрана из числа медперсонала, здание не ограждено, нет заборов и колонок, на окнах имеются решетки	Имеются ворота, колочей проволоки нет, имеется ограждение из цемблока, доступ свободный, охрана и кнопка вызова отсутствуют	Имеется дверь, здание ограждено стеной, колочей проволоки нет, доступ на территорию ограничен: необходимо звонить в дверь, есть охранник, оружия у него нет	Имеются ворота и калитка, имеется забор, колочей проволоки нет, доступ свободный, охранник находится в специальной комнате, оружия у него нет	Имеется дверь, здание ограждено стеной, колочей проволоки нет, доступ на территорию ограничен: необходимо звонить в дверь, есть охранник, оружия у него нет
Внешний вид строения					
Здание старой постройки. Имеется несколько сооружений в виде одноэтажных барakov. Общее состояние удовлетворительное.	Здание старое. Одноэтажное. Периодически производился косметический ремонт. Стены во многих палатах покрыты плесенью.	Здание старой постройки, штукатурка осыпается, трещины в стенах. Стены в палатах покрыты плесенью.	Здание старое, от 1959 г., штукатурка и краска в некоторых местах облупились, трещин нет.	Здание старое, штукатурка лишь места обсыпается, в целом здание удовлетворительное	Здание относительно отремонтировано, в некоторых местах штукатурка облупилась, трещин нет.

⁴ Мониторинговая группа было отмечено, что с двух сторон данного ПУ находятся автомобильные дороги, имеется повышенный шум от автомобилей.

ПАЛАТЫ

	Душанбе	Рудаки	Нурек	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
Количество палат	6 ⁵	-	12	3	14	9
№ палаты, где проводилось наблюдение	4	2 ⁶	1	1	1	1
Общая площадь одной палаты	6,5 кв./м ²	20 кв./м ²	15 кв./м ²	24 кв./м ²	40 кв./м ²	40 кв./м ²
Количество коек	4	12	4 ⁷	5	16	8
Количество мест	4	12	4	5	16	8
Количество пациентов в одной палате	1	12	4	5	16	8
Двери закрываются (изнутри, снаружи)	Двери не закрываются	Закрываются снаружи	Закрываются изнутри	Дверей нет	Дверей нет	Дверей нет
Ключи у воспитанников						
Ключи у персонала		✓	✓			
Есть ли занавески на окнах	Не имеются	✓	Не имеются	Не имеются	Не имеются	Не имеются
Телевизор	Имеется в рабочем состоянии в отдельной игровой комнате	Имеется в рабочем состоянии	Имеется в рабочем состоянии	Не имеется	Не имеется	Не имеется

Тумбочки	Имеется одна на всю палату	Не имеются	Не имеются	Не имеются	Не имеются	Не имеются
Холодильник	Не имеется	Имеется в рабочем состоянии	Имеется в рабочем состоянии	Не имеется	Не имеется	Не имеется
Лампа, зеркало	Не имеется	Не имеются	Имеется	Не имеются	Не имеются	Не имеются
Радиоприемник	Не имеется	Не имеется	Не имеется	Не имеется	Не имеется	Не имеется
Умывальник, вода	Не имеются	Не имеются	Имеется	Не имеются	Не имеются	Не имеются

¹ В данном ПУ палаты по площади маленькие, из 6 плат 2-3 палаты большого размера, в которых дети находятся вместе со своими родителями.

² Палата № 2 2-го женского отделения. Интервьюеры проводили наблюдение в нескольких палатах различных отделений: 1-е женское отделение: № 2 и № 3, 2-е женское отделение: № 1 и № 2, 2-ое мужское отделение: № 4, судебное отделение: №

1, туберкулезное отделение: № 1.

³ В некоторых палатах по 6 коек, рассчитанных на 6 мест, в которых содержится по 6 человек.

⁴ Искусственное освещение - это совокупность всех осветительных приборов, основная задача которых освещать помещения в темное время суток, обеспечивать безопасную передвижение и нормальное функционирование человека. Две системы искусственного освещения – общее и комбинированное. К общему освещению добавляется местное, концентрирующее световой поток непосредственно на рабочих поверхностях. При комбинированном освещении требуемая минимальная освещенность на рабочей поверхности обеспечивается светильниками местного освещения.

ОСВЕЩЕНИЕ

Освещение как искусственное¹ (общее), так и естественное² (верхнее, боковое, комбинированное) в удовлетворительном состоянии (за исключением ПУ г. Канибадам, в котором естественное освещение является неудовлетворительным, так как на всю палату одна лампочка, имеется форточка очень высоко и маленьких размеров).

ВЕНТИЛЯЦИЯ

Вентиляция как искусственная, так и естественная, в основном в удовлетворительном состоянии. В ПУ г. Душанбе отсутствует искусственная вентиляция, однако запаха плесени и других неприятных запахов нет, чувствуется лишь стойкий запах медикаментов. Так как наблюдение проводилось зимой, окна были закрыты, но несмотря на это, неприятных запахов не было.

ОТОПЛЕНИЕ

<i>Отопление</i>	<i>Душанбе</i>	<i>Рудаки</i>	<i>Нурек</i>	<i>Б. Гафуров</i>	<i>Исфара</i>	<i>Канибадам</i>
Имеется	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Отсутствует						
<i>Температура. Состояние</i>						

1 Искусственное освещение - это совокупность всех осветительных приборов, основная задача которых освещать помещения в темное время суток, обеспечивать безопасность передвижения и нормальное функционирование человека. Две системы искусственного освещения – общее и комбинированное. К общему освещению добавляется местное, концентрирующее световой поток непосредственно на рабочих поверхностях. При комбинированном освещении требуемая минимальная освещенность на рабочей поверхности обеспечивается светильниками местного освещения.

2 Естественное освещение — освещение помещений светом неба (прямым или отраженным), проникающим через световые проемы в наружных ограждающих конструкциях. Боковое естественное освещение — естественное освещение помещения через световые проемы в наружных стенах. Верхнее естественное освещение — естественное освещение помещения через фанари, световые проемы в стенах в местах перепада высот здания.

Удовлетворительно (+18 - +22 °С)	✓	✓		✓	✓	✓
Неудовлетворительно (+10 - +17 °С)			✓			
Плохо (ниже +10 °С)						
Иное						
Средство отопления						
Радиатор (кол-во)						
Батареи при центральном отоплении (кол-во)	По одной на каждую палату в рабочем состоянии	По одной на каждую палату	По одной на каждую палату, однако не работают	1, в нерабочем состоянии	2, в нерабочем состоянии	1, в нерабочем состоянии
Кондиционер (кол-во)						
Иное						

МЕБЕЛЬ¹

Предметы мебели	Душанбе/ кол-во/ состояние	Рудаки/ кол-во/ состояние	Нурек/ кол-во/ состояние	Б. Гафуров/ кол-во/ состояние	Исфара/ кол-во/ состояние	Канибадам/ кол-во/ состояние
<i>Тумбочки</i>	1 шт./удов. ⁸	-	-	-	-	-
<i>Стулья (табуреты)</i>	2 шт./удов.	-	-	-	-	-
<i>Столы</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Кровати с металлической сеткой</i>	1 шт./удов.	12 шт./удов.	4 шт./удов.	5 шт./удов.	16 шт./удов.	8 шт./удов.
<i>Кровати с полужестким матрасом</i>	3 шт./удов.	-	-	-	-	-
<i>Шкафчик для личного пользования</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Другое (опишите)</i>	-	-	-	-	-	-

¹ Указано количество мебели в одной палате, в которой проводилось наблюдение.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

Комната для умывания	Душанбе	Рудаки	Ишук	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
Где расположена	Вне палаты, в конце коридора	Вне палаты, в конце коридора	Во дворе	Во дворе	Вне палаты	Во дворе в виде раковины
На сколько чел-ек рассчитана	2	2	2	3	4	1
Количество раковин	2	2	1	1	4	2
Холодная вода	Центральная	Автономная	Автономная	Автономная	Автономная	Автономная
Горячая вода	Имеется	Нет	Имеется	Нет	Нет	Нет
Зеркало	Нет	Нет	Имеется	Нет	Имеется	Имеется
Ванны для ног	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Баня						
Наличие	Нет	Имеется	Имеется	Нет	Нет	Нет
Где расположена	-	В конце коридора	В здании больницы	-	-	-
Общее состояние	-	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	-	-	-
Специальные условия для ЛОУ	-	Нет	-	-	-	-
Часы и регулярность работы	-	1 раз в неделю с 8.00 до 17.00	Мужчины – 1 раз в неделю Женщины – 2 раза в неделю	-	-	-
Душевая комната/ванная комната						
Число душ.комнат	1	-	1	1	1	1
Число душей	1	-	1	-	3	3
Горячая вода	Имеется	-	Имеется	Имеется	Нет	Нет
Туалет						
Где расположен	В конце коридора	В конце коридора	За отделением	Во дворе	Во внутреннем дворе	Во дворе
На ск-ко мест		1		2	4	2

Тип	Унитаз, закрытый в помещении с дверью и замком (изнутри)	Чаша «Генуя»	Унитаз, закрытый, в помещении с дверью и замком	Открытый (без дверей и замков)	Открытый без дверей и замков	Открытый без дверей и замков
Перегородки	Нет	Нет	1,5 метра	Нет	Нет	Нет
Уборочный инвентарь⁹	Имеется	Имеется	Имеется	Нет	Имеется	Нет
Дезинфекционные вещества	Нет	Имеются	Имеются	Нет	Имеются	Имеются
Туалетная бумага		Нет	Имеется	Нет	Имеется	Имеется
Постельное белье						
Матрац	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется не на всех койках в нечистом, но целом виде	Имеется в нечистом, но целом виде	Имеется в нечистом, но целом виде
Подушка	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется не на всех койках в грязном, но целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде
Одеяло	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется не на всех койках в чистом и целом виде	Имеется не на всех койках в грязном, но целом виде	Имеется в нечистом, но целом виде	Имеется в нечистом, но целом виде
Простыня	Имеется в чистом и целом виде	Имеется в чистом и целом виде	Имеется не на всех койках в чистом и целом виде	Имеется не на всех койках в грязном, но целом виде	Имеется в нечистом, но целом виде	Имеется в нечистом, но целом виде

ПИТАНИЕ

Столовая	Душанбе	Рудаки	Нурек	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
Где расположена	В отдельном помещении в здании	Отдельно от здания	На 1-ом и 2-ом этаже	Отдельно от здания	Рядом с палатами	В 20 метрах от палат
Санитарное состояние помещения						
Чистота стен и пола	Удов.	Удов.	Неудов.	Удов.	Удов.	Удов.
Чистота посуды	Удов.	Удов.	Удов.	Удов.	Удов.	Удов.
Запах в помещении	Удов.	Неудов.	Неудов.	Удов.	Удов.	Удов.
Домашние насекомые, грызуны						
Тараканы	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Мухи	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Муравьи	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Грызуны	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Другое	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Меню на текущий день на доске документации в столовой (в соответствии с меню-раскладкой)						
Есть/нет	Нет	Есть	Нет	Нет	Есть	Есть
Соотв./несоотв.	-	Соответствует	-	-	Соответствует	Соответствует
Вес порций	200-300 гр.	Хлеб – по 120 гр. 3 раза в день Суп и второе – по 400 гр. 3 раза в день	Хлеб – 600 гр. 1 пациента/день Мясо – 50 гр.	Завтрак: молоко, хлеб – 150 гр. Обед: лепешка, чай, суп – 600 гр. Ужин – суп, чай, лепешка – 600 гр.	Все по 300 гр.	Все по 300 гр.
Качество пищи						
Съедобно	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Посторонние предметы в пище	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Степень готовности	Полная готовность	Полная готовность	Полная готовность	Полная готовность	Полная готовность	Полная готовность
Консистенция	Хорошая	Хорошая	хорошая	Менее удов.	Хорошая	Хорошая

Запах пиши	Естественный	Естественный	Естественный	Естественный	Естественный	Естественный	Естественный
Другое	-	-	-	-	-	-	-
Стоимость питания на 1 пациента в день							
Фактическая	10 сомони	-	10 сомони	5 сомони	6,20 сомони	5,50 сомони	5,50 сомони
Сколько выделяется	3, 87 сомони	4 сомони	3, 74 сомони	0, 55 дирам	3 сомони	3 сомони	3 сомони

Комментарий: Питание и условия в столовой в весьма хорошем состоянии в ПУ. Г. Душанбе, посуда абсолютно чистая, небитая, еду разносит персонал, порции достаточны большие, еда appetizing.

В остальных ПУ в основном неудовлетворителен запах – имеется стойкий запах медикаментов и другие запахи в столовой. Мясо и белки в очень ограниченном количестве. Также наиболее неудовлетворительными санитарно-гигиенические условия мониторинговая группа нашла ПУ Б. Гафурова. После посещения данного ПУ, со стороны УПЧ было сделано соответствующее предписание в адрес Министерства здравоохранения, где были указаны нарушения. В результате данного предписания, со стороны соответствующих органов были предприняты определенные меры. В частности, Местным исполнительным органом государственной власти Б. Гафурова выделено 28 400 сомони на основной ремонт ПУ Б. Гафурова, а также Государственной Надзорной Санитарно-Эпидемиологической Службой главным врачу данного ПУ дано Указание от 17.05.2012 г. об устранении недостатков.

ЛИЧНЫЕ ВЕЩИ

<i>Одежда/обувь</i>	<i>Душанбе</i>	<i>Рудаки</i>	<i>Нурек</i>	<i>Б. Гафуров</i>	<i>Исфара</i>	<i>Канибадам</i>
Казенная	✓		✓		✓	✓
Индивидуальная	✓	✓		✓	✓	✓
Состояние одежды						
Удовлетворительно	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Неудовлетворительно						
Размер одежды						
Удовлетворителен	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Неудовлетворителен						

Комментарии: Одежда во всех ПУ разная. Т.е. те пациенты, чьи родственники приходят их навещать, у них своя индивидуальная одежда в удовлетворительном состоянии. Те пациенты, у кого нет родственников, либо они их не навещают, у них казенная одежда, в основном, в удовлетворительном состоянии.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Информационная доска о правах пациентов	Душанбе	Рудаки	Нурек	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
Наличие	Нет	Нет	Нет	Нет	Имеется	Имеется
Язык	-	-	-	-	Таджикский	Русский/ таджикский
Где вывешена	-	-	-	-	В коридоре	В кабинете старшей медсестры

Библиотека	Душанбе	Рудаки	Нурик	Б. Гафуров	Исфара	Канбадам
Наличие	Нет	Имеется	Имеется	Нет	Нет	Имеется
Художественная литература	-	✓	✓	-	-	✓
Научно-популярная литература	-	✓	✓	-	-	-
Литература о здоровье	-	✓	✓	-	-	-
Правовая литература	-	✓	-	-	-	-
Периодика	-	Несвежие газеты и журналы	Несвежие журналы и газеты	-	-	Свежие и несвежие газеты и журналы
Другое	-	-	-	-	-	-
Список новых поступлений-						
Да	-	-	-	-	-	✓
Нет	-	✓	✓	-	-	-
Частота обновления фондов	-	Не обновляется	Не обновляется	-	-	2 раза в месяц
Часы работы	-	С 8.00 до 17.00	Любое время	-	-	С 8.00 до 17.00
Телевизор						
Наличие	Имеется	Имеется	Имеется	Имеется	Имеется	Имеется
Состояние	Рабочее	Рабочее	Рабочее	Рабочее	Рабочее	Рабочее
Где расположен	В игровой комнате	В некоторых палатах	В столовой	В отдельном кабинете	В отдельной комнате	В вестибюле
Разрешено ли пациентам смотреть телевизор?	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Комната для свиданий						
Наличие	Нет	Нет	Имеется	Нет	Имеется	Нет
Перегородка	-	-	-	-	-	-
Без препятствий	-	-	✓	-	✓	-
Присутствие персонала	-	✓	Нет	✓	Нет	Нет

Комментарии: В ПУ г. Душанбе отметили, что отсутствие комнат для свиданий объясняется тем, что дети в основном живут с родителями, и нет необходимости для этой комнаты. Также в ПУ Исфары отметили, что в зависимости от состояния больного персонал присутствует на свиданиях пациента.

СИСТЕМА ОГРАНИЧЕНИЯ СВОБОДЫ

	<i>Душанбе</i>	<i>Рудаки</i>	<i>Нурек</i>	<i>Б. Гафуров</i>	<i>Исфара</i>	<i>Канибадам</i>
Охрана	Имеется	Имеется	Нет	Имеется	Имеется	Нет
Решетки на окнах	Имеются	Имеются	Имеются	Имеются	Имеются	Имеются
Решетки на дверях	Нет	Имеются	Нет	Нет	Имеются	Нет
Колючая проволока	Нет	Имеется	Нет	Нет	Нет	Нет
Другое	-	-	-	-	-	-
<i>Кабинеты для наказаний</i>						
Наличие	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Какие	-	-	-	-	-	-
Состояние	-	-	-	-	-	-
<i>Передвижение по территории ПУ пациентов</i>						
Свободно	✓	✓	✓	✓	✓	✓
В сопровождении						

СВЯЗЬ С ВНЕШНИМ МИРОМ

<i>Телефон</i>	<i>Душанбе</i>	<i>Рудаки</i>	<i>Нурек</i>	<i>Б. Гафуров</i>	<i>Исфара</i>	<i>Канибадам</i>
Наличие	Нет	Имеется	Имеется	Нет	Нет	Имеется
Состояние	-	Рабочее	Рабочее	-	-	Рабочее
Могут ли пациенты пользоваться им	-	Нет	Нет	-	-	Да
<i>Почтовый ящик</i>						
Наличие	Нет	Нет	Имеется	Нет	Нет	Нет

Комментарии: В ПУ г. Нурек отметили, что телефон имеется и в рабочем состоянии, он временно может отключаться. В ПУ Канибадама имеется мобильный телефон у врача, которым могут пользоваться пациенты при просьбе. В ПУ г. Душанбе телефона нет, так как дети в нем не нуждаются.

ПОДСОБНОЕ ХОЗЯЙСТВО

Подсобное хозяйство	Душанбе	Рудаки	Нурек	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
Наличие	Нет	Имеется	Имеется	Имеется	Имеется	Имеется
Какое	-	Выращивание картошки, помидоров, зелени	Огород	Ферма	Ферма по выращиванию кроликов и коров	Ферма по выращиванию кур
Кто работает	-	Персонал и небуйные пациенты	Медбрат, медсестра, персонал и некоторые пациенты в качестве трудотерапии	Персонал и пациенты	Отдельные работники и пациенты	Пациенты

Кабинеты для проведения обследования

Инструменты	Душанбе	Рудаки	Нурек	Б. Гафуров	Исфара	Канибадам
Одноразовые		✓		✓	✓	✓
Многоразовые	✓		✓			
Имеется ли бак для стерилизации	Имеется		Имеется			
Другое	-	-	-	-	-	-
Помещение для физиотерапевтических занятий	Имеется	Нет	Имеется	Нет	Имеется	Нет

Комментарии: В ПУ р. Рудаки заведующий отделением перечислил следующие виды медикаментов, которые имеются в кабинетах для обследования: трансинг-таблетки, мельперон, карбамазепин, трифазин, фенобарбитал, диазепам, сибазон, адексин, аминазин. В ПУ Б. Гафуровского района перечислили следующие медикаменты: Глюкоза, Витамины С, В1, В6, реополиглюкин, диклофенак, офлодекс, аминазин. В ПУ Исфары имеются следующие медикаменты: парацетамол, диазепам, глюкоза, эуфилин, новокаин, димедрол, дофамин, спирт, йод, зеленка. В ПУ г. Душанбе перечислили следующие медикаменты: все необходимые препараты для оказания первой

помощи, а также психотропные препараты. В ПУ Канибадама сообщили, что у них имеются все лекарства. В ПУ Нурека привели следующий список медикаментов: нейролептики, седативные средства, соматические средства и противосудорожные.

В 57 % ПУ, в которых было проведено наблюдение, условия содержания удовлетворительны. В 43 % ПУ – неудовлетворительны.

VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

Доступ к информации

Опрос показал, что информирование пациентов об их правах носит нерегулярный характер, то есть, проводится в отношении не всех пациентов и не всегда, а также, скорее, выражает инициативу персонала ПУ, нежели обязательное требование в отношении всех пациентов. Также в ПУ отсутствуют письменные регламентированные правила, закрепляющие порядок разъяснения пациентам их прав в доступной для них форме с перечислением этих прав. Также отсутствуют доказательства разъяснения пациентам их прав. В ходе мониторинга не было обнаружено документов, где бы пациенты расписывались о разъяснении им их прав, опрос также показал, что права разъясняются, в основном, устно.

Как показали результаты опроса пациентов психиатрических учреждений касательно информирования об их правах, менее половины респондентов были проинформированы о своих правах (43 %). Информация преподносилась устно, в основном, со стороны персонала ПУ. Пациентам разъяснялась лишь часть прав, например, право «на получение информации о своих правах», право на уважительное и гуманное отношение и др. Большинство пациентов были проинформированы о назначенном им лечении со стороны лечащего врача. В то же время, более половины опрошенных пациентов не знают о своем праве на обжалование действий работников психиатрического учреждения

Наблюдение показало, что в ПУ Исфары и Канибадама Согдийской области имеются стенды с разъяснением прав пациентам. В ПУ Исфары информационная доска вывешена в коридоре, информация представлена на таджикском языке. В ПУ Канибадама стенд вывешен в кабинете старшей медсестры, информация представлена на русском и таджикском языках.

Таким образом, право пациентов ПУ на информацию соблюдается не в полной мере, частичное разъяснение прав является недо-

статочным и отвечает требованиям национального законодательства РТ и международным стандартам о доступе к информации.

Принципы госпитализации

Опрос пациентов по поводу их госпитализации показал, что большинство из них госпитализированы в ПУ добровольно, только ¼ часть пациентов была помещена в ПУ принудительно (их привели родственники или сотрудники милиции). Как показал опрос, при госпитализации большинство пациентов подвергались раздеванию, обыску и осмотру, но было выявлено только 4 случая, когда раздевание пациента проводил, или в раздевании пациента участвовал персонал противоположного пола. Таким образом, можно сделать вывод о том, что при госпитализации в ПУ права госпитализируемых лиц, как правило, не нарушаются со стороны персонала ПУ. Выявленные единичные нарушения со стороны младшего персонала ПУ (например, при обыске и раздевании) являются, скорее, исключением.

Опрос не выявил случаев лечения пациентов новыми препаратами, которые ранее нигде не использовались, в рамках их тестирования, но в то же время, 40 % пациентов не знают, могли ли быть использованы при их лечении такие препараты, поэтому ответить однозначно они затруднились.

Право на доступ к адвокату и обжалование

Мониторинг показал, что помощью и защитой адвокатов не пользовался практически никто из опрошенных пациентов ПУ во время нахождения в ПУ. Параллельный опрос адвокатов, в свою очередь, подтвердил, что лица с психическими расстройствами и их родственники крайне редко обращаются за помощью к адвокатам за защитой своих прав и интересов.

Только 6 % пациентов сказали, что они нуждались в адвокате по различным причинам: обжалование принудительной госпитализации, плохое обращение персонала, в рамках уголовного дела. Встретиться с адвокатом удалось только пациентам, в отношении которых были возбуждены уголовные дела. Остальным нуждающимся в адвокате пациентам он не был предоставлен.

Ни один опрошенный в ходе мониторинга родственник пациентов ПУ не обращался к адвокату в защиту интересов своих родственников, т.к., по их словам, их родственники ни на что не жаловались.

Опрос адвокатов показал, что из 79-ти опрошенных адвокатов только к 7-ми из них обращались лица с психическими расстройствами или их родственники в связи с обжалованием принудительной госпитализации. И только к 2-м адвокатам обращались с жалобами на плохое обращение со стороны персонала психиатрических учреждений. За последние 5 лет к адвокатам (г. Душанбе) поступили только 3 обращения на жестокое или плохое обращение персонала к пациентам ПУ.

Контакты с внешним миром

Большинство опрошенных пациентов ПУ указали, что их могут посещать близкие и родственники, и помещения разрешены ежедневно. Как правило, свидания происходят в столовой либо во дворе учреждения. Специально отведенного для свиданий места, как правило, не имеется. Лишь 1/5 часть пациентов ответила, что свидания проходят в специально отведенном месте для свиданий (комната для свиданий). Но наблюдение в целевых ПУ показало, что специально отведенной комнаты для свидания не имеется ни в одном ПУ.

Ни у одного опрошенного респондента (пациента) не имелось в ПУ мобильного телефона, а пользоваться городским телефоном ПУ разрешено лишь 10 % пациентам, что ставит пациентов в полную зависимость от персонала ПУ и предполагает невозможность пациентов связаться со своими родственниками, а также с адвокатом в случае необходимости. У пациентов ПУ также не имеется доступа к Интернету.

Во время лечения большая часть опрошенных пациентов ПУ не имеет права покидать территорию учреждения.

Поскольку некоторых пациентов родственники навещают нечасто, а некоторых не навещает никто, сообщить о каких-либо проблемах, с которыми они могут столкнуться в ПУ, таким пациентам может быть затруднительно. Практика отправления и получения

писем в ПУ, как показал, мониторинг, не развита. Почти половина пациентов ответила, что они не могут отправлять и получать письма и посылки, но, как выяснилось, многие пациенты не видят в этом необходимости, но некоторые пациенты сказали, что это не разрешено.

Отправляемые и получаемые письма и посылки, в большинстве случаев проверяются со стороны персонала ПУ, которые объясняют это заботой о безопасности пациентов. Содержание писем проверяется, в основном, со стороны дежурных, лечащих врачей и заведующих отделениями с целью не навредить никому, **чтобы пациент не жаловался и не писал негативных писем, с целью безопасности.**

Опрошенные руководители ПУ указали, что пациенты могут отправлять жалобы и заявления в прокуратуру, суд и другие государственные органы и адвокату, и что содержание жалоб не просматривается со стороны руководителей ПУ, за исключением ПУ г. Нурек, руководитель которого отметил, что содержание жалоб и заявлений проверяется со стороны заведующего отделением, чтобы содержание письма не навредило никому.

Таким образом, если пациент захочет подать жалобу на какие-либо недостатки в ПУ (условия содержания, отношение персонала, лечение и др), то, скорее всего, исходя из результатов мониторинга, такая жалоба не дойдет до адресата. Кроме того, ни в одном ПУ не имеется почтовых ящиков.

Свобода от пыток

Согласно результатам проведенного мониторинга, плохое и жестокое обращение со стороны персонала ПУ по отношению к пациентам встречается крайне редко и является, скорее, редким исключением. Так, только 4 % пациентов отмечали случаи плохого обращения с ними, в основном, со стороны младшего персонала ПУ (медсестра, медбрат, санитарки). Практика наказаний и применения шоковой терапии к пациентам за плохое поведение и в качестве метода лечения в ПУ также отсутствует. Только 2 пациента из общего количества опрошенных указали, что их наказывали, 1 пациент ска-

зал, что к нему применялась шоковая терапия. Ни один опрошенный пациент не помещался с целью наказания (и в других целях) в специальное изолированное помещение («карцер»), но небольшая часть опрошенных (16 %) указала, что такое помещение в ПУ существует.

По словам руководителей, и младшего персонала ПУ специальных изолированных помещений для содержания буйных пациентов в ПУ не имеется. В то же время, 12 % опрошенных врачей указали на наличие такого помещения в ПУ. А один из врачей сообщил, что пациенты могут содержаться в таком помещении вплоть до недели.

Если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала, к нему, как правило, применяются медикаментозные меры (уколы, таблетки). Двое руководителей также указали, что сначала применяются медикаментозные меры, и если они безрезультатны, на пациентов может одеваться смирительная одежда и применяться фиксаторы. Остальные руководители указали, что в их ПУ применяются только медикаментозные меры. И руководители, и врачи, и младший персонал отметили, что официально шкалы мер физического усмирения в целевых ПУ не существует, но некоторые врачи указали, что такая шкала применяется ими на практике. Так, сначала проводится беседа с пациентом, если это не помогает, то надевается смирительная рубашка или фиксаторы (в некоторых ПКУ после беседы применяют медикаменты), а далее в порядке убывания применяются медикаментозные меры, привязывание к кровати и изолированное помещение.

Опрошенные врачи и младший персонал сообщили, что, кроме медикаментозных мер, в отношении буйных пациентов применяются такие меры, как привязывание к кровати или батарее ремнями, веревками, фиксация, смирительная одежда.

Все опрошенные руководители ПУ отметили, что в их учреждении не было случаев превышения персоналом пределов необходимого физического воздействия. Не во всех случаях применяемые к пациентам меры усмирения фиксируются в документации ПУ. Специальных инструкций по применению мер физического усмирения

и недобровольной изоляции ни в одном ПУ не имеется.

Результаты опроса пациентов также косвенно подтверждают опросом их родственников. Так, никто из опрошенных родственников не был свидетелем плохого обращения с их родственниками-пациентами ПУ со стороны персонала ПУ.

Ни один пациент ПУ не жаловался своим родным на то, что он подвергается наказаниями в ПУ.

На вопросы о плохом обращении, применении в ПУ шоковой терапии и помещения в специальное изолированное помещение в связи с обострением болезни или в других случаях, все родственники также ответили отрицательно.

Руководители ПУ, врачи и младший персонал указали, что в их ПУ бывали случаи плохого обращения с пациентами со стороны других пациентов, но не со стороны персонала. Только один респондент из младшего персонала сказал, что был один случай избиения и оскорбления пациента со стороны персонала, виновный был привлечен за избиение к уголовной ответственности в 2006 г.

Условия содержания

Как показал мониторинг, условия содержания пациентов в целевых ПУ, во многих аспектах не соответствует санитарно-гигиеническим нормам и нормальным бытовым условиям, вплоть до негуманного отношения к потребностям пациентов, например, в отправлении естественных нужд (туалеты без дверей).

Большинство ПУ, в которых проведено наблюдение, расположены в старых зданиях, на стенах видна плесень, штукатурка облуплена. В палатах лежат от 1-го до 16-ти пациентов. Двери закрываются изнутри только в одном ПУ.

Наблюдение показало, что пациенты передвигаются по территории ПУ свободно, но на всех окнах и на некоторых дверях палат имеются решетки. Охрана имеется в 4-х ПУ. Колючая проволока – в 1-ом ПУ.

В большинстве осмотренных ПУ в палатах не имеется занавесок, тумбочек, умывальников, воды, зеркал и ламп. Центральное отопление в виде батарей имеется во всех ПУ, однако, в большинстве

из них оно не работает и непригодно для использования, в основном отопление идет от электричества. Комнаты для умывания, душевые и туалеты во всех ПУ находятся вне палат, в некоторых ПУ – во дворе. В половине ПУ туалеты не имеют дверей и замков. Холодная вода имеется, но горячей воды нет в половине осмотренных ПУ. Баня имеется только в 2-х ПУ.

Постельное белье имеется во всех палатах, но не на всех постелях (Согдийская область). Постельное белье, в основном, чистое и целое, за исключением ПУ Согдийской области, где интервьюеры отмечают, что белье грязное и не всегда целое.

Подавляющее большинство пациентов довольны условиями их пребывания в ПУ. Нескольким пациентам, недовольным условиями пребывания в ПУ, не нравятся еда, одежда, туалет и ванная, спальные места, отношение персонала, то, что иногда выключают электричество.

Питание пациентов удовлетворительное, качество пищи хорошее, пища калорийная. На питание одного пациента в день выделяется около 3-4 сомони, за исключением ПУ Б. Гафуровского района Согдийской области, в котором на питание одного пациента выделяется 55 дирам в день.

Телевизор есть во всех ПУ в рабочем состоянии, пациентам разрешено смотреть телевизор во всех целевых ПУ.

Библиотеки не имеется ни в одном ПУ, свежие газеты интервьюеры обнаружили только в одном ПУ.

Принудительный труд

Как показал мониторинг, принудительный труд в целевых ПУ не применяется. Некоторые пациенты выполняют различную несложную работу на кухне, во дворе, в огороде, но они занимаются этим добровольно. Налаженной системы реабилитационной трудовой терапии для пациентов в ПУ не имеется ни в одном из целевых ПУ.

Рекомендации

1. Включить в законодательство положения о медицинском страховании, которое позволит гарантировать получение лицами, страдающими психическими расстройствами, необходимой и доступной помощи.
2. Включить оказание услуг по психическому здоровью в систему первичной бесплатной медико-санитарной помощи.
3. Внести изменения в Закон РТ «О психиатрической помощи» и привести его в соответствие с ГПК РТ.
4. Внести изменения в ст. 54 Закона «Об охране здоровья населения» и привести ее в соответствие с Законом РТ «О психиатрической помощи» и ГПК РТ.
5. Осуществлять постепенное внедрение интегрированных служб психического здоровья по месту жительства путем перестройки существующей системы оказания психиатрической помощи.
6. Разработать четкий механизм регулярного независимого контроля во всех случаях принудительной госпитализации и лечения, а также в случаях добровольной госпитализации и лечения, продолжительность которых превышает определенный срок.
7. Провести серию семинаров с участием международных экспертов для сотрудников и персонала общей лечебной сети и служб охраны психического здоровья по защите прав людей с психическими расстройствами и соблюдению медицинской этики.
8. Принять этические стандарты для государственного и частного здравоохранения в области психического здоровья.
9. Осуществлять также специальную подготовку работников пра-

воохранительных органов, юристов, социальных работников, педагогов и других лиц по вопросам психического здоровья и соблюдения прав человека в отношении лиц с психическими расстройствами.

10. На регулярной основе проводить посещения психиатрических учреждений с целью мониторинга условий содержания психически больных лиц и соблюдения их прав, в особенности, на свободу от пыток и жестокого обращения.
11. Разработать и внедрить программу подготовки основных категорий персонала психиатрических учреждений.
12. Разработать и принять Инструкцию о применении мер физического удержания и усмирения пациентов в психиатрических учреждениях.

Приложение 1 (Инструментарий)

Вопросник для руководителя психиатрического учреждения

Ф.И. интервьюера: _____

Дата проведения интервью: _____

Место проведения интервью: _____

Общая информация

Место расположения и название учреждения _____

Стаж работы по специальности врача-психиатра _____

Стаж работы в качестве руководителя данного учреждения _____

Нанесение телесных повреждений/сексуальное насилие в отношении пациентов

1. Были ли случаи плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились пациентами друг другу?

Да

Нет

1.1. Если да, то в чем это заключалось (обозначить галочкой в квадрате):

Заставляли делать грязную работу

Избивали

Оскорбляли

Забирали еду, посылки

Забирали одежду

Принуждали к сексуальным действиям

Иное (указать) _____

2. Были ли случаи плохого обращения/насилия/избиений, которые наносились со стороны персонала пациентам? (если ответ «нет», переходить к _3_ вопросу)

- Да Нет

2.1. Если да, то в чем это заключалось (обозначить галочкой в квадрате):

- Заставляли делать грязную работу
 Избивали
 Оскорбляли
 Забирали еду, посылки
 Забирали одежду
 Принудили к сексуальным действиям
 Иное (указать) _____

2.2. Сообщается ли о данных случаях в правоохранительные органы?

- Да, всегда
 Да, не всегда (почему?) _____
 Нет (почему?) _____

3. Привлекался ли персонал психиатрического учреждения к уголовной ответственности за плохое обращение с пациентами?

- Да
 Нет (почему?) _____

3.1. Если да, за какое плохое обращение?

- Избиение
 Сексуальное насилие
 Оскорбления, унижения
 Иное (указать) _____

Право на общение пациентов с внешним миром

4. Могут ли родственники и другие близкие люди посещать пациента?

- Да
- Нет

5. Какие дни приема установлены в данном психиатрическом учреждении? __

6. Какие часы приема установлены в данном психиатрическом учреждении? __

Комментарии _____

7. Могут ли пациенты общаться со своими посетителями наедине?

- Да
- Нет

7.1. Если ответ «Нет», кто присутствует в момент посещений?

8. Может ли пациент отправлять и получать корреспонденцию (письма, записки и др.)?

- Да, только получать письма
- Да, только отправлять письма
- Да, и получать, и отправлять письма
- Нет (почему?) _____

8.1. Если ответ «Да», проверяет ли персонал содержание писем?

Да (уточнить, кто именно из персонала проверяет содержание писем, и с какой целью) _____

- _____
- Нет

Коментарии _____

9. Может ли пациент отправлять жалобы и заявления в прокуратуру, суд, другие государственные органы, а также адвокату?

- Суд Да Нет (почему)? _____
 Адвокат Да Нет (почему?) _____
 Прокурор Да Нет (почему?) _____

9.1. Если ответ «Да», проверяет ли персонал содержание жалоб / заявлений?

Да (уточнить, кто именно из персонала проверяет содержание писем, и с какой _____

Нет
Иное _____

Меры физического усмирения (удержания) пациентов

10. Какие меры применяются в случае, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала?

- Смирительная одежда
 Привязывание к кровати или к батарее ремнями, веревками
 Скручивание пациентам рук,
 Медикаментозные меры (уколы, таблетки)
 Электрошок
 Резиновые дубинки
 Помещение в изолированную палату
 Иное (указать) _____

11. Имеется ли шкала мер физических усмирений и недобровольной изоляции, если пациент ведет себя буйно и угрожает жизни и здоровью других пациентов или персонала в порядке от менее тяжелых до тяжелых?

Да. Укажите последовательность:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Нет. Можно применять любые меры усмирения
Иное

12. Сколько времени пациент обычно содержится в изолированном помещении?

- Несколько часов (уточнить примерное количество часов) ____
 - Несколько дней (уточнить количество дней) _____
 - Иное (пояснить) _____
-

13. Если пациент получил физические травмы при применении мер физического усмирения / удержания, фиксируются ли данные факты в медицинской документации пациента?

- Да, всегда
- Да, но не всегда (почему?) _____
- Нет (почему?) _____

14. Были ли случаи превышения персоналом пределов необходимого физического воздействия?

- Да

Нет

14.1. Если да, наказывается ли персонал в случае превышения пределов необходимого физического воздействия?

Да

Нет

14.2. Если ответ «Да», каким образом наказывается персонал:

Применяются меры дисциплинарного характера (замечание, выговор, строгий выговор)

Применяются меры материальной ответственности (штрафы, удержания из заработной платы)

Применяются меры уголовного преследования (сообщается в правоохранительные органы)

Иное (пояснить) _____

15. Кто принимает решение о применении физических ограничений или изоляции пациента?

Руководитель психиатрического учреждения

Лечащий врач пациента

Санитар

Иное (пояснить) _____

16. Имеется ли специальная инструкция по применению физических ограничений и недобровольной изоляции?

Да. Где она находится? _____

Нет

17. Регистрируется ли каждый случай физического ограничения или недобровольной изоляции в документации?

Да

Нет

Иное _____

17.1. Если ответ «Да»,

- В какой документации регистрируются эти случаи? _____

- Где / у кого хранятся эти документы? _____

- Имеется ли доступ к этим документам у родственников пациента?
Да Нет
- Имеется ли доступ к этим документам у адвоката пациента?
Да Нет
- Вносятся ли в документы причины, характер, и степень ограничения или изоляции? Да Нет

Психиатрическая помощь

18. Какие виды психиатрической помощи оказываются пациентам в данном учреждении?

- первичное психиатрическое освидетельствование
- амбулаторная психиатрическая помощь
- стационарная психиатрическая помощь
- иное (указать) _____

19. Какой объем финансирования в год выделяется на данное психиатрическое учреждение? (указать сумму) _____

20. Из каких средств складывается финансирование данного психиатрического учреждения?

- из средств государственного бюджета
- из частных средств (уточнить, каких именно) _____
- иное (пояснить) _____

Комментарии _____

Помещение лица в психиатрический стационар

21. В каком случае лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар по решению врача-психиатра без его согласия?

В любом случае, когда врач-психиатр посчитает необходимой госпитализацию лица.

В случае, если лицо имеет выраженное психическое расстройство и представляет опасность для себя и для окружающих.

Иное (пояснить) _____

22. Если лицо госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия по решению врача-психиатра, должно ли быть чем-либо подтверждено данное решение врача-психиатра?

Да

Нет

22.1. Если ответ «Да», то чем подтверждается решение врача-психиатра о недобровольной госпитализации человека в психиатрический стационар?

решением комиссии врачей-психиатров

решением суда

иное (пояснить) _____

23. Если лицо помещено в психиатрический стационар с его согласия или согласия его законного представителя, каким образом оформляется данное согласие?

- Устно
- Письменно (где хранится письменное согласие?) _____

24. Разъясняются ли лицу основание и цели помещения его в психиатрический стационар со стороны администрации учреждения?

- Да (каким образом?) _____
- Нет

25. Разъясняется ли лицу, помещенному в психиатрический стационар, порядок обжалования решения о помещении в психиатрический стационар?

Да (каким образом? Письменно или устно? Где это фиксируется?) _____

-
- Нет

26. Уведомляются ли родственники лица о его помещении в психиатрический стационар?

- Да
- Нет

26.1. Если ответ «Да», в течение какого времени родственники уведомляются о помещении лица в психиатрический стационар?

- В течение 24 часов
- В течение 48 часов
- Иное (указать) _____

27. Каков максимальный срок нахождения пациента в учреждении?

- От нескольких дней до месяца
- До трех месяцев
- До шести месяцев
- До года

Иное (указать) _____

Лечение

28. Существуют ли письменные инструкции по применению медикаментозной терапии?

- Да
 Нет

29. Все ли применяемые лекарства являются препаратами с известным или доказанным действием?

- Да
 Нет

29.1. Если нет,

- почему используются эти лекарства? _____
- Кто дает разрешение на их использование? _____
- Имеют ли данные лекарства побочные действия? _____

30. Имеется ли перечень необходимых медицинских препаратов, которые должны быть в каждом психиатрическом учреждении?

- Да (попросить показать этот перечень) _____
 Нет

31. Информирована ли больной

- о характере его психического заболевания Да Нет (почему?) _____
- целях лечения Да Нет (почему?) _____
- методах лечения Да Нет (почему?) _____
- продолжительности лечения? Да Нет (почему?) _____

31.1. Если Да, каким образом? _____

31.2. Если нет, то почему? _____

32. Берется ли у больного предварительное согласие на лечение?

Да

Нет (почему?) _____

32.1. Если ответ «Да», каким образом у пациента или его законного представителя / опекуна берется согласие на лечение?

Устно

Письменно (где / у кого хранится согласие?) _____

33. Ставятся ли пациентам в известность о возможной физической боли или дискомфорте, о риске и побочных эффектах предлагаемого лечения?

Да

Нет

Иное _____

34. Может ли больной отказаться от предлагаемого лечения?

Да

Нет

35. Если лечение уже проводится, может ли больной отказаться от лечения?

Да

Нет

36. Принимают ли пациенты участие в применении лечения новыми препаратами в рамках их тестирования?

- Да
- Нет

36.1. Если да, информируются ли пациенты/их родственники о том, что им будут назначаться новые препараты в рамках их тестирования?

- Да, информируют до начала лечения
- Да, информируют во время лечения
- Да, информируют после лечения
- Не информируют
- Иное

36.2. Если да, предоставляется ли пациентам/их родственникам информация о возможной физической боли или дискомфорте, о риске и побочных эффектах применения нового препарата, а также о его пользе?

- Информированы о пользе перед началом лечения
- Информированы о пользе после начала лечения
- Информированы о риске и побочных эффектах перед началом лечения
- Информированы о риске и побочных эффектах после начала лечения
- Информированы о том и другом перед началом
- Информированы о том и другом после начала лечения
- Не информируются
- Иное _____

37. Могут ли пациенты отказаться от принятия новых лекарств в рамках тестирования?

- Да
- Нет
- Иное

Право на защиту

38. Были ли случаи, когда больные просили пригласить к ним адвоката?

Да (Какие это случаи?) _____

Нет

39. Если да, допускался ли в этом случае к больному адвокат?

Да

Нет

40. В течение какого времени больной обеспечивается адвокатом?

24 часа

48 часов

В течение нескольких дней (уточнить количество дней) _____

Иное (пояснить) _____

41. Разрешается ли адвокату знакомиться с медицинскими документами больного?

Да С какими именно документами? _____

Нет (почему?) _____

42. Разрешается ли посещение данного психиатрического учреждения общественными организациями, работающими в данной сфере?

Да (какими?) _____

Нет

42.1. Если ответ «Да», с какой целью общественные организации посещают данное психиатрическое учреждение?

- С целью оказания материальной и технической помощи
- С целью осуществления общественного контроля (ознакомление с условиями содержания пациентов)
- Иное (указать) _____

43. Как часто общественные организации посещают данное психиатрическое учреждение?

- Раз в месяц
- Раз в шесть месяцев
- Раз в год
- Иное (указать) _____

Подпись интервьюера _____

От Омбудсмена _____

**Вопросный лист для интервью с пациентом
психиатрического учреждения (ПУ)**

Ф.И.О. интервьюера: _____

Место _____

Дата: « ____ » _____ 2012 г.

Пол пациента: _____

Длительность пребывания: _____

Отделение: _____

Доступ к информации о своих правах

1. Были ли вы проинформированы о Ваших правах?

- Да
- Нет
- Не знаю

Если ответ «Нет» или «Не знаю», переходите к вопросу № 6

2. Если ответ «Да», уточните, о каких именно:

- получение информации о своих правах;
- уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований;
- проведение лечения в амбулаторных и стационарных условиях с использованием щадящих методов, по возможности по месту жительства больного;
- возможность отказаться от обследования и лечения, если лицо способно к принятию осознанных решений;
- Иные права (опишите) _____

3. Кто вас проинформировал о ваших правах?

- Суд
- Врач
- Персонал учреждения,
- Сам прочитал,
- Другие пациенты
- Иное _____

4. Как вы были проинформированы о ваших правах?

- Мне устно рассказали
- Прочитал на вывешенном стенде / плакате.
- Письменно дали прочитать какую-то бумагу
- Иное _____

5. Было ли вам понятно разъяснение ваших прав?

- Да
- Нет
- Частично
- Иное _____

Принципы госпитализации

6. Как вы были доставлены в учреждение?

- Добровольно
- Принудительно (если да, опишите, как это было, кто принуждал, каким образом, какие меры принуждения предпринимались?) _____

7. Как вы попали внутрь учреждения?

- Я зашел(зашла) добровольно
- Меня насильно завели против моей воли (*кто завел, каким образом*): _____

- На меня надели наручники
- На меня надели смирительную рубашку
- Связали и завели
- Били, чтобы шел(шла) самостоятельно
- Иное _____

8. Обыскивали ли вас при принятии в учреждение?

- Да
- Нет
- Иное _____

8.1. Если да, кто вас обыскивал? _____

8.2 Пол того, кто вас обыскивал: _____

9. Раздевали ли вас при принятии в учреждение:

- Да
- Нет

9.1 Если ответ «Да», каким образом вас раздевали?

- Догола
- Частично (какую часть одежды сняли?)

9.2 Если вас раздевали догола, где это происходило?

- в отдельном помещении
- в коридоре
- на виду у родственников и других лиц
- на виду у пациентов
- на виду у персонала
- иное _____

9.3 Пол того, кто вас раздевал догола? _____

10. Забрали ли у вас при принятии в ПУ ваши личные вещи?

- Да (какие вещи?) _____
- Нет

10.1. Если забрали, выдали ли вам замену?

- Да. Что именно дали? _____
- Нет

11. Где производился осмотр врача?

- В отдельном месте, без присутствия других лиц
- На виду у других лиц

11.1. Если на виду у других лиц, то кто присутствовал, уточните (например, другие пациенты, посторонние лица, охрана и т.д.) _____

Лечение

12. Информировали ли вас о том, какое лечение вам было назначено?

- Да
- Нет
- Не всегда
- Иное _____

12.1 Если да, кто информировал

- Врач
- Медсестра / медбрат
- Иное _____

13. Принимали ли вы участие в применении лечения новыми препаратами, которые ранее нигде не использовались, в рамках их тестирования?

- Да
- Нет
- Не знаю
- Иное _____

Если «нет» или «не знаю», переходите к вопросу № 14

13.1. Если да, информировали ли вас о том, что вам будут назначаться новые препараты в рамках их тестирования?

- Да, информировали до начала лечения
- Да, информировали во время лечения
- Да, информировали после лечения
- Не информировали
- Не помню
- Иное

13.2. Если да, предоставлялась ли вам информация о возможной физической боли или дискомфорте, о риске и побочных эффектах применения нового препарата, а также о его пользе?

- Информировали о пользе перед началом лечения
- Информировали о пользе после начала лечения
- Информировали о риске и побочных эффектах перед началом лечения
- Информировали о риске и побочных эффектах после начала лечения
- Информировали после окончания лечения
- Информировали о том и другом перед началом
- Информировали о том и другом после начала лечения
- Не информировали
- Не помню
- Иное _____

13.3 Разъяснялось ли вам право отказаться от принятия новых лекарств, которые назначались вам в рамках их тестирования?

- Да
- Нет
- Не знаю
- Не помню

Иное _____

13.4 Выразили ли вы согласие на участие в тестировании новых лекарств?

- Да (каким образом: устно, письменно?) _____
- Нет
- Не помню
- Иное _____

Обжалование

14. Знаете ли вы о своем праве обжаловать действия (бездействия) работников психиатрического учреждения (ПУ)?

- Да
- Нет
- Иное _____

15. Если да, то жаловались ли вы на действия (бездействие) работников ПУ?

- Да
- Нет
- Иное

15.1. Если да, на что жаловались (можно отметить несколько вариантов ответов)?

На плохое отношение ко мне: (интервьюер просит рассказать, в чем это заключалось) _____

На плохие условия (интервьюер просит рассказать, в чем это заключалось) _____

На лечение (интервьюер просит рассказать, в чем это заключалось) _____

Иное _____

15.2. Если да, куда / кому?

Руководителю ПУ: письменно устно

В суд: письменно устно

Родственникам: письменно устно

Лечащему врачу: письменно устно

Иное _____

16. Были ли предприняты какие-либо действия по разрешению вашей жалобы, или какой был результат вашей жалобы/жалоб? (отвечать на этот вопрос, если в вопросе № 15 отмечен вариант «да»)

Да, какие: _____

Нет

Иное

Право на доступ к адвокату

17. Была ли у вас необходимость пользоваться услугами адвоката, находясь в ПУ?

Да

Нет

Иное

17.1. Если да, по какому вопросу/проблеме?

- Обжалование принудительной госпитализации
 Жалоба на плохое обращение со стороны персонала ПУ
(описать, какое именно плохое обращение) _____

- Жалоба на плохие условия содержания (описать) _____

- Иное (описать) _____

17.2. Если да, смогли ли вы встретиться с адвокатом?

- Да
 Нет (почему?) _____
 Иное _____

Право на общение пациентов с внешним миром (Контакты с семьей)

18. Могут ли родственники и другие близкие люди посещать вас?

- Да
 Нет (почему?) _____

18. 1. Если да, посещают ли они вас?

Да, когда? Как часто _____

19. Какие дни приема установлены в данном психиатрическом учреждении? _

- Каждый день
 Один раз в неделю
 2-3 раза в неделю
 Один раз в месяц
 Иное (указать) _____

20. Какие часы приема установлены в данном психиатрическом учреждении? _____

21. Есть ли у вас возможность общаться со своими посетителями наедине?

- Да
- Нет

22. Если ответ «Нет», кто присутствует в момент посещений?

- Врач
- Медсестра / медбрат
- Санитар
- Другие пациенты
- Иное (указать) _____

23. Где проходят ваши встречи с посетителями?

- В палате
- В специальной комнате для свиданий
- В столовой
- Во дворе больницы
- Иное (указать) _____

24. Можете ли вы отправлять и получать письма, посылки и др.)?

- Да, только получать письма и посылки
- Да, только отправлять письма и посылки
- Да, и получать, и отправлять письма и посылки
- Нет (почему?) _____

25. Если ответ «Да», проверяет ли персонал содержание ваших писем и посылок?

- Да, проверяют письма и посылки (уточнить, кто именно из персонала проверяет содержание писем) _____
- Да, проверяют только письма
- Да, проверяют только посылки

Нет

26. Как часто вы можете отправлять письма и посылки?

- Каждый день
- 2-3 раза в неделю
- Один раз в неделю
- Один раз в месяц
- Иное _____

27. Как часто вы можете получать письма и посылки?

- Каждый день
- 2-3 раза в неделю
- Один раз в неделю
- Один раз в месяц
- Иное _____

28. Можете ли вы общаться с вашими родственниками и близкими посредством телефонной связи?

- Да, у меня есть в ПУ личный мобильный телефон
- Да, я могу звонить со стационарного (городского) телефона ПУ
- Нет, я не могу звонить, но родственники звонят на телефон ПУ и меня зовут к телефону
- Не знаю, я ни с кем не общаюс по телефону
- Нет (почему?) _____

28.1 Если ответ «да», как часто вы можете общаться по телефону?

- Каждый день
- 2-3 раза в неделю
- Один раз в неделю
- Один раз в месяц
- Иное _____

29. Можете ли вы временно покинуть ПУ в период лечения?

- Да

- Нет

29.1 Если да, на какое время вы можете покинуть ПУ?

- На несколько часов (укажите) _____
- Несколько дней (укажите) _____
- Иное (укажите) _____

29.2 У кого вы спрашиваете разрешение, чтобы временно покинуть ПУ?

- У руководителя ПУ
- У своего лечащего врача
- У медсестры / медбрата
- Ни у кого не спрашиваю
- Иное _____

Принудительный труд

30. Делаете ли вы какую-либо работу в ПУ?

- Да: *(Опишите, какую именно. Можно отметить несколько вариантов ответов)*
- Работа на кухне
 - Уборка в туалете
 - Подметаю двор
 - Иное _____
- Нет
- Иное _____

31. Добровольно ли вы это делаете?

- Да
- Нет
- Иное _____

32. Заставляют ли вас работать в качестве наказания?

- Да (кто заставляет?) _____
- Нет

- Иное _____

32.1. Если да, то какую работу чаще всего приходится выполнять?

- Работа на кухне
 Уборка в туалете
 Подметаю двор
 Иное _____
-

33. Если не хотите выполнять эту работу, какие меры и последствия для вас бывают?

- Никакие
 Закрывают в темной комнате
 Не дают еды
 Бьют меня
 Кричат на меня
 Делают укол
 Иное _____

Плохое обращение

34. Были ли случаи плохого обращения с Вами со стороны персонала учреждения?

- Да
 Нет

Если нет, перейти к вопросу № 35

34.1 Если да, со стороны кого из персонала было плохое обращение?

- Врача
 Медсестры /медбрата
 Санитарки /санитара
 Иное (указать) _____

34.2 В чем заключалось плохое обращение:

- Заставляли делать грязную работу

- Избивали
- Оскорбляли
- Забирали еду, посылки
- Забирали одежду
- Принудили к сексуальным действиям (описать) _____

Привлекали к работе в принудительном порядке (какой работе?) _____

Иное _____
Приведите примеры _____

35. Были ли случаи плохого обращения с Вами со стороны других пациентов?

- Да Нет

35.1 Если да, то в чем заключалось плохое обращение:

- Заставляли делать грязную работу
- Избивали
- Оскорбляли
- Забирали еду, посылки
- Забирали одежду
- Принудили к сексуальным действиям
- Иное _____

Приведите примеры: _____

35.2 Если да, как реагировал персонал на такое поведение других пациентов?

Наказывали (каким образом?) _____

Не обращали внимания

Они сами способствовали этому

Иное _____

36. Были ли вы свидетелем плохого обращения с другими пациентами со стороны персонала

Да

Нет

Если да, то в чем заключалось плохое обращение:

Заставляли делать грязную работу

Избивали

Оскорбляли

Забирали еду, посылки

Забирали одежду

Принудили к сексуальным действиям

Иное _____

Приведите примеры:

Наказания

37. Наказывали ли вас в ПУ?

Да (как часто?) _____

Нет

37.1. Если да, каким образом вас наказывали?

Били (как?) _____

Связывали руки

Оставляли в изолированном темном помещении (на сколько времени?) _____

Лишали еды и питья

Лишали прогулки

Лишали просмотра телевизора

Лишали свиданий с родственниками

Иное (описать) _____

37.2 Если да, за что вас наказывали?

- За плохое поведение (в чем заключалось плохое поведение?) _____
- За побег из больницы
- За отказ от принятия лекарств
- За порчу оборудования ПУ
- За нанесение вреда работникам ПУ
- За нанесение вреда другим пациентам
- Иное _____

37.3 Кто применял к вам наказание?

- Врач
- Медсестра / медбрат
- Санитар
- Иное (указать) _____

38. Применялась ли к вам когда-нибудь шоковая терапия?

- Да
- Нет

38.1. Если да в каких случаях?

- Чтобы напугать
- Чтобы успокоить
- Чтобы наказать
- Чтобы вылечить
- Иное _____

39. Существует ли в ПУ специальное отдельное (изолированное) помещение, куда пациентов помещают в случаях обострения болезни или в других случаях?

- Да
- Нет
- Иное _____

39.1 Если да, помещали ли вас в это специальное изолированное помещение?

- Да
- Нет

39.2 За что вас помещали в специальное изолированное помещение?

- Наказали за плохое поведение
- Если пачкал одежду или палату
- Иное _____

39.3 Сколько времени вы находились в специальном изолированном помещении?

- Несколько часов (уточнить, сколько) _____
- Несколько дней (уточнить, сколько) _____
- Иное _____

39.4 Сообщали ли вам заранее о том, как долго вы будете находиться в специальном изолированном помещении?

- Да
- Нет
- Иное _____

39.5 Как вы себя там чувствовали? (можно отметить несколько вариантов ответов)

- мне было холодно
- я был голоден и хотел пить
- было темно и страшно
- там было слишком светло
- там было сыро
- там очень тесно
- не помню точно, но мне было плохо
- нормально себя чувствовал
- не помню
- иное _____

39.6. Что представляет собой изолированное помещение?

- Обычная одиночная палата
 - Специальное помещение (попросите описать) _____
-

40. Поручается ли вам присматривать за другими больными?

- Да
- Нет

40.1 Если да, в каких случаях?

- Когда поток больных очень большой
- Нехватка персонал
- Когда персонал, медсестра устают
- В случае, когда больной неподвижен
- Иное _____

40.2 Как часто вам поручают присматривать за другими?

- Каждый день
- Несколько раз в неделю
- Один раз в неделю
- Несколько раз в месяц
- Один раз в месяц
- Иное _____

41. Довольны ли вы условиями пребывания в ПУ?

- Да
- Нет

41.1 Если нет, что именно вам не нравится?

- Еда
- Одежда
- Спальные места
- Туалет
- Ванная

- Лечение
- Отношение персонала

Приведите примеры: _____

Подпись интервьюера: _____

От Омбудсмeна: _____

**ВОПРОСНИК ДЛЯ АДВОКАТОВ И
ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НПО**
(по обращениям лиц с психическими заболеваниями
или их родственников)

Регион: _____

Дата заполнения: _____

Фамилия интервьюера: _____

1 Ваша должность:

Адвокат

Юрист НПО

2. Стаж работы в качестве адвоката / юриста НПО _____

3. Обращались ли к Вам лица с психическими заболеваниями
или их родственники за правовой помощью?

Да

Нет

4. Если «Да», по каким вопросам?

принудительное помещение в психиатрическое учреждение.

Плохое обращение со стороны персонала

Сексуальное насилие

Наказание больных персоналом

Иное (пояснить) _____

5. Обращались ли к Вам за последние 5 лет больные или их
родственники в связи с жестоким или плохим обращением персонала
к пациентам ПУ?

Больные да (сколько?) _____ нет

- Родственники да (сколько?) _____ нет

5.1 Если да, какое плохое обращение было применено:

- физическое наказание (описать, какое именно) _____

- сексуальное насилие (описать) _____

- оскорбления, унижения (описать)
- психологическое давление, угрозы (описать, какие именно)

- принудительная изоляция
- иное (описать) _____

6. Были ли в Вашей практике обращения психически больных или их родственников с жалобой на использование на пациентах лекарственных средств для апробации?

- Да
 Нет

6.1 Если «Да», сообщалось ли пациентам перед использованием информация о пробном лекарстве и его побочных эффектах?

- Да
 Нет

6.2 Если «Нет», имелись ли негативные последствия применения экспериментальных (пробных) лекарств?

- Да (какие?) _____
 Нет

7. Были ли в Вашей практике обращения психически больных или их родственников в связи с использованием персоналом для своего удобства лекарственных средств с целью усмирения пациентов?

- Да
 Нет

7.1 Если «Да», опишите, пожалуйста, эти обращения

8. Какие действия Вы советовали предпринять обратившемуся пациенту или родственникам в случае плохого обращения со стороны персонала ПУ?

- Обратиться в правоохранительные органы (милицию, прокуратуру)
- Обратиться в суд
- Обратиться к руководству ПУ
- Обратиться в Министерство здравоохранения
- Иное (пояснить) _____

9. Были ли предприняты меры в отношении персонала после обращения с жалобой / заявлением?

- Да
- Нет

9.1 Если «Да», какие меры были предприняты:

- Меры дисциплинарного характера (замечание, выговор, строгий выговор)
- Меры материальной ответственности (штрафы, удержания из заработной платы)
- Меры уголовного преследования (сообщается в правоохранительные органы)
- Иное (пояснить) _____

10. Каково в Вашей практике количество удовлетворенных жалоб на плохое обращение персонала психиатрических учреждений к психически больным лицам в соотношении с общим количеством поданных на персонал жалоб?) _____

Подпись интервьюера: _____