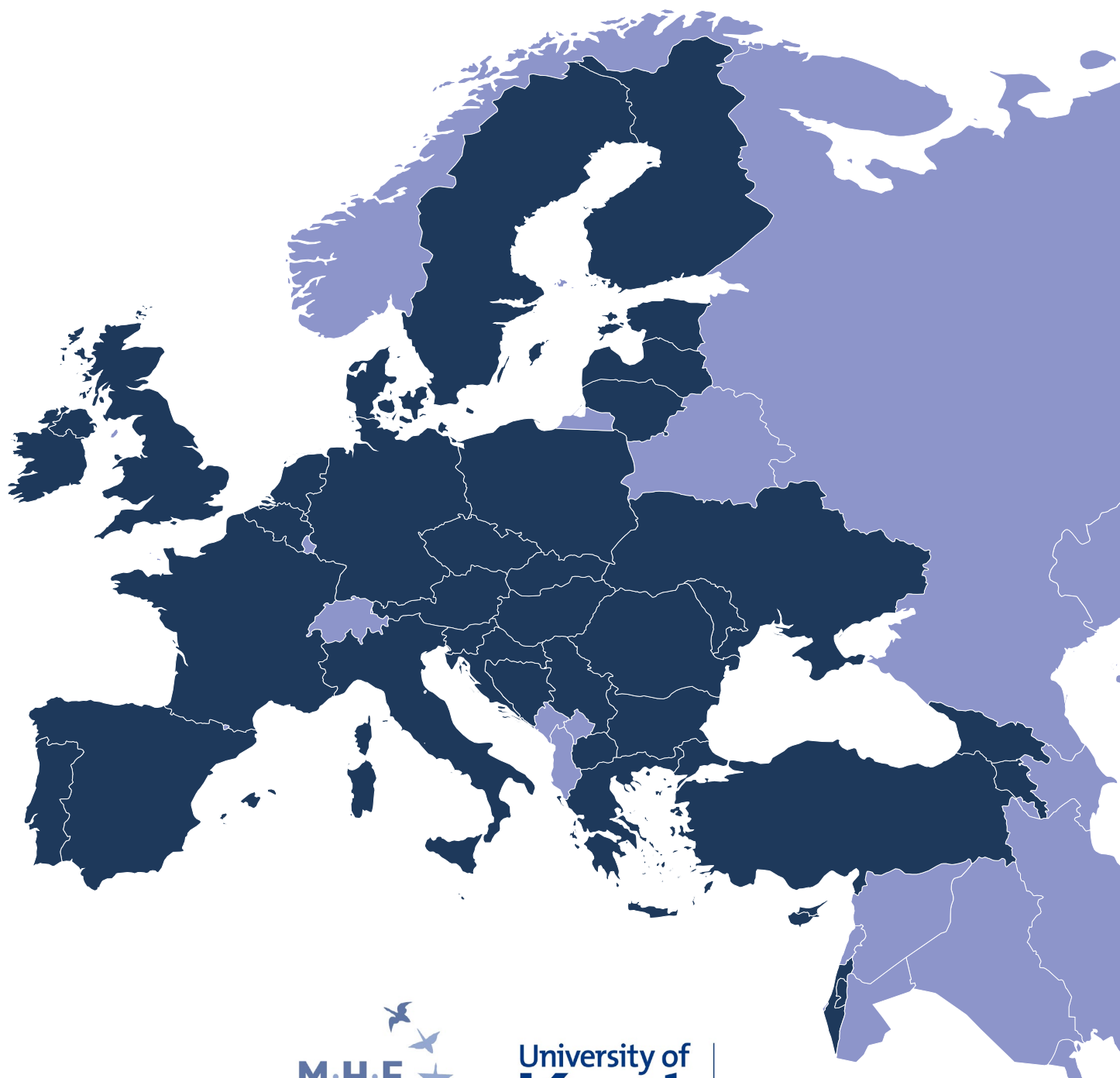

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

КОРОТКИЙ ЗМІСТ

Цей звіт, що має назву «Географічне позначення та розуміння виключення - інституційні, примусові та загальнодоступні послуги та практика в Європі» - це нове та розширене видання звіту у сфері охорони психічного здоров'я в Європі 2012 року про географічне виключення. Доповідь була написана Кентським університетом спільно з Європейським центром охорони психічного здоров'я (МНЄ) за участю членів Європейського центру охорони психічного здоров'я та партнерських організацій і за підтримки Відкритого товариства ініціативи з питань психічного здоров'я та Програми рівності і громадянства Європейського Союзу. Звіт спрямований на отримання оновленої та більш всеосяжної інформації про закони, що регламентують психічне здоров'я в Європейських країнах, використання недобровільних або примусових місць проживання та лікування, практику вразливості та стриманості, а також нововиявлені проблеми у сфері психічного здоров'я в Європі. Відображаючи систему охорони психічного здоров'я в Європі, у доповіді також висвітлюються положення про права людини для людей, які користуються послугами у сфері психічного здоров'я та людей з психосоціальною інвалідністю. Цього разу особлива увага приділяється історіям людей, які пройшли інституціоналізацію та примушення до отримання послуг з психічного здоров'я, які, як ми сподіваємось, сприятимуть глибшому розумінню виключення з яким ці люди стикаються в суспільстві.

Звіт показує, що, хоча ситуація, описана в 2012 році дещо змінилася, все ще існує значна кількість людей з проблемами психічного здоров'я, які живуть в установах країн Європи та потребують послуг на базі громади. Незважаючи на те, що відбулися реформи, звіт показує, що існує кілька бар'єрів, таких як недостатня співпраця між органами соціальної та медичної сфери, відсутність на рівні громадських послуг послуг, що відповідають правам людини, трансінституціоналізація та жорсткість. Крім того, останнім часом деінституціоналізація розписана, як правило, у Центральній та Східній Європі, однак заклади існують і в багатьох країнах Заходу, включаючи Францію, Бельгію, Ірландію, Нідерланди, Португалію та Німеччину, де все ще проживають десятки тисяч людей з проблеми психічного здоров'я, і дедалі мало що робиться задля вирішення цієї проблеми. У Центральній та Східній Європі реалізація програм з деінституціоналізації, що фінансується ЄС була повільною, і дані про фактичні результати цих програм для людей з проблемами психічного здоров'я були обмежені.

Особисті свідчення, які люб'язно надавалися людьми, які мали життєвий досвід примусових заходів і зібрані для цього звіту, показують, що примусове розміщення та лікування можуть мати довгостроковий та руйнівний вплив на життя людей. Відсутність інформації до і під час прийому, погані фізичні умови, примусові ліки з серйозними побічними ефектами, відсутність правової допомоги, фізичної та емоційної шкоди, соціальної та фізичної ізоляції, а також стигматизація, що міститься в особистих показаннях колишніх користувачів та тих, хто вижив.

У попередньому звіті про географічні місця виключення в 2012 році кілька країн планували або виконували прогресивні та перспективні реформи в галузі правоздатності. Проте, до 2017 року в нашому звіті було виявлено, що лише деякі країни фактично змінили свої відповідні закони, і практичне впровадження прийнятих рішень залишається майже скрізь. В цілому, докази, зібрані в цьому звіті, показують, що проблема прав людини, яка стоїть перед людьми з проблемами психічного здоров'я та психосоціальною інвалідністю, як всередині, так і поза межами служб охорони психічного здоров'я, все ще має викликати серйозне занепокоєння.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

На підставі звіту ми склали наступні рекомендації:

1. Держави, які цього ще не зробили, приймають цілісні стратегії деінституціалізації у партнерстві з представницькими організаціями осіб з проблемами психічного здоров'я та психосоціальної інвалідності та іншими відповідними зацікавленими сторонами, які відповідають стандартам прав людини, залучаючи всі відповідні міністерства та сектори, включаючи медичну, соціальну допомогу та службу працевлаштування, і підтримуються належними інвестиціями для забезпечення сталості переходу до орієнтованих на оздоровлення послуг та підтримки, які відповідають стандартам громадського здоров'я та правам людини.

2. З метою зменшення примусу у сфері надання послуг з психічного здоров'я, країни Європи повинні:

- Прийняти політику, спрямовану на негайне зменшення примусових послуг у сфері охорони психічного здоров'я та, в кінцевому рахунку, усунути подібні практики у цілому з дотриманням прав людини. Політика та практика також повинні бути спрямовані на: надання інформації людям та їх сім'ям про їхні права та їхнє здоров'я; покращення зв'язку між групами громад та лікарнями; використання процедур «нульового бачення», де-ескалації та інших методів; створення амбулаторних мобільних бригад; і забезпечення підготовки з прав людини для користувачів та персоналу з особливим акцентом на Конвенцію Організації Об'єднаних Націй про права інвалідів (КПІ ООН) та інформовану згоду

- Підтримувати можливості (колишніх) користувачів послуг з психічного здоров'я та осіб з психосоціальною інвалідністю та їх представницьких організацій та забезпечити, щоб вони знали свої права та могли брати участь у прийнятті рішень щодо свого життя відповідно до статті 4.3 КПІ ООН;

- Рухатися до систем підтримки, а не замінювати прийняття рішень відповідно до статті 12 КПІ ООН, в тому числі шляхом внесення змін до законодавства щодо можливостей та психічного здоров'я, а також створення служб підтримки та розширення перспективних практик;

- Належним чином документувати та повідомляти про всі випадки застосування недобровільного розміщення та лікування, затримання та ув'язнення і причин їх використання та публічного оприлюднення цих даних.

3. Відповідно до статті 31 КПІ ООН, держави повинні документувати розташування інституційних місць та

зробити статистику доступною для громадськості. Така статистика повинна бути дезагрегована, щоб містити дані про кількість місць розташування, тип установи, тривалість, причини розміщення, а також демографічні характеристики, такі як вік та стать.

4. Відповідно до статті 8 КПІ ООН, держави повинні інвестувати в програми боротьби зі стигмою населення, які є доказовими. Кампанії з адвокації та підвищення обізнаності як на національному, так і на місцевому рівнях завжди повинні бути невід'ємною частиною реформ у сфері психічного здоров'я, стратегій деінституціалізації та реалізації.

5. Держави повинні запроваджувати системи індивідуального бюджету для підтримки деінституціалізації та незалежної та громадської життєдіяльності. Ті держави, які вже мають такі схеми, повинні гарантувати, що вони доступні людям з психосоціальною інвалідністю нарівні з іншими особами з інвалідністю.

6. Державам потрібно краще контролювати програми деінституціалізації та збирати дані, щоб гарантувати, що люди з проблемами психічного здоров'я користуються перевагами реформ і що альтернативи, створені за допомогою цих програм, реально підтримують незалежність та життєдіяльність громади відповідно до статті 19 КПІ ООН.

7. Європейський Союз (ЄС) повинен забезпечити продовження життєво важливої підтримки переходу від інституційних послуг до послуг на рівні громади в рамках багаторічної фінансової програми Post-2020, одночасно забезпечуючи посилення, розширення та ефективний моніторинг умов у нормативних документах, що регулюють використання коштів та процесів фінансування в цілях спрощення та реформування, щоб гарантувати, що всі кошти використовуються для максимально можливого впливу та відповідно до стандартів прав людини.

8. Зусилля на рівні ЄС повинні доповнюватися обміном інформацією та досвідом між країнами у сфері психічного здоров'я, включаючи повторну підтримку спільних заходів у сфері психічного здоров'я та благополуччя в рамках програми компаса ЄС щодо психічного здоров'я та благополуччя.

9. ЄС має забезпечити фінансування досліджень альтернатив примусу для розширення перспективних методів підтримки прийняття рішень, а також для розширення можливостей користувачів послуг та осіб з психосоціальною інвалідністю.

УКРАЇНА

ІНФОРМАЦІЯ ПРО КРАЇНУ

- Населення: 42,590,879 (Євростат, 2016)
- Підписання конвенції про права інвалідів: ТАК, Ратифікація конвенції про права інвалідів: ТАК

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

Україна має переважно інституційну систему лікування та реабілітації пацієнтів з психічними розладами на базі психіатричних лікарень та установ із забезпечення довготривалої медичної допомоги. Незважаючи на те, що в країні відсутня політика деінституціалізації, існують спроби розвинути місцеві, перш за все, соціальні послуги. Україна має систему опіки та піклування, яка дозволяє повне позбавлення правоздатності. У країні існують певні правові та процедурні заходи щодо використання недобровільної госпіталізації та примусового лікування; однак існує обмежена інформація про практику.

ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Установи та психіатричні лікарні

Більшість послуг у сфері психічного здоров'я та соціальної допомоги надаються в лікарнях чи інституційних установах. Кількість психіатричних лікарень скоротилася з 88 в 2007 році до 62 в 2016 році, з відповідним зменшенням кількості ліжок з 42,125 до 29,243 (статистика МОЗ). Проте це не співпало зі збільшенням кількості місць на денному стаціонарному лікуванні, що також значно зменшились за цей період з 5137 у 2007 році до трохи більше ніж 3200 місць.

До закладів з реабілітації та лікування пацієнтів з психічними розладами входять психіатричні лікарні, психоневрологічні лікарні, стаціонарні психіатричні палати, психоневрологічні стаціонари, місцеві медичні підрозділи, психіатричні відділення/палати, психіатричні клініки. Більшість цих закладів/підрозділів/палат є автономними закладами, часто на околицях міста з дуже важким доступом з точки зору транспорту (часу і витрати). Всі ці заклади публічно фінансуються або за кошти центрального державного бюджету, або в комбінації національних та регіональних бюджетів. Інформація про приватні клініки, які надають психіатричну допомогу в стаціонарі не доступна. Деякі амбулаторні послуги надаються приватними клініками, але вони мінімальні та розміщені лише у великих містах. Громадські психіатричні установи надають пацієнтам психіатричну допомогу в стаціонарі та амбулаторно.

Люди з довгостроковими проблемами психічного здоров'я, які потребують житлової/соціальної допомоги, розміщуються в психоневрологічних будинках для догляду, як правило, на все життя. Кількість лікарень та закладів наведено в таблиці.

Тип закладу	Кількість одиниць	Кількість ліжок/ місць	Кількість пацієнтів/ клієнтів за рік	Середня тривалість перебування
Психіатрична лікарня	62	29,243	198,197	49.8 днів



Психоневрологічна стаціонарна лікарня	22	1,145	16,537	23.5 днів
Денний стаціонарний догляд за пацієнтом з психіатричним розладом	75	3,214	24,555	34.2 днів
Соціальні установи: психоневрологічні будинки для догляду	145	28,385	27,815	На все життя (від початку госпіталізації)
Інше: школи-інтернати	49	6,768	5,805	Для дорослих осіб до 35.

Джерело: відповідь Міністерства охорони здоров'я України (25.07.2017 р. № 3.46-17 / 916/ЗПІ-17) на інформаційний запит. Інформація, представлена офіцером омбудсмена: <http://www.ukrstat.gov.ua>

Усі дані 2016 р

Послуги з боку громади у сфері психічного здоров'я та підтримка житлом

Хоча існують служби, що надають послуги психічного здоров'я, які надають підтримку тим, хто живе в громаді (наприклад, психіатричні клініки), про них не існує жодної інформації.

Держава не надає житлово-комунальну підтримку в Україні. Може існувати підтримка на рівні громади для людей з проблемами психічного здоров'я, що створена благодійними фондами та НУО, але вони не включені до національної статистики, оскільки вони не фінансуються на державному рівні.

На сьогодні Україна запроваджує надання домашніх послуг для людей з обмеженими можливостями. Працює приблизно 735 місцевих соціальних центрів з 40 000 працівниками, які надають 50 видів соціальних послуг майже 1,5 мільйонам чоловік, які знаходяться у важких умовах (CRPD/C/UKR/1 2014). Частка людей з проблемами психічного здоров'я серед них не повідомляється.

В Україні не існує схем персонального бюджету/прямих виплат. Соціальні пільги по інвалідності надаються пацієнтам, але якщо вони розміщені у довгостроковому стаціонарному лікуванні, близько 70% їхніх пільг (пенсій) йде на підтримку закладу, решта може бути використана пацієнтом.

Недобровільне розміщення та недобровільне лікування

Критеріями для недобровільного розміщення є:

- Особа має психічні захворювання і існує серйозний ризик заподіяння шкоди собі або іншій особі;
- Діагностика або лікування можливе лише в умовах стаціонару.

3 Country reports

В Україні недобровільна госпіталізація розуміється як дозвіл на примусове лікування.

Існують певні процедурні та юридичні гарантії стосовно недобровільного розміщення та примусового лікування, в тому числі судові рішення, перегляд лікування медичною комісією у складі психіатрів та право на оскарження. Особа чи законний представник повинні відвідувати судові провадження.

Примусове лікування регулюється Кримінальним кодексом України (ст.94) (2341-14), Кримінально-процесуальним кодексом України (4651-17), цим Законом та іншими законами (такими як частина перша статті 19 із змінами, передбаченими за Законом № 4652-VI (4652-17) від 13.04.2012).

Примусове розміщення може відбуватися в наступних установах (МОЗ):

примусової амбулаторної психіатричної допомоги;

госпіталізація до стаціонарного психіатричного закладу з загальним наглядом;

госпіталізація до стаціонарного центру психічного здоров'я з посиленням наглядом;

госпіталізація до стаціонарного психіатричного закладу з суворим наглядом.

У 2016 році загалом нараховувалось 960 пацієнтів, які підпадали під примусове лікування за судовим наказом, з яких 663 знаходились під загальним наглядом, 148 під посиленням наглядом та 149 під суворим наглядом (інформація надана Міністерством охорони здоров'я, лист від 25.07.2017 # 3.46-17/916/ЗПІ-17 запит на інформацію).

В цілому, в Україні існує обмежена інформація про використання недобровільного розміщення, відокремлення та стриманості, хоча Комітет з попередження тортур Ради Європи відзначає занепокоєння в цьому напрямку (СРТ/Іnf (2011) 29).

Правоздатність та опіка

Україна має правову систему, яка дозволяє як повне, так і часткове позбавлення правоздатності. Опікунство регулюється Національним комітетом сім'ї та молоді України, Міністерством освіти України, Міністерством охорони здоров'я України, Постановою Міністерства праці та соціальної політики України № 34/166/131/88 від 05.05.1999 р. Про затвердження Правил про опіку та піклування, а також статтею 6 Цивільного кодексу України.

Статті 31-42 Цивільного кодексу встановлюють наступні ступені правової компетенції, від найменшого до найбільш обмеженого: 1) повна компетенція 2) неповна компетенція 3) часткова компетенція 4) обмежена компетенція 5) визнання особи як некомпетентної .

Правоздатність може бути відновлено судом.

У січні 2016 р. на загальному опікунстві перебувало 39 300 осіб, позбавлені правоздатності за законом (інформація від Міністерства соціальної політики України, листа від 20.07.2017 р. №23 /0/ 133-17 / 175).

Існує обмежена інформація про здійснення опіки та піклування в Україні, проте Комітет з попередження тортур Ради Європи (там само, стор. 71) відзначає випадки, коли лікар-психіатр також виконував роль законного опікуна - чіткий конфлікт інтересів.

[Будь ласка, перегляньте розділ визнань учасників на початку звіту, щоб побачити повний список організацій/ осіб, які люб'язно витратили свій час та енергію на підготовку звітів про країну.](#)