**ЕВРОПЕЙСКИЙ КОМИТЕТ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПЫТОК**

**О ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ РОССИИ**

24 сентября 2019 г. Комитет Совета Европы по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) опубликовал [доклад](http://rm.coe.int/168097e387) по итогам своего [специального посещения Российской Федерации](http://www.coe.int/en/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-visits-the-russian-federati-7) в период с 19 по 29 октября 2018 г. Надо сказать, что открытая публикация доклада возможна только при наличии согласия проверяемой стороны. Россия является членом Совета Европы с 1996 года, и за это время ЕКПП неоднократно посещал страну, однако его доклады обычно не публиковались. На этот раз опубликован полный текст доклада, а также [официальные комментарии](http://rm.coe.int/168097e38b) Правительства РФ по отдельным его пунктам.

Целью внеочередного специального посещения была проверка психиатрических больниц и психоневрологических интернатов страны, поскольку на эту сферу поступает значительное количество жалоб. Накануне визита члены ЕКПП встречались с представителями Минздрава и Минтруда России, а также провели отдельную встречу с представителями Независимой психиатрической ассоциации России, поскольку информация, полученная от неправительственных организаций, всегда расценивается ими как необходимое дополнение к официальным сведениям.

Делегация посетила две психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением – в Казани и в Волгоградской области, и две обычные психиатрические больницы, а также психоневрологические интернаты Москвы, Бурятии и Иркутской области. Публикуем первую часть доклада ЕКПП, касающуюся психиатрических больниц, в первую очередь, с интенсивным наблюдением, а также официальные комментарии Правительства РФ на замечания, высказанные в докладе. Это особенно важно, учитывая тот факт, что российские общественные наблюдательные комиссии (ОНК) недавно получили право контролировать соблюдение прав человека в психиатрических учреждениях, осуществляющих принудительное лечение. Конечно, члены ОНК не обладают такими широкими полномочиями как сотрудники ЕКПП, которые имеют право беспрепятственно заходить в любые помещения, беседовать без ограничений и с пациентами, и с сотрудниками, изучать любые документы и т .п., однако они также многое могут и теперь у них появилась реальная возможность проверить, как российские власти выполняют рекомендации Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего человеческое достоинство обращения или наказания.

### Факты, обнаруженные в процессе посещения.

### Психиатрические учреждения

### Предварительные замечания

### 11. Делегация впервые посетила Федеральные специализированные психиатрические больницы с интенсивным наблюдением в Казани и Волгограде, отделение № 2 Волгоградской областной психиатрической больницы № 2 и Красноармейскую областную психиатрическую больницу имени Юрия Алексеевича Калямина в Саратовской области.

### 12. Психиатрические учреждения в Российской Федерации, как правило, управляются муниципальными или региональными органами власти. Исключение составляют восемь специализированных психиатрических больниц с интенсивным наблюдением, которые обеспечивают принудительное лечение лиц, признанных невменяемыми, или тех, у кого развилось психическое заболевание в период после совершения преступление. Полную ответственность за них несет Министерство здравоохранения РФ. Ранее ЕКПП посетил другие учреждения такого типа: в Санкт-Петербурге в 1999 году, в Калининграде в 2003 году и в Новосибирске в 2016 году.

### 13. Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в г. Казани (далее - Казанская федеральная больница) расположена в пригороде г. Казани. Она была построена в 1900 году путем расширения региональной психиатрической больницы, построенной в 1869 году, и в 1909 году стала первой судебно-психиатрической больницей в России. В 1939 году этот специальный блок стал напрямую подчиняться НКВД и был переименован в Казанскую тюремную психиатрическую больницу; в 1998 году больница была передана в ведение федерального министерства здравоохранения. В настоящее время стационар принимает на принудительное лечение женщин со всей территории Российской Федерации и мужчин из десяти субъектов Российской Федерации. При официальной вместимости в 1020 коек на момент посещения в Казанской федеральной больнице находился 741 пациент - 216 женщин и 525 мужчин (один из них - 16-летний, т.е. несовершеннолетний).

### 14. Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в Волгограде (далее - Волгоградская федеральная больница) расположена в сельской местности в селе Дворянское, примерно в 240 км от Волгограда и в 20 км от ближайшего города Камышин. Больница была открыта в 1978 году на территории бывшей женской исправительно-трудовой колонии, и на момент посещения в нее поступали для принудительного лечения мужчины из 20 субъектов Российской Федерации. При официальной вместимости в 710 коек на момент посещения в больнице находилось 723 пациента (все взрослые).

### 15. Филиал № 2 Волгоградской областной психиатрической больницы № 2 (далее - отделение № 2 Волгоградской больницы), расположенный в пригороде города Волгограда, ранее назывался Волгоградская областная психиатрическая больница № 5 (открыт в 1958 году). Затем после реорганизации учреждений здравоохранения в Волгоградской области в 2016 году он стал структурным подразделением Волгоградской областной клинической психиатрической больницы № 2. На момент посещения в больнице, имеющей официальную вместимость 195 человек, размещалось 165 человек, 90 мужчин (в том числе один 16-летний) и 75 женщин (в том числе одна 15-летняя). Было 10 пациентов, поступивших в порядке недобровольной госпитализации; пациенты, проходящие принудительное лечение в связи с совершением уголовно-наказуемого деяния и признанные невменяемыми, отсутствовали.

### 16. Красноармейская областная психиатрическая больница имени Юрия Алексеевича Калямина (далее - Красноармейская больница), открытая в 1960 году, находится в отдаленном месте в станице Каменской, примерно в 110 км от Саратова и в 40 км от ближайшего города Красноармейска. При официальной вместимости в 610 коек на момент посещения в больнице находилось 577 пациентов (318 в мужских палатах, 171 в женских и 88 в смешанных). Пациентов, оформленных как «недобровольные» не было, 66 человек проходили принудительное лечение после экспертизы по решению суда. Из них пять женщин были размещены в отделении общего типа, а 61 пациент мужского пола - в отделении специализированного типа (в том числе пять, в отношении которых суд вынес решение о принудительном лечении в стационаре общего типа).

### 17. Следует отметить, что администрация Красноармейской больницы проинформировала делегацию о том, что приблизительно 250 пациентов (более одной трети от общего числа) больше не нуждаются в госпитализации, но продолжают оставаться в больнице (во многих случаях, по словам опрошенных пациентов, против их воли) из-за отсутствия адекватного ухода / размещения в обществе. По мнению Комитета, то, что из-за отсутствия соответствующих условий в обществе лица остаются де-факто лишенными свободы, является весьма прискорбным.

### В целях улучшения качества жизни пациентов и снижения вероятности жестокого обращения Комитет рекомендует российским властям приложить все усилия для дальнейшего продвижения в приоритетном порядке деинституционализации и предоставления хорошего ухода, размещения и социальной поддержки в обществе; это также актуально в контексте обязательств страны, вытекающих из Конвенции ООН о правах инвалидов.

### Кроме того, должны быть предприняты шаги для обеспечения неизменно высокого качества помощи и поддержки пациентов. Они должны получать лечение в наименее ограничительных условиях и, следовательно, сокращать свое пребывание в стационаре (или даже вообще избегать его). Помощь и проживание внутри сообщества должны принимать форму небольших жилых блоков - в идеале в городах, со всеми необходимыми удобствами под рукой. Помещение пациентов в крупные стационарные учреждения социального обслуживания не является реальной деинституционализацией и надлежащей реинтеграцией в общество. Не является решением также преобразование психиатрических больниц в психоневрологические интернаты с помещением в них тех же людей[[1]](#footnote-1). Другими словами, трансинституционализация не может заменить истинную деинституционализацию на уровне сообщества. Комитет рекомендует, чтобы Министерство здравоохранения и Министерство труда и социальной защиты работали в тесном сотрудничестве для реализации этих предписаний.

### Прогресс в этом направлении позволит также решить серьезные проблемы, обнаруженные в психиатрических больницах, в том числе переполненность, улучшит эффективность лечения и его результаты для пациентов.

### Ненадлежащее обращение

18. Многие пациенты, опрошенные делегацией, положительно отзывались о медицинском персонале, особенно в двух больницах Волгоградской области (отделение № 2 Волгоградской больницы и Федеральная больница г. Волгограда). Делегация не получала каких-либо указаний на применение физического насилия к пациентам со стороны персонала в трех из посещенных больниц, однако в Казанской федеральной больнице она услышала жалобы в отношении конкретной медсестры (которая, по сообщениям избивала пациентов в одной палате) и в отношении некоторых санитаров, которые изредка толкали, били и пинали пациентов. Личность медсестры была раскрыта директору учреждения. **ЕКПП просит российские власти предоставить информацию о последующих действиях в связи с этими утверждениями.**

Кроме того, во всех посещенных больницах делегация получила сообщения о том, что иногда санитары оскорбляют пациентов. Принимая во внимание сложный характер их работы, крайне важно, чтобы санитары тщательно отбирались и чтобы они проходили соответствующее обучение, прежде чем приступить к своим обязанностям, а в последствии - курсы повышения квалификации. Кроме того, во время выполнения своих обязанностей они должны всегда находиться под пристальным наблюдением квалифицированного медицинского персонала и подчиняться его указаниям.

**Комитет рекомендует, чтобы руководящие органы психиатрических больниц постоянно проявляли бдительность и регулярно и часто напоминали персоналу о том, что к пациентам следует относиться с уважением и что любая форма жестокого обращения с пациентами, будь то словесная или физическая, абсолютно неприемлема и будет наказана.**

Более того, **очень важно, чтобы персонал отделений тщательно отбирался и проходил соответствующую подготовку по гуманному и безопасному обращению с пациентами, находился под постоянным контролем и получал соответствующую поддержку и консультирование, чтобы избежать выгорания и обеспечить качественный уход.**

19. Что касается других форм ненадлежащего обращения, то значительное число пациентов мужского пола в Казанской федеральной больнице заявили, что, если сотрудники увидят, что они занимаются мастурбацией (приватно, в своих кроватях), они получат инъекции психотропных препаратов или будут подвергнуты физическому стеснению. **Такая реакция или любое другое наказание пациентов, занимающихся мастурбацией приватно, равносильны унижающему достоинство наказанию и никогда не должны иметь место.**

20. В Волгоградской федеральной больнице делегация узнала, что три сотрудницы-женщины недавно нарушили профессиональные границы и имели сексуальный контакт с пациентом мужского пола; двое из трех впоследствии уволились. В связи с этим **ЕКПП хотел прояснить, что, учитывая внутреннюю уязвимость лиц, лишенных свободы, нет никаких оправданий для сексуальных контактов, совершенных по обоюдному согласию, между персоналом и задержанными; это в равной степени относится и к пациентам. Такое поведение со стороны персонала всегда должно рассматриваться как злоупотребление полномочиями и на него должна быть соответствующая реакция. Комитет хотел бы получить информацию о том, проводилось ли (внутреннее) расследование этих трех случаев и, если да, каков был результат расследований и какие меры были приняты.**

21. Что касается насилия между пациентами, то ни в одной из больниц это не было существенной проблемой, хотя некоторые разногласия и случайные драки между пациентами все же имели место.

1. **Условия жизни пациентов**

22. С самого начала Комитет хотел бы подчеркнуть, что во всех посещенных больницах помещения для пациентов, как правило, были чистыми, теплыми, хорошо освещенными и вентилируемыми, с явными подтверждениями завершенной или продолжающейся реконструкции. Однако, все посещаемые учреждения, за исключением отделения № 2 Волгоградской больницы, были сильно переполнены, и многие кровати касались друг друга. Ни в одном из учреждений не выполнялись санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (санитарно-эпидемиологическая норма № 2.1.3.2630-10), утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации в 2010 г., согласно которым в психиатрических больницах должно быть не менее 7 м² жилой площади на пациента в многоместных палатах. **ЕКПП рекомендует российским властям пересмотреть имеющиеся мощности во всех психиатрических больницах Российской Федерации, чтобы обеспечить их соответствие вышеуказанным нормам.**

* 1. **Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в г. Казани**

23. Казанская федеральная больница, расположенная на обширной территории площадью 2,2 га, состоит из трех блоков для размещения пациентов, а также нескольких вспомогательных зданий, окруженных по периметру стеной безопасности, оснащенной колючей проволокой. Пациенты были размещены в 13 отделениях по 37–115 койко-мест в каждом - десять отделений для пациентов мужского пола (приемное отделение, отделение интенсивной терапии, четыре лечебных отделения, три реабилитационных и одно сомато-психиатрическое) и три отделения для лечения пациентов женского пола. (в том числе отделение интенсивной терапии, и реабилитационное отделение).

24. Пациенты проживали в палатах по 10 коек; все палаты, за исключением тех, которые находились в реабилитационных отделениях, были заперты. У пациентов не было никакого личного запираемого пространства, в палатах в основном были только кровати, и иногда несколько шкафов. Кроме того, отсутствие каких-либо украшений или личных вещей во всех отделениях, кроме реабилитационного, создавало обезличенную и аскетичную атмосферу. Некоторые пациенты отделения интенсивной терапии также жаловались на наличие тараканов в палатах.

В связи с этим ЕКПП хотел бы подчеркнуть, что палаты большой вместимости в целом считаются несовместимыми с современными стандартами размещения психически больных. По мнению Комитета, размещение пациентов небольшими группами (предпочтительно, не более четырех пациентов), является решающим фактором сохранения и восстановления достоинства пациентов, а также ключевым элементом психологической и социальной реабилитации. пациентов. Такого рода размещение также облегчает распределение пациентов по соответствующим категориям в терапевтических целях.

25. Как уже упоминалось выше, в больнице наблюдалась значительная переполненность, особенно если учесть, что в день визита делегации в ней было на 280 пациентов меньше ее официальной вместимости. Даже при нынешней наполненности в палатах часто предоставляется менее 3 м² жилой площади на пациента.

Делегация увидела недавно построенный незаселенный жилой блок на 100 пациентов (50 мужчин и 50 женщин), который должен начать функционировать в 2019 году. После ввода в эксплуатацию новый блок должен хотя бы частично уменьшить перенаселенность до тех пор, пока не будут найдены соответствующие долгосрочные решения.

26. В ходе бесед с пациентами делегация получала жалобы на то, что в некоторых мужских отделениях не всегда гарантировался доступ к туалету: пациентов якобы доставляли в туалет два раза в день (перед обедом и перед ужином), и они получали ведро в палату на ночь. В этом контексте ЕКПП хотел бы подчеркнуть, что беспрепятственный доступ к надлежащим туалетам и соблюдение высоких стандартов гигиены являются важными компонентами гуманной окружающей среды; практика испражнения в ведро в палате для нескольких человек унизительна и вредна для здоровья.
Условия в санузлах были удовлетворительными. Однако, как правило, пациенты могут принимать душ только один раз в неделю; что явно недостаточно.

**27. Комитет рекомендует российским властям принять необходимые меры для улучшения условий жизни в Казанской федеральной больнице и, в частности, обеспечить, чтобы:**

**- уровень заполненности снижался, чтобы предоставить пациентам жилую площадь, предусмотренную национальным законодательством;**

**- проводилились тщательные и регулярные меры по дезинсекции там, где это необходимо, чтобы устранить проблему заражения тараканами;**

**- условия в общежитиях способствовали лечению и благополучию пациентов и обеспечивали визуальную стимуляцию и персонализацию в свете вышеупомянутых замечаний;**

**- всем пациентам предоставлялось личное запираемое пространство, в котором они могут хранить свои вещи;**

**- все пациенты имели беспрепятственный доступ к туалетам без неоправданной задержки в любое время дня (в том числе ночью);**

**- все пациенты имели неограниченный доступ к душу.**

Кроме того, **ЕКПП хотел бы получить подтверждение того, что вышеупомянутый новый блок теперь полностью готов к работе. В долгосрочной перспективе должны быть предприняты шаги по реконструкции зон размещения пациентов, с тем чтобы заменить общие палаты для пациентов большой вместимости комнатами меньшего размера (до четырех пациентов).**

**3.2.Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в г. Волгограде**

28. ВВолгоградской федеральной больнице лечебные и нелечебные корпуса были расположены за охраняемой оградой и окружены благоустроенной территорией и множеством приятных зеленых зон. Пациенты размещались в восьми отделениях, в палатах, содержащих от трех до 12 коек - приемное отделение, отделение интенсивной терапии, два отделения для начальной реабилитации, три реабилитационных отделения и отделение для больных туберкулезом.

29. Условия проживания в палатах варьировались от приемлемых до хороших: комнаты в реабилитационных отделениях украшены цветами, личными вещами и фотографиями и оснащены телевизорами и кондиционерами. Делегация отметила значительные усилия персонала, направленные на то, чтобы сделать обстановку домашней и уютной.

Однако, как уже упоминалось выше, больница была значительно переполнена; в некоторых палатах на одного пациента приходилось менее 2 м² жилой площади, многие кровати касались друг друга, и в двух палатах нескольким пациентам приходилось спать на матрасах на полу.

30. Делегация отметила планы завершения строительства нового трехэтажного блока вместимостью 180 коек; однако руководство больницы не могло сказать, когда строительные работы возобновятся (после того, как работы были приостановлены на некоторое время) и, что более важно, когда они будут завершены.

31. Переполненность была также очевидна на прогулочных двориках, которые в большинстве своем были слишком маленькими для такого количества пациентов. В некоторых из них в случае полной заполненности имелось лишь 1,5 м² личного пространства, так что пациенты часто просто стояли не месте, вместе того, чтобы двигаться и заниматься физическими упражнениями.

32. Условия в общих санузлах были удовлетворительными. Однако, как правило, пациенты могут принимать душ только один раз в неделю; этого недостаточно.

**33. Комитет рекомендует российским властям принять необходимые меры в Волгоградской федеральной больнице для обеспечения того, чтобы:**

**- у каждого пациента была своя кровать, а уровень заполняемости в палатах снизился, чтобы обеспечить пациентам жилое пространство, предусмотренное национальным законодательством;**

**- у пациентов было достаточно места, чтобы в полной мере использовать физическую нагрузку во время ежедневных прогулок на свежем воздухе;**

**- все пациенты имели неограниченный доступ к душу.**

Кроме того, **ЕКПП хотел бы получить информацию о шагах, предпринимаемых для завершения строительства нового жилого блока, в том числе о выделенном финансировании и предполагаемой дате его ввода в эксплуатацию. Также делается ссылка на рекомендации, данные выше в отношении Казанской федеральной больницы, которые в полной мере относится и к Волгоградской федеральной больнице**.

* 1. **Филиал № 2 Волгоградской областной психиатрической больницы № 2**
1. В филиале № 2 Волгоградской больницы пациенты были размещены в четырех отделениях (в двух двухэтажных корпусах) по 40–60 коек в каждом. Делегацию проинформировали, что ремонт двух отделений (1 и 2) в одном из зданий был завершен в 2018 году; оставшиеся два отделения (3 и 4), хотя были чистыми, светлыми и теплыми (как и отремонтированные палаты), но имели изношенные деревянные полы, старые окна и изношенные кровати. Кабинет психолога, в котором находились пациенты, находился в отдельном полузаброшенном здании и также остро нуждался в ремонте.
Отделения для пациентов не были переполнены и состояли из больших, довольно аскетичных и совершенно безликих палат без дверей (до 13 пациентов), которые не обеспечивали пациентам никакой приватности или личного запираемого пространства и в основном содержали только кровати, и иногда несколько шкафов.

35. **Комитет рекомендует российским властям принять необходимые меры в филиале № 2 Волгоградской больницы, чтобы:**

**- отделения 3 и 4, а также кабинет психолога были полностью отремонтированы в приоритетном порядке;**

**- условия в палатах способствовали лечению и благополучию пациентов и обеспечивали визуальную стимуляцию и персонализацию;**

**- всем пациентам предоставлялось личное запираемое пространство, в котором они могут хранить свои вещи.**

###  Красноармейская областная психиатрическая больница.

### На территории Красноармейской больницы было разбросано несколько многоцелевых зданий; пациенты были размещены в четырех из них, в восьми отделениях по 65–90 койко-мест в каждой - три отделения для пациентов мужского пола, два - для женщин, отделение наркомании, сомато-психиатрическое отделение и отделение специализированного типа с отдельным защищенным периметром для пациентов мужского пола, находящихся на принудительном лечении. Еще два отделения пустовали и находились на ремонте, который планировалось завершить в течение 2019 года. За исключением отделения для наркоманов, где в палатах было не более 4 койко-мест, пациенты размещались в очень больших палатах (до 33 коек) без дверей. Как уже упоминалось, палаты были сильно переполнены, при этом почти все кровати касались друг друга, иногда с жилой площадью всего 2,1 м² на пациента, фактически размером с кровать, на которой они лежали. Мрачные и строгие палаты без каких-либо украшений (например, фотографий, картин или растений) или личных вещей содержали только кровати, и иногда несколько шкафов; не было индивидуального запираемого пространства.

### 37. Условия жизни в психиатрических больницах должны способствовать лечению и благополучию пациентов; в психиатрическом плане они должны обеспечивать положительную терапевтическую среду. По мнению ЕКПП, такие большие и переполненные палаты, как в Красноармейской больнице, оказывают контр-терапевтическое, институционализирующее воздействие на пациентов, ущемляют их личную жизнь и достоинство и даже ставят под угрозу их безопасность. Ситуация, когда сотни пациентов живут в таких условиях без какой-либо конфиденциальности и личного пространства, недопустима; в сочетании с почти полным отсутствием индивидуализации, обнаруженным в Красноармейской больнице, где пациенты проводят годы в больничной пижаме, без личного имущества или каких-либо перспектив выписки, это можно назвать только дегуманизацией.

**38. Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры в Красноармейской больнице для обеспечения того, чтобы:**

**- уровень заполненности снижался, чтобы предоставить пациентам жилую площадь, предусмотренную национальным законодательством;**

**- были найдены архитектурные решения для разделения палат на более мелкие единицы, что позволило бы сделать жилье более индивидуальным;**

**- условия в палатах способствовали лечению и благополучию пациентов и обеспечивали визуальную стимуляцию и персонализацию;**

**- всем пациентам предоставляется личное запираемое пространство, в котором они могут хранить свои вещи;**

**- всем пациентам разрешалось (и это поощрялось) носить собственную одежду, чтобы усилить чувство собственного достоинства и индивидуализировать лечение.**

### Кроме того, ЕКПП хотел бы получить подтверждение того, что ремонт двух отделений, упомянутых выше, уже завершен; Комитет также хотел бы получить подробную информацию об условиях жизни и количестве пациентов, размещенных в этих отделениях.

1. **Персонал и лечение**

39. В Казанской федеральной больнице работало 30 психиатров (среди них 14 заведующих отделениями), два врача общей практики, два невролога, физиотерапевт, рентгенолог, лаборант и старшая медсестра. Персонал по уходу состоял из 287 медсестер (из них 14 старших медсестер) и 130 санитаров. Что касается междисциплинарного медицинского персонала, то здесь было четыре психолога, 18 социальных работников и 18 инструкторов по трудотерапии.

Директор проинформировал делегацию о том, что имеется много вакантных должностей - около 20% должностей врачей (в основном психиатров), около 30% должностей медсестер и более 50% должностей санитаров, - и заявил, что такой кадровый дефицит является серьезной проблемой. Делегация отметила, что большая часть персонала работает в смены по 12 часов, и что обычно в одну смену работает две или три медсестры и один санитар, что совершенно недостаточно для обеспечения надлежащего ухода, помощи и надзора, а также для обеспечения безопасной обстановки в отделениях, где в среднем 60 пациентов.

40. В Волгоградской федеральной больнице работали 19 психиатров, четыре других врача (рентгенолог, пульмонолог и два лабораторных врача), 193 медсестры (некоторые из также работали в качестве специалистов по трудотерапии) и 209 санитаров; в учреждении не было специального врача общей практики, эту роль выполняли психиатры. Многопрофильный клинический персонал включал психотерапевта, четырех психологов и 15 социальных работников.

Как и в Казанской федеральной больнице, многие должности оставались вакантными, а ряд сотрудников работал на 2 или 3 ставки. 12-часовые смены в отделениях включали недостаточное количество сотрудников, например, четыре медсестры и четыре санитара в отделении с 129 пациентами.

41. В филиале № 2 Волгоградской больницы работают 11 психиатров, врач общей практики, лаборант, физиотерапевт, 85 медсестер (еще 51 доолжность вакантна) и 34 санитара; кроме того, там было два психолога и социальный работник, но не было профессиональных терапевтов. Персонал по уходу работал в основном по 12-часов в смену (в некоторых отделениях санитары работали по 24-часа в смену), и обычно в отделении приблизительно с 50 пациентами было две или три медсестры и три или четыре санитара.

42. В Красноармейской больнице работали семь психиатров, врач-терапевт, работающий на полставки, невролог, работавший на полставки, пульмонолог, 63 медсестры и 119 санитаров (несколько должностей были вакантными, в том числе восемь психиатров, около 40 медсестер и 30 санитаров). Персонал по уходу состоял из двух медсестер и трех санитаров, работающих в 24-часовые смены в каждом отделении (приблизительно с 90 пациентами), а также старшей медсестры и процедурной медсестры в рабочие дни. Другой многопрофильный клинический персонал включал психолога (работающего почти исключительно в отделении наркомании) и 11 социальных работников.

 43. Комитет неоднократно заявлял в своих предыдущих докладах, что кадровые ресурсы в психиатрических больницах должны быть адекватными с точки зрения численности и категорий персонала (психиатры, врачи общей практики, медсестры, психологи, специалисты по трудотерапии, социальные работники, так далее.). Недостатки в кадровых ресурсах могут серьезно подорвать эффективность реабилитационных и терапевтических мероприятий; кроме того, они могут привести к возникновению ситуаций высокого риска для пациентов, несмотря на благие намерения и искренние старания обслуживающего персонала.

Кроме того, КПП считает, что нецелесообразно, чтобы медицинский персонал отделений работал в 24-часовые смены, как это было в филиале № 2 Волгоградской больницы и в Красноармейской больнице. Помимо того, что это наносит ущерб собственному здоровью персонала, это не позволяет сотрудникам оптимально выполнять свои обязанности по отношению к пациентам и неизбежно оказывает негативное влияние на профессиональные стандарты.

44. В свете вышеизложенных замечаний **Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры для устранения серьезных трудностей с набором медицинского персонала, среднего и младшего персонала и междисциплинарного медицинского персонала в посещенных больницах (и, в зависимости от обстоятельств, в других психиатрических больницах в РФ). Для этого может потребоваться пересмотр заработной платы и условий работы, чтобы необходимое количество персонала соответствующей подготовки использовалось для надлежащего ухода за пациентами и, таким образом, предлагало необходимый полный спектр современных психиатрических методов лечения.**

**Кроме того, необходимо предпринять шаги, чтобы положить конец практике круглосуточной работы клинического персонала отделения в психиатрических больницах.**

Наконец, **руководству Волгоградской федеральной больницы следует принять срочные меры для заполнения вакантной должности врача общей практики.**

45. Делегация отметила, что безопасность в Казанской и Волгоградской федеральных больницах осуществляли сотрудники Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН); обычно в каждой палате присутствовал один охранник. Хотя охранники были одеты в белый халат поверх своей формы (в Волгоградской федеральной больнице у них были видны дубинки), пациентам было хорошо известно о присутствии сотрудников ФСИН.

Признавая необходимость обеспечения надлежащей безопасности при уходе за потенциально опасными психиатрическими пациентами, и понимая, что медицинскому персоналу может потребоваться вызвать сотрудников ФСИН в случае неблагоприятного инцидента (и что персонал ФСИН может затем вмешаться в присутствии и под постоянным контролем квалифицированного медицинского персонала), основные меры безопасности в лечебных зонах медицинского учреждения должны обеспечиваться медицинским персоналом с использованием соответствующих средств обеспечения экологической и динамической безопасности. Постоянное присутствие охранников ФСИН не только по периметру, но и в лечебных отделениях медицинского учреждения излишне пугает пациентов и не способствует созданию терапевтической среды.

**ЕКПП рекомендует немедленно прекратить открытое ношение дубинок охранниками ФСИН в пределах лечебных зон Волгоградской федеральной больницы, а в случае необходимости, и в других федеральных специализированных психиатрических больницах с интенсивным наблюдением.**

В более общем плане **Комитет рекомендует прекратить практику регулярного присутствия охранников ФСИН в лечебных отделениях федеральных специализированных психиатрических больниц с интенсивным наблюдением; это может потребовать внесения поправок в соответствующие положения Федерального закона об обеспечении безопасности психиатрических больниц специального типа с интенсивным наблюдением и / или разработки новых межведомственных инструкций по этому вопросу.**

46. Что касается лечения, то во всех посещенных больницах оно основывалось преимущественно на фармакотерапии и не было пациент-центрированным. Психотропные препараты нового поколения, к сожалению, не были широко доступны ни в одной из больниц и полностью отсутствовали в Красноармейской больнице из-за финансовых ограничений. **Комитет призывает российские власти стремиться обеспечить адекватный запас и ассортимент психотропных препаратов нового поколения для пациентов в Красноармейской больнице, а в случае необходимости и в других психиатрических учреждениях в Российской Федерации.**

**47. Д**елегация с обеспокоенностью отметила, что отсутствует систематический мониторинг количества лейкоцитов у пациентов, получавших клозапин, который может иметь побочные эффекты, в том числе может привести к смертельно опасному снижению количества лейкоцитов (гранулоцитопении). Поэтому **Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры для обеспечения того, чтобы на национальном уровне были составлены указания об обязательном мониторинге количества лейкоцитов у пациентов, получавших клозапин. Кроме того, медицинский персонал должен быть готов к выявлению ранних признаков потенциально опасных побочных эффектов клозапина.**

48. Что касается психосоциального лечения, то за исключением Волгоградской федеральной больницы, оно было предложено небольшому количеству пациентов или даже полностью отсутствовало; это было связано с совершенно неадекватным уровнем междисциплинарного медициснкого персонала. В результате было замечено, что многие пациенты целыми днями лежали без дела, некоторые в запертых и переполненных палатах, или бесцельно бродили, не участвуя в реабилитационых мероприятиях или какой-либо значимой деятельности. Такой пренебрежительный подход к психосоциальным вмешательствам не отражает современную психиатрическую практику.
Кроме того, возможности для отдыха и досуга были очень ограничены. Например, в Казанской федеральной больнице и в некоторых отделениях Волгоградской федеральной больницы во многих закрытых палатах не было ни радио, ни телевизоров. Что касается Красноармейской больницы, то там было только 10 сидячих мест для просмотра одного телевизора в отделении, в котором находилось более 90 пациентов.
Еще более неприемлемая ситуация была в отделении № 2 Волгоградской больницы и в Красноармейской больнице, где пациенты не имели доступа к занятиям на свежем воздухе более шести месяцев в году (примерно с сентября по май). Пациентке, проходившей принудительное лечение в Красноармейской больнице, не было разрешено выходить на улицу с момента ее прибытия в больницу, 19 месяцев назад, предположительно из-за риска побега.

**49. Комитет рекомендует российским властям предпринять необходимые шаги для того, чтобы:**

**- обеспечить всем пациентам, включая тех, что находятся там недобровольно или по решению суда, в отделении № 2 Волгоградской больницы и Красноармейской больнице (и, в случае необходимости, в других психиатрических больницах Российской Федерации), ежедневный доступ к активным упражнениям на свежем воздухе (если нет четких медицинских противопоказаний). Для этого пациентам, которые хотят находиться на открытом воздухе в ненастную погоду, должна быть предоставлена ​​соответствующая одежда и обувь;**

**- разработать в Казанской федеральной больнице, филиале № 2 Волгоградской больницы и Красноармейской больнице широкий спектр терапевтических возможностей (включая групповую терапию, индивидуальную психотерапию, искусство, драму, музыку и спорт) и вовлечь пациентов в клинически значимые реабилитационные психосоциальные мероприятия, чтобы подготовить их к более самостоятельной жизни и / или возвращению в свои семьи; трудотерапия должна быть важной частью долгосрочной программы лечения, предусматривающей мотивацию, развитие навыков обучения и взаимоотношений, приобретение определенных компетенций и улучшение самооценки.**

**Очевидно, что для проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий потребуется набор квалифицированных специалистов (психологи, специалисты по трудотерапии и социальные работники);**

**- обеспечить, чтобы всем пациентам предлагался целый ряд развлекательных мероприятий, соответствующих их потребностям; кроме того, пациенты должны иметь регулярный доступ к соответствующим образомоборудованным комнатам отдыха.**

50. Во всех посещенных больницах (за исключением очень небольшого числа повторно госпитализированных пациентов в Волгоградской федеральной больнице) индивидуальные планы лечения содержали только биологические компоненты терапии (например, фармакотерапия и / или электросудорожная терапия). По мнению Комитета, психиатрическое лечение должно основываться на индивидуальном подходе, который охватывает как фармакотерапию, так и психосоциальную деятельность. Для каждого пациента должен быть составлен индивидуальный план лечения (принимая во внимание особые потребности пациентов в остром состоянии, находящихся на длительном лечении или на судебно-психиатрической экспертизе, включая, в отношении последних, необходимость снижения любого риска, который они могут представлять), с указанием диагноза, целей лечения, используемых терапевтических средств и ответственного сотрудника, а также сроков проводимых вмешательств. План лечения должен также обеспечивать регулярный контроль за состоянием психического здоровья пациента и принимаемой им терапии. Пациенты должны быть проинформированы о своих индивидуальных планах лечения и результатах их выполнения; они также должны участвовать в разработке и реализации этих планов. Для пациентов, помещенных в палаты неотложной помощи, планы должны четко отражать насущные потребности пациента и определять любые факторы риска, а также фокусироваться на целях лечения и на том, как они будут достигнуты. Для пациентов реабилитационных отделений, планы должны отражать ранние предупреждающие признаки рецидива и любые известные триггеры, а также план действий, который пациент и члены семьи должны предпринять в ответ на рецидив. В плане также должно быть указано последующее лечение.

**ЕКПП рекомендует российским властям принять срочные меры для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые предписания эффективно выполнялись на практике в отношении пациентов всех психиатрических больниц Российской Федерации, где это еще не так*.***

51. В Казанской федеральной больнице делегация отметила, что пациентам в некоторых отделениях назначаются курсы электросудорожной терапии (далее - ЭСТ) с двухсторонним отведением для лечения «острой шизофрении». ЭСТ проводили вне поля зрения других пациентов в отдельной палате. Тем не менее, делегация была крайне обеспокоена тем, что ЭСТ проводили в немодифицированной форме, без присутствия анестезиолога и без введения анестетиков, несмотря на то, что почти 20 лет назад ЕКПП рекомендовал российским властям прекратить эту практику. Медицинский персонал, опрошенный делегацией, признал, что проведение ЭСТ было очень болезненным для пациентов.

52. Как уже упоминалось выше, в заключение визита делегация, ссылалаясь на пункт 5 статьи 8 Конвенции по правам человека, просила российские власти в течение одного месяца подтвердить, что во всех психиатрических больницах РФ прекращено проведение ЭСТ в немодифицированной форме. К сожалению, в своем письме от 28 декабря 2018 года российские власти не предоставили такого подтверждения. При этом власти сообщили ЕКПП, что в Российской Федерации проведение ЭСТ регулировалось двумя приказами министерства здравоохранения, которые предусматривают проведение ЭСТ под наркозом.

Кроме того, по данным российских властей, Российское общество психиатров также рекомендует применять ЭСТ под наркозом. Однако власти заявили, что в исключительных случаях, когда есть срочные показания и другие методы лечения неэффективны, ЭСТ можно применять без анестезии. Комитет также был проинформирован о том, что министерство здравоохранения проведет проверку в Казанской федеральной больнице на предмет использования немодифицированного варианта ЭСТ.

53. В свете вышеупомянутого ответа российских властей, ЕКПП должен еще раз подчеркнуть, что - хотя ЭСТ является признанной формой лечения пациентов, страдающих некоторыми особыми расстройствами психических расстройств, - всегда следует соблюдать осторожность, чтобы терапия соответствовала Плану лечения пациента и чтобы его ее проведение сопровождалось соответствующими мерами предосторожности. В частности, применение ЭСТ в неизмененном виде (то есть без анестетиков и миорелаксантов) более не может считаться приемлемым в современной психиатрической практике. Использование этого устаревшего метода влечет за собой повышенный риск эмоциональных расстройств, ненужного причинения боли и нежелательных медицинских осложнений. По мнению ЕКПП, применение ЭСТ в неизмененном виде может ставить вопросы о несоответствии со статьей 3 Европейской конвенции о правах человека.

**Комитет призывает российские власти немедленно прекратить практику применения ЭСТ в немодифицированном виде (то есть без анестезирующих средст и миорелаксантов) в Казанской федеральной больнице, а также в любом другом психиатрическом учреждении Российской Федерации, где этот метод все еще применяется. Он просит российские власти в течение одного месяца подтвердить, что согласно соответствующим положениям Министерства здравоохранения, эта рекомендация была выполнена.**

В более общем плане **Комитет рекомендует российским властям уделять первоочередное внимание обеспечению того, чтобы все психиатрические учреждения, в которых используется ЭСТ, были обеспечены необходимым персоналом, оборудованием и средствами, чтобы это лечение можно было проводить в его современной форме (т.е. анестетик и мышечные релаксанты) и эффективным и достойным образом.**

 54. Кроме того, в целях обеспечения того, чтобы ЭСТ использовалась только в надлежащих случаях и осуществлялась надлежащим образом, **Комитет рекомендует разработать четкие, подробные и обязательные письменные правила проведения ЭСТ и разослать их всем учреждениям, где это лечение применяется. Эти правила должны включать в себя следующие меры предосторожности:**

**- ЭСТ проводится только специально обученным для этого персоналом;**

**- обязательно должен присутствовать квалифицированный анестезиолог, должен проводиться соответствующий физический мониторинг (включая электроэнцефалографию и электрокардиографию) и должно быть реанимационное оборудование;**

**- запрашивается и хранится в истории болезни письменное информированное согласие пациента (или опекуна, если соответствующее лицо лишено дееспособности судом) на применение ЭСТ и связанной с ней анестезии, основанное на полной и понятной информации, за исключением особых обстоятельств, четко и строго определенных законом; лечение не проводится до тех пор, пока не будет получено такое согласие в отношении каждого курса лечения;**

**- ЭСТ проводят вне поля зрения других пациентов (предпочтительно в палате, которая была отведена и оборудована для этой цели);**

**- применение ЭСТ регистрируется в специальном отдельном журнале и является частью письменного индивидуального плана лечения, включенного в медицинскую карту пациента.**

Кроме того, **ЕКПП хотел бы получить информацию о том, какой правовой акт Российской Федерации предусматривает проведение немодифицированного варианта ЭСТ в исключительных случаях.**

Наконец, **Комитет хотел бы получить результаты проверки Казанской федеральной больницы, в том числе имена пациентов, которым проводили немодифицированную ЭСТ, а также информацию о каждом пациенте, количестве и частоте сеансов и о том, какие другие виды лечения применялись к этому пациенту и какие были показания к срочному применению ЭСТ в связи с неуспешностью предыдущего лечения.**

55. Что касается соматической помощи психиатрическим пациентам, ЕКПП был особенно обеспокоен, узнав, что пациенты с ВИЧ-инфекцией в Казанской федеральной больнице с 2016 г. не получали антиретровирусные препараты, предположительно, из-за недопонимания между соответствующими федеральными и региональными властями. **Комитет рекомендует принять срочные меры для обеспечения адекватной соматической помощи этим пациентам.**

56. Делегация также отметила, что случаи смерти, произошедшие в Красноармейской больнице, не подвергались никакому посмертному исследованию, если семья возражала против этого. По мнению Комитета, вскрытие следует проводить во всех случаях, когда пациент умирает в психиатрической больнице, если до смерти не был установлен четкий диагноз смертельного заболевания.

**ЕКПП рекомендует российским властям принять меры для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые принципы эффективно применялись на практике во всех психиатрических больницах.** В более общем плане**, Комитет рекомендует российским властям ввести практику проведения тщательного и независимого расследования каждой смерти пациента, в частности, чтобы выяснить, были ли допущены какие-либо ошибки в отношении качества медицинской помощи и операционных процедур.**

57. ЕКПП имеет ряд опасений относительно распределения психиатрических пациентов по отделениям в посещаемых больницах.

В Красноармейской больнице, в одном из отделений смешанного типа для сомато-психиатрических пациентов, небольшое количество пациентов мужского пола размещалось вместе с большим количеством пациентов женского пола. По мнению Комитета, явные преимущества смешанных отделений не должны наносить ущерб частной жизни. Особые меры предосторожности необходимы для обеспечения того, чтобы пациенты не подвергались ненадлежащему взаимодействию с другими пациентами, которое может угрожать их личной жизни; чтобы сохранить свое достоинство, пациенты мужского и женского пола должны быть размещены в палатах для определенного пола.

В Казанской федеральной больнице находился один пациент в возрасте 16 лет, а в филиале № 2 Волгоградской больницы - два пациента в возрасте 15 и 16 лет, все трое были размещены со взрослыми пациентами. Следует отметить, что Комитет неоднократно выражал свою обеспокоенность в связи с этой практикой, впервые почти 20 лет назад. Комитет должен еще раз повторить, что с учетом уязвимости и особых потребностей несовершеннолетние, нуждающиеся в психиатрической помощи, должны размещаться отдельно в учреждениях с удобствами, соответствующими их возрасту, в которых имеется персонал, специально подготовленный для удовлетворения психиатрических потребностей молодых людей.

Наконец, во всех посещенных больницах пациенты со снижением интеллекта размещались вместе в одних и тех же отделениях или даже в одних и тех же палатах с психически больными пациентами. Комитет неоднократно выражал серьезные опасения по поводу этой практики. Должно быть разделение пациентов, страдающих психическими заболеваниями и тех, кто страдает от интеллектуальной недостаточности и проблем обучения, размещение их в разных палатах способствует получению выгоды от индивидуального лечения для обеих групп пациентов.

**Комитет призывает российские власти принять срочные меры для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые предписания эффективно применялись на практике в отношении пациентов во всех психиатрических больницах Российской Федерации, где это еще не так; по мере необходимости должны быть изменены соответствующие правовые положения.**

1. **Изоляция и другие средства стеснения**

58. Изоляция использовалось в двух федеральных больницах, которые посещал EКПП. В отделениях интенсивной терапии обеих больниц пациенты иногда проводили месяцы или даже годы в одиночестве в очень маленьких пустых комнатах, таких как 1,1 м (в Казанской федеральной больнице) и 1,3 м (в Волгоградской федеральной больнице) в ширину, с общей площадью 3,7 - 4,7 м² (в которых невозможным даже ходить внутри), почти без дневного света и с искусственным освещением, включенным 24 часа в сутки (что некоторые считают дезориентирующим). Некоторые пациенты, находящиеся в изоляции, с которыми разговаривала делегация, были явно подавлены и просили делегацию помочь им уйти, сказав, что они больше не могут терпеть одиночества. Пациентов также иногда механически удерживали (с 4- или 5-точечной фиксацией) на кроватях в этих комнатах.

В Казанской федеральной больнице пациенты в изоляции не имели доступа к туалету (вместо этого им приходилось пользоваться ведром, установленным в углу комнаты); в Волгоградской федеральной больнице в углу комнаты рядом с дверью с решеткой находился небольшой неприкрытый туалет на уровне пола. В дополнение к отсутствию или почти полному отсутствию доступа к прогулкам на свежем воздухе, а также к тому, что невозможно делать какие-либо физические упражнения в комнатах, некоторым пациентам в обеих больницах даже не давали зубную щетку или ложку (таким образом, они вынуждены были есть руками) в течение нескольких месяцев или даже лет.

Таким образом, условия, в которых пациенты помещались в изоляцию в Казанской и Волгоградской федеральных больницах, не соответствовали медицинскому учреждению и, по мнению Комитета, являются бесчеловечными и унижающими человеческое достоинство[[2]](#footnote-2).

59. В прошлом Комитет неоднократно подчеркивал, что помещение в изолированную комнату без соответствующих сопутствующих гарантий может иметь неблагоприятные последствия. Исключение должно применяться очень осторожно, должно быть лишь крайней мерой и в течение как можно более короткого периода; к нему не следует прибегать только потому, что не хватает альтернативных стратегий, персонала и обеспечения режима.

Комитет также считает, что, хотя в целях безопасности вполне может потребоваться прибегнуть к изоляции пациента в больницах с высоким уровнем опасности (и в двух посещенных федеральных больницах, по-видимому, не было непосредственной альтернативы), использование существующих комнат изоляции должно быть прекращено, и они должны быть как можно скорее заменены гуманными и адекватными условиями изоляции. Кроме того, нельзя запрещать пациентам пользоваться зубными щетками, столовыми приборами[[3]](#footnote-3) или упражнениями на свежем воздухе / в помещении, за исключением кратковременных периодов, если этого требует их психическое или физическое состояние. В других случаях такие основные удобства должны быть разрешены, с дополнительным контролем персонала, если необходимо.

60. Из бесед с клиническим персоналом в отделениях интенсивной терапии двух посещенных федеральных больниц стало очевидно, что причина, по которой небольшое количество пациентов содержалось в комнатах для изоляции в течение очень длительных периодов времени, заключалась в том, что они считались устойчивыми к лечению и представляли долговременную, непосредственную и очень серьезную опасность для окружающих.

По мнению Комитета, хотя применение долгосрочной профилактической индивидуальной изоляции таких пациентов в больницах с высоким уровнем опасности может быть исключительно необходимым по соображениям безопасности, после периода изоляции такое вмешательство должно начинаться только по клинически обоснованным причинам и согласно критериям, которые тщательно контролируются, пересматриваются и содержат специальные меры для нивелирования вредных воздействий долгосрочной изоляции.

**61. Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры, чтобы гарантировать гуманные и достойные условия для изоляции и долгосрочной превентивной индивидуальной сегрегации в Казанской и Волгоградской федеральных больницах, включая меры по обеспечению того, чтобы каждый пациент имел:**

**- беспрепятственный доступ к туалету без неоправданной задержки в любое время (в том числе ночью);**

**- предложенную ежедневную прогулку на свежем воздухе (если нет явных медицинских противопоказаний);**

**- столовые приборы и зубную щетку, с дополнительным наблюдением персонала, если необходимо.**

Кроме того, **Комитет рекомендует российским властям вывести из эксплуатации нынешние совершенно неподходящие комнаты для изоляции и заменить их специально разработанными комнатами для долгосрочной профилактической индивидуальной сегрегации, которые обеспечат пациенту безопасную и успокаивающую среду, а также жилую площадь, предусмотренную национальным законодательством. Комитет хотел бы получить информацию о сроках вышеупомянутого вывода из эксплуатации этих комнат в течение одного месяца.**

Наконец, **ЕКПП просит российские власти обеспечить, чтобы были предприняты более активные усилия для ограничения использования изоляции несколькими часами, пока длится острое возбуждение пациента, а если состояние пациента, в исключительных случаях, после нескольких дней, проведенных в изоляции, требует долгосрочной профилактической сегрегации для того, чтобы добиться устойчивого долговременного эффекта лечения и избежать серьезных рисков для окружающих, то должны быть предприняты шаги для того, чтобы:**

**- причины начала и продолжения долгосрочной изоляции обоснованы с медицинской точки зрения и согласованы, отражают междисциплинарную клиническую информацию и анализ рисков, а также зафиксированы в истории болезни пациента как часть индивидуального плана лечения, который также должен включать помимо лекарственной психосоциальную терапию, которая предложена пациенту;**

**- существует четко описанный запланированный план, сформулированный в консультации с пациентом, который определяет, как будут осуществляться максимально быстрая реинтеграция пациента обратно в ситуацию взаимодействия с другими людьми в менее ограничивающей среде,**

**- пациент имеет регулярные, значимые, ежедневные личные контакты с людьми, имеет возможность участвовать в различных мероприятиях (включая развлекательные, с доступом к материалам для чтения и радио или телевидению) и имеет возможность поддерживать контакты с внешним миром посредством посещений или телефонной связи;**

**- персонал ежедневно отслеживает и регистрирует состояние пациента, и продолжение долгосрочной изоляции рассматривается и обосновывается многопрофильной группой как минимум на еженедельной основе;**

**- если период превентивной индивидуальной изоляции все же наступает лишь через несколько месяцев, проводится официальный независимый внешний клинический анализ случая пациента для рассмотрения возможных альтернативных подходов;**

**- пациент имеет возможность обжаловать введение / продление меры изоляции в независимый орган;**

**- создается отдельный журнал для регистрации всех случаев долгосрочной превентивной индивидуальной изоляции. Записи в реестре должны включать время начала и окончания изоляции; причины обращения к мере; ежедневные записи сотрудниками о клиническом осмотре состояния пациента, времени пребывания вне помещения, предлагаемых и предпринимаемых действиях; еженедельные записи на рассмотрение многопрофильной команды.**

**Кроме того, каждое психиатрическое учреждение такого рода должно иметь всеобъемлющую, тщательно разработанную сформулированную в письменном виде политику по использованию долгосрочной профилактической индивидуальной изоляции.**

 62. Во всех посещенных больницах практиковалось физическое стеснение пациентов (с использованием брезентовых ремней). Однако, несмотря на письменные руководящие указания по использованию средств стеснения в этих больницах, международно признанная надлежащая практика в отношении механического стеснения не была соблюдена, в разной степени, во всех четырех учреждениях. Иногда в Волгоградской федеральной больнице и во всех случаях в двух «гражданских» больницах пациентов помещали в палаты или коридоры перед другими пациентами, и, кроме отделения № 2 Волгоградской больницы, они не имели непрерывного контроля со стороны персонала, который должен реагировать на любые насущные потребности пациента.

Комитет хотел бы подтвердить свое мнение о том, что не следует использовать механическое сдерживание при других пациентах (что унизительно, потенциально небезопасно и может угрожать другим пациентам) или без постоянного личного наблюдения со стороны члена персонала. Фиксировать взволнованного и возбужденного пациента и оставлять одного в комнате, как это практикуется в Казанской федеральной больнице, недопустимо.

В Красноармейской больнице не было даже журналов, фиксирующих использование механического стеснения; такое ограничение может иногда применяться по усмотрению медсестры без немедленного предварительного разрешения врача и может быть очень поверхностно зарегистрировано в журнале медсестры или в истории болезни пациента, если такое вообще имеется.

63. Хотя в трех из четырех посещенных больниц механическое стеснение обычно не применялось в течение неоправданно длительных периодов, особую обеспокоенность вызывало то, что в Казанской федеральной больнице пациенты подвергались фиксации в четырех / пяти местах в течение нескольких дней без какого-либо освобождения, находясь при этом одни в изолированных комнатах. Несколько пациентов, с которыми беседовала делегация и которые подвергались таким длительным мерам, сообщили делегации, что отказались от кормления, поскольку посчитали слишком сложным испражняться в кровать, будучи зафиксированными горизонтально. Пациенты объяснили, что после нескольких дней неспособности к дефекации, их брюшная полость раздувается и становится очень болезненной.

У одного молодого пациента мужского пола, который сообщил делегации, что недавно его удерживали в течение недели, при медицинском осмотре одним из врачей делегации было обнаружено несколько пролежней на крестцовой области.

В свете вышеизложенных выводов, Комитет должен подчеркнуть, что применение средств сдерживания в течение нескольких дней ставит под угрозу пациента и не может иметь какого-либо медицинского обоснования и, по его мнению, это равнозначно жестокому обращению. Кроме того, пациенты, находящиеся под механическим сдерживанием, должны, насколько это возможно, самостоятельно есть и пить, а также достойно удовлетворять естественные потребности в санузле.

64. В исключительных случаях ограничение психиатрических пациентов, склонных к насилию и представляющих опасность для себя или других, может потребоваться. Тем не менее, оно всегда должно применяться в соответствии с принципами законности, необходимости, соразмерности и ответственности.

**Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры для изменения существующей практики использования средств сдерживания в посещаемых психиатрических больницах и во всех других психиатрических учреждениях Российской Федерации, где это применяется, с тем чтобы обеспечить, чтобы:
- пациентов ограничивают только в качестве крайней меры, чтобы предотвратить неизбежный вред себе или другим, и ограничения всегда используются в течение как можно более короткого времени (обычно от нескольких минут до нескольких часов). Когда чрезвычайная ситуация, приводящая к применению ограничения, перестает существовать, пациент должен быть немедленно освобожден;
- если считается необходимым ограничить добровольного пациента и пациент с этим не согласен, правовой статус пациента пересматривается;**

**- средства сдерживания никогда не используются в качестве наказания, для удобства, из-за нехватки персонала или для замены надлежащего ухода или лечения;
- каждое средство сдерживания всегда прямо предписывается врачом после индивидуальной оценки или немедленно доводится до сведения врача с целью получения его / ее одобрения. С этой целью врач должен осмотреть пациента как можно скорее. Формальное общее разрешение не должно приниматься;
- пациенты не подвергаются механическому ограничению на глазах у других пациентов (если только пациент явно не выражает желание оставаться в компании определенного пациента); посещения других пациентов должны проводиться только с явного согласия пациента с ограничениями;
- каждый пациент, который подвергается механическому ограничению или изоляции, находится под постоянным наблюдением. В случае физического стеснения, в комнате должен постоянно присутствовать квалифицированный сотрудник, чтобы поддерживать терапевтический контакт с пациентом и оказывать ему / ей помощь. Если пациенты содержатся в изолции, сотрудник может находиться за пределами комнаты пациента (или в соседней комнате с соединительным окном) при условии, что пациент может полностью видеть сотрудника, а последний может постоянно наблюдать и слышать пациента. Очевидно, что видеонаблюдение не может заменить постоянного присутствия персонала;**

**- после снятия средств стеснения проводится опрос пациента, чтобы, с одной стороны, объяснить, почему он был подвергнут ограничению, а с другой, предложить объяснить свои эмоции до ограничения, что может улучшить понимание поведения пациента как им самим, так и сотрудниками;**

**- создан специальный центральный реестр для фиксации всех случаев обращения к средствам сдерживания, с тем чтобы руководство могло контролировать их использование. Это должно быть в дополнение к записям, содержащимся в личной медицинской карте пациента. Записи в реестре должны включать время начала и окончания мер стеснения или изоляции, обстоятельства дела; причины обращения к мере; имя доктора, который назначил или одобрил его; и отчет о любых травмах, полученных пациентами или персоналом. Пациенты должны иметь право оставлять свои к реестру и должны быть проинформированы об этом праве; по их просьбе они должны получить копию полной записи.**

Кроме того, **должны быть предприняты шаги для обеспечения того, чтобы существующее письменное руководство по использованию средств сдерживания в больницах, посещаемых ЕКПП, было изменено с учетом требований, перечисленных выше. Такие руководящие принципы должны быть направлены на предотвращение, насколько это возможно, обращения к средствам сдерживания и должны четко указывать, какие средства сдерживания могут использоваться, при каких обстоятельствах и как именно они могут применяться, как должен быть организован внешний контроль и какие действия должны быть приняты после прекращения ограничний. В руководящих принципах также должны содержаться разделы по другим важным вопросам, таким как обучение персонала, политика в отношении жалоб, механизмы внутренней и внешней отчетности и разбор случаев. Пациентам следует предоставить соответствующую информацию о политике сдерживания учреждения.**

**О частоте и продолжительности случаев ограничения следует регулярно сообщать надзорному органу и / или назначенному внешнему контрольному органу. Это будет способствовать общенациональному мониторингу существующих методов сдерживания с целью реализации стратегии ограничения частоты и продолжительности использования средств сдерживания.**

 65. Делегация отметила, что во всех посещенных больницах применялось химическое сдерживание, часто в сочетании с другими средствами сдерживания. Несмотря на то, что в отделении № 2 Волгоградской больницы, применение химического сдерживания было зарегистрировано в реестре ограничений, когда оно использовалось в сочетании с механическим ограничением, соответствующие меры предосторожности не были полностью соблюдены ни в одной из больниц. Действительно, в Красноармейской больнице делегация наблюдала использование назначений “при необходимости» с одинаковыми дозами инъекционного аминазина; в одном отделении врач разрешил списком выдавать лекарство 75 из 96 пациентов исключительно по усмотрению медсестер. Излишне говорить, что такая практика совершенно неприемлема.

Комитет хотел бы еще раз подчеркнуть, что, если необходимо прибегнуть к химическому сдерживанию, такому как седативные, антипсихотические, снотворные и транквилизаторы, на него должны распространяться соответствующие меры предосторожности. Следует использовать только одобренные, хорошо зарекомендовавшие себя препараты короткого действия. Самое главное, химическое сдерживание никогда не должно применяться без предварительного разрешения врача, который оценил пациента непосредственно перед введением лекарства.

Необходимо постоянно помнить о побочных эффектах, которые такие лекарства могут оказывать на конкретного пациента, особенно когда лекарство используется в сочетании с физическим стеснением или изоляцией. Кроме того, пациенты, подвергшиеся физическому стеснению, никогда не должны получать лекарства без согласия, за исключением случаев, когда они могут подвергнуться риску серьезных последствий для здоровья, если лекарство не будет применено, и только с соответствующими мерами предосторожности.

**Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы российские власти приняли необходимые меры для обеспечения соблюдения вышеупомянутых принципов во всех психиатрических учреждениях; соответствующие правовые положения должны быть изменены по мере необходимости.**

66. В Казанской федеральной больнице у делегации сложилось впечатление, что многие пациенты рассматривают использование изоляции или физического / химического стеснения не как краткосрочное и чрезвычайное вмешательство для того, чтобы безопасно купировать острый эпизод нарушенного психического состояния и связанное с этим поведение в общем терапевтическом контексте, но как потенциальное и запугивающее наказание за нарушение формальных правил отделения и неформальных кодексов одобряемого поведения. Похоже, что персонал ничего не делает, чтобы развеять такое убеждение, и это, возможно, закрепляет угрозу применения средств стеснения как средства контроля поведения пациентов, за которое они отвечают, и тем самым усиливает восприятие мер стеснения в качестве карательной меры. Похожая ситуация сложилась в отделении принудительного лечения в Красноармейской больнице.
Признавая необходимость соблюдения порядка в отделениях, в которых размещается большое количество потенциально опасных судебно-психиатрических пациентов, Комитет хотел бы подчеркнуть, что для достижения этой цели следует использовать более широкий спектр терапевтических некарательных подходов (как это было сделано в Волгоградской федеральной больнице), например, предлагать психосоциальные вмешательства, вознаграждение и консультирование пациентов в духе сотрудничесва, для того, чтобы помочь им понять последствия и преимущества для себя и других просоциального поведения, когда их знакомят с проблемой и помогают психологически изучить альтернативные стратегии поведения.

**ЕКПП рекомендует, чтобы руководство Казанской федеральной больницы и Красноармейской больницы развивало клиническую практику в своей судебно-психиатрической среде и использовало более широкий спектр психосоциальных методов, чтобы положительно влиять на поведение пациентов, чтобы угроза применения средств сдерживания перестала быть необходимой и не воспринималась как карательная, а средства сдерживания использовались только клинически надлежащим образом и в строгом и понятном соответствии с национальным законодательством.**

1. **Меры защиты**

 67. Нормативно-правовая база, регулирующая обязательное психиатрическое лечение (для судебно-психиатрических пациентов) и принудительную «гражданскую» госпитализацию, практически не изменилась с очередного планового посещения в 2016 году.

Следует напомнить, что процедуры принудительного лечения лиц, признанных невменяемыми, или у которых развилось психическое заболевание в период после совершения преступления, регулируются статьями 433–446 УПК , а также Законом о психиатрической помощи (ЗоПП). Принудительное лечение применяется, когда психическое расстройство человека связано с опасностью для него или других лиц или возможностью причинения другого существенного вреда.
Статья 97 Уголовного кодекса (УК) предусматривает, что решение о помещении таких лиц в психиатрическое учреждение принимается судом, в котором также указывается тип режима (больница общего типа или специализированного типа или специализированного типа с интенсивным наблюдением), которому заинтересованное лицо должно быть подвергнуто (Раздел 99 УК).

Решение о продлении, изменении или прекращении принудительного лечения принимается судом по запросу администрации больницы на основании рекомендации комиссии психиатров или по запросу пациента, его / ее адвоката или законного представителя (раздел 445 КПК). Во время госпитализации обследование комиссией психиатров должно проводиться не реже одного раза в 6 месяцев (по инициативе лечащего врача); кроме того, пациент сам, его / ее родственники или законный представитель могут запросить его в любое время.

68. На основе интервью с пациентами и персоналом и изучения историй болезни пациентов в трех больницах, в которых размещаются пациенты, проходящие принудительное лечение, у делегации сложилось впечатление, что пациенты посещали заседания комиссий больниц каждые 6 месяцев и - в Казанском федеральной больнице - могли присутствовать на судебных слушаниях (проводимых на территории больницы) и были там представлены назначенными адвокатами. В отличие от этого, в Волгоградской федеральной больнице и в Красноармейской больнице появление пациентов в суде, по-видимому, не приветствовалось персоналом и происходило крайне редко; кроме того, пациентам не разрешалось просматривать заключения психиатрических комиссий.
По мнению Комитета, явка пациента в суд (при наличии законного представителя и семьи по запросу), с тем чтобы мнение комиссии больницы могло быть изучено и потенциально оспорено, является важной гарантией, закрепленной в законе; оно должно быть легко доступным для пациентов. Пациенты также должны иметь доступ к медицинской информации (например, к своим медицинским записям) и клиническим отчетам, написанным о них. Е**КПП рекомендует российским властям принять необходимые меры для обеспечения соблюдения вышеупомянутых принципов при рассмотрении дальнейшей необходимости принудительного лечения.**

69. В соответствии со ст. ЗоПП «гражданский» пациент может быть принудительно помещен в психиатрическую больницу, если его / ее обследование или лечение возможно только в условиях больницы, он / она страдает от серьезного психического расстройства, и если выполняется одно из следующих условий: а) человек представляет непосредственную опасность для себя или окружающих; б) человек беспомощен, т. е. не в состоянии самостоятельно удовлетворить свои основные потребности; в) оставление человека без психиатрической помощи может нанести вред его здоровью.
В течение 48 часов после поступления пациент должен быть осмотрен комиссией психиатров (Ст. 32 ЗоПП). Если комиссия решает, что есть основания для госпитализации, заключение комиссии должно быть передано в компетентный суд в течение следующих 24 часов администрацией больницы или прокурором (после получения запроса о принудительной госпитализации суд санкционирует госпитализацию, пока такой запрос не будет рассмотрен). В соответствии со ст. 34 ЗоПП, суд должен быть созван в течение 5 дней после запроса о принудительной госпитализации. Пациент имеет право присутствовать в судебном заседании (в помещении суда или больницы), присутствие представителя больницы, прокурора и представителя пациента обязательно. Кроме того, решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней с момента его вынесения.

В соответствии со ст. 36 ЗоПП принудительная госпитализация должна быть прекращена, как только побудившие ее обстоятельства, прекращают действовать. В течение первых шести месяцев пребывания в больнице пациент должен обследоваться не реже одного раза в месяц комиссией психиатров, которая решает, следует ли продлить госпитализацию. Для продления срока госпитализации пациента за пределы шестимесячного срока требуется новое судебное заседание. Впоследствии комиссия психиатров проверяет состояние пациента не реже одного раза в 6 месяцев, а суд собирается один раз в год, чтобы принять решение о необходимости продления госпитализации.

70. В ходе посещений Красноармейской больницы и отделения № 2 Волгоградской больницы стало ясно, что многие пациенты, которые подписали формы согласия на госпитализацию и все еще считались добровольными, тем не менее, на самом деле не соглашались на госпитализацию. Действительно, примечательно, что только 1,5% пациентов, размещенных в этих двух больницах (10 из 165 в отделении № 2 Волгоградской больницы и ни один из 527 в Красноармейской больнице), были де-юре госпитализированы недобровольно в рамках ЗоПП. Однако многие из этих так называемых «добровольных» пациентов четко заявили делегации, что не дают информированного согласия на их дальнейшую госпитализацию и лечение.

Такие «добровольные» пациенты, таким образом, были де-факто лишены свободы, а некоторым даже не позволяли выходить из отделения, чтобы заниматься физическими упражнениями, не говоря уже о том, чтобы самостоятельно покинуть больницу, например, в связи с тем, что в историях болезни они были помечены как «склонные к побегу». Кроме того, такие «добровольные» пациенты иногда получали принудительное лечение и подвергались физическому стеснению. Многие пациенты, по-видимому, уступили патерналистскому контролю со стороны персонала.

Кроме того, в отношении небольшого числа формально недобровольных пациентов в отделении № 2 Волгоградской больницы имели место значительные задержки в предоставлении суду письменных решений, подтверждающих принудительную госпитализацию (например, более одного месяца).

**71. Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы российские власти предприняли эффективные шаги для обеспечения того, чтобы положения ЗоПП, касающиеся «гражданской» принудительной психиатрической госпитализации, были полностью реализованы на практике. Российские власти также должны обеспечить, чтобы надлежащая информация и соответствующая подготовка по этому вопросу предоставлялись в приоритетном порядке всем заинтересованным структурам и лицам (в частности, психиатрам, руководству больниц и судьям) в Российской Федерации.**

**Кроме того, Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы лицам, госпитализированным в психиатрические учреждения, предоставлялась полная, четкая и точная информация, в том числе об их праве соглашаться или не соглашаться на госпитализацию и о возможности впоследствии отозвать свое согласие. Кроме того, пациенты, которые считаются добровольными и юридически компетентными, должны быть проинформированы о своем праве покидать палаты в любое время, в том числе покидать учреждение без промедления, если они захотят выписаться. Когда суд подтвердит принудительную госпитализацию, пациент и больница должны получить решение в кратчайшие сроки и в письменном виде.**

**Что касается более конкретно Красноармейской больницы и отделения № 2 Волгоградской больницы, Комитет рекомендует срочно пересмотреть правовой статус всех пациентов, которые в настоящее время считаются «добровольными», независимым внешним органом, который гарантирует, что согласие на госпитализацию является полностью обоснованным решением, включая предоставление пациентам информации о мерах защиты, гарантированных недобровольным пациентам законом.**

72. В соответствии со ст. 11 ЗоПП лечение человека, страдающего психическим расстройством, осуществляется при наличии добровольного и осознанного согласия на такое лечение. Тем не менее, пункт 4 этого раздела предусматривает, что согласие не требуется для лечения судебно-психиатрических или «гражданских» недобровольных пациентов. Лечение таких пациентов осуществляется на основании решения комиссии психиатров. ЕКПП хотел бы еще раз подчеркнуть, что каждый пациент, будь то добровольный или недобровольный, должен в принципе иметь возможность дать свое свободное и осознанное согласие на лечение, а также отозвать его в любое время. Помещение лица в психиатрическое учреждение на принудительной основе - будь то в рамках гражданского или уголовного судопроизводства - не должно исключать возможности получения информированного согласия на лечение. Любое отступление от этого основополагающего принципа должно основываться на законе и касаться только четко и строго определенных исключительных обстоятельств.

Кроме того, соответствующее законодательство должно требовать независимого психиатрического заключения в любом случае, когда пациент не согласен с лечением, предложенным врачами учреждения; Кроме того, пациенты должны иметь возможность обжаловать решение об обязательном лечении в независимом внешнем органе и должны быть проинформированы в письменной форме об этом праве.

**Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы российские власти внесли изменения в соответствующие правовые положения, чтобы обеспечить эффективное выполнение вышеупомянутых предписаний на практике.**

Что касается более конкретно Красноармейской больницы и отделения № 2 Волгоградской больницы, Комитет рекомендует срочно пересмотреть правовой статус всех пациентов, которые в настоящее время считаются «добровольными», независимым внешним органом, который гарантирует, что согласие на госпитализацию является полностью обоснованным решением, включая предоставление пациентам информации о гарантированных мерах доступных недобровольным пациентам посредством закона.

73. Что касается контакта пациентов с внешним миром, им не разрешалось хранить при себе свои мобильные телефоны, а доступ к телефону был очень ограниченным или даже невозможным в посещенных больницах.

ЕКПП считает, что разрешать пациентам сохранять свои мобильные телефоны - это хорошая практика, учитывая, что телефон часто является неотъемлемой частью повседневной жизни человека и используется не только для хранения контактов и личной информации, но и для повседневной деятельности. Тем не менее, Комитет признает, что в судебно-психиатрических больницах, вероятно, существуют четкие ограничения безопасности в этом отношении. Тем не менее, больницы должны четко регулировать такие ограничения, объяснять их пациентам и предоставлять эффективные альтернативы.

74. Делегация отметила отсутствие согласованности в отношении возможностей для посещений пациентов - от ежедневных в Красноармейской больнице и Волгоградской федеральной больнице до двух раз в неделю в филиале № 2 Волгоградской больницы и до чрезмерно ограничительных - раз в месяц - в Казанской федеральной больнице. **Комитет рекомендует значительно увеличить частоту посещений в филиале № 2 Волгоградской больницы и в Казанской федеральной больнице.**

75. Кроме того, **ЕКПП предлагает российским властям пересмотреть существующую схему, в соответствии с которой судебно-психиатрические пациенты женского пола, которым назначено лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, направляются в Казанскую федеральную больницу со всей территории Российской Федерации. Как отмечалось в ходе визита, нахождение таких пациенток вдали от дома отрицательно сказалось на поддержании их контактов со своими семьями.**

**76. Д**елегация отметила, что существуют значительные возможности для улучшения доступных механизмов подачи официальных жалоб пациентам в посещенных больницах, особенно в Казанской федеральной больнице. Там лишь очень немногие пациенты полагали, что могут безопасно и конфиденциально жаловаться в администрацию больницы или другие органы. Пациенты чувствовали, что их наказывают, если они жалуются. Во всех больницах пациентов не поощряли активно высказывать свои опасения.

По мнению Комитета, должна существовать более надежная и эффективная формализованная система подачи жалоб с центральным реестром жалоб, в котором регистрируются жалобы / темы, а также ответы, данные в установленные сроки, и предпринимаемые действия. Должен также быть ясный доступ пациентов к внешним и независимым органам, которые также имеют право расследовать жалобы. Психиатрические больницы должны иметь системы, использующие принципы клинического управления, которые демонстрируют междисциплинарное обучение на основании жалоб и расследований с целью дальнейшего улучшения качества обслуживания пациентов. Кроме того, пациенты должны быть обеспечены информационными брошюрами о правилах внутреннего распорядка больницы, правах пациентов, юридической помощи, порядке размещения (и праве пациента оспаривать это), согласии на лечение и процедурах подачи жалоб. **ЕКПП рекомендует российским властям принять срочные меры для обеспечения эффективного выполнения вышеупомянутых требований в отношении всех пациентов всех психиатрических больниц в Российской Федерации, где это еще не сделано.**

\* \* \*

В качестве общего замечания Комитет отмечает, что многие области клинической практики и условия жизни в посещенных больницах значительно различались. Были примеры хорошей, приемлемой и плохой практики. По мнению ЕКПП, существуют значительные возможности для большей согласованности качества оказания медицинской помощи в психиатрической системе, что позволило бы широко распространять и внедрять передовую практику и усовершенствования, а также обеспечивать, по крайней мере, приемлемые стандарты повсеместно и постоянно. Это может значительно улучшить условия пребывания и лечение для многих пациентов. Комитет призывает российские власти внедрять системы, обеспечивающие большую согласованность надлежащего ухода, а также распространять и внедрять примеры передовой практики в рамках всей системы психиатрических больниц.

***Перевод Л.Н.Виноградовой***

1. К сожалению, именно такую «деинституционализацию» мы наблюдаем сейчас, в нашей психиатрической службе и, в первую очередь, в Москве. [↑](#footnote-ref-1)
2. Еще в 2014 г. в деле «Коровины против России» Европейский суд по правам человека отметил недопустимость условий содержания и неконтролируемого применения мер стеснения в Казанской специализированной психиатрической больнице с интенсивным наблюдением, приравняв их к пыточным. Похоже, с той поры ничего не изменилось. [↑](#footnote-ref-2)
3. В своих комментариях официальные власти указали, что были случаи, когда пациенты проглатывали зубные щетки и черенки от ложек. И решили, что лучше всего просто запретить всем их использовать. [↑](#footnote-ref-3)