Canada

УКРАЇНСЬКА ГЕЛЬСІНСЬКА СПІЛКА З ПРАВ ЛЮДИНИ

ПРАВА ДИТИНИ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Дотримання прав дітей у стаціонарних закладах охорони здоров'я та соціального захисту

УДК 342.726-053.2-056.34(477)(047.3)
ISBN: 978-966-97584-6-0

Ця публікація підготовлена та видана в рамках проекту «Права людини понад усе» Української Гельсінської спілки з прав людини за фінансування Міністерства міжнародних справ Канади. Погляди та інтерпретації, представлені у цій публікації, не обов'язково відображають погляди Міністерства міжнародних справ Канади чи Уряду Канади.

П68 **Права дитини і психічне здоров'я. Дотримання прав дітей у стаціонарних закладах охорони здоров'я та соціального захисту** / А. Блага, Н. Алексеєва, Р. Імереллі, К. Казачинська, Б. Мойса, Є. Павлова, С. Шум / Українська Гельсінська спілка з прав людини. — К.: Румес, 2017 — 52 с.

Видання присвячене аналізу забезпечення прав дітей із проблемами психічного здоров'я у відповідності із міжнародними стандартами. У звіті приділено увагу міжнародним та регіональним документам із прав людини та прав дитини, міжнародним стандартам, зокрема стандартам професійних міжнародних організацій щодо забезпечення прав дітей із психосоціальними порушеннями. Із точки зору досягнутого Україною прогресу в імплементації міжнародних зобов'язань проаналізовано національне право та окремі практичні аспекти його застосування. Оглянуто становище дітей із проблемами психічного здоров'я, які перебувають у дитячих відділеннях психіатричних лікарень та є вихованцями дитячих будинків-інтернатів.

© А. Блага, Н. Алексеєва, Р. Імереллі, К. Казачинська, Б. Мойса, Є. Павлова, С. Шум, 2017
© Українська Гельсінська спілка з прав людини, 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА 3

РЕЗЮМЕ ЗВІТУ 4

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД МІЖНАРОДНИХ ДОГОВОРІВ ТА МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ПРАВ ЛЮДИНИ ЩОДО ДІТЕЙ ІЗ ПРОБЛЕМАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я 5

Загальний коментар 5

I. Міжнародні угоди по відношенню до дітей з психічними розладами 6

II. Європейські регіональні угоди по відношенню до дітей з психічними розладами 9

III. Інші міжнародні інструменти 10

IV. Стандарти з прав людини по відношенню до охорони психічного здоров'я 10

V. Технічні стандарти 13

РОЗДІЛ 2. НАЦІОНАЛЬНІ ПРАВОВІ СТАНДАРТИ ЩОДО ПРАВ ДІТЕЙ ІЗ ПРОБЛЕМАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРАКТИКА ЇХ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ 16

РОЗДІЛ 3. МОНІТОРИНГ ДОТРИМАННЯ ПРАВ ДИТИНИ У ДИТЯЧИХ ВІДДІЛЕННЯХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЛІКАРЕНЬ ТА ДИТЯЧИХ БУДИНКАХ-ІНТЕРНАТАХ 23

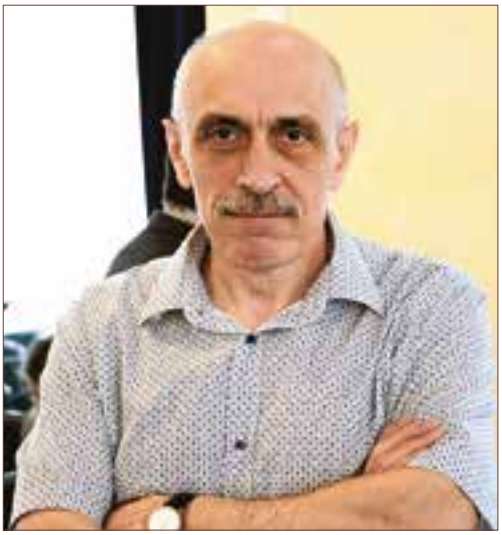
3.1. Криворізький психоневрологічний диспансер 23

3.2. Криворізький дитячий будинок-інтернат 29

3.3. Дитяче відділення Дніпропетровської клінічної психіатричної лікарні 36

3.4. Дніпропетровський дитячий будинок-інтернат 40

РЕКОМЕНДАЦІЇ 49



Олександр Павліченко.

Виконавчий директор УГСПЛ

ПЕРЕДМОВА

Пропонуємо вам третє дослідження проекту «Права осіб із проблемами психічного здоров'я», яке цього разу стосується прав дітей, що перебувають у дитячих відділеннях психіатричних лікарень та дитячих будинках-інтернатах. З часу видання нами другого звіту, у сфері психічного здоров'я накреслюються певні зміни. У парламенті опрацьовується законопроект щодо психіатричної допомоги. Кабмін затвердив Національну стратегію деінституалізації, нову редакцію Типових положень про психоневрологічні інтернати та дитячі будинки-інтернати, МОЗ підготувало проект Концепції програми охорони психічного здоров'я. Ми щиро вболіваємо, щоб прийняті стратегічні речі не осіли у шухляді гарних декларацій.

Країна вже перезріла необхідністю кардинальних змін у сфері психічного здоров'я та соціальному догляді осіб, із психосоціальними порушеннями. Адже сьогодні, це здебільшого чотири стіни інтернату, із якого вихід переважно до інтернату, де утримуються дорослі. Це палата лікарняного відділення із масою медикаментів та спорадичними проявами симптомів реабілітації. Це дитинство у гнітючому світі замкнутості, пригніченості та приреченості. І питання часто не лише у браку фінансування, цю приреченість підтримують, а інколи відверто їй сприяють люди, які б за ідеєю мали б їй перешкоджати.

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

Українська Гельсінська спілка з прав людини (УГСПЛ) висловлює щиру подяку за всебічну допомогу у підготовці цього видання Всеукраїнській організації «Всеукраїнська Фундація захисту прав дітей», Всеукраїнській громадській організації інвалідів-користувачів психіатричної допомоги «Юзер». Висловлюємо повагу та подяку Дніпропетровській обласній державній адміністрації за сприяння в організації моніторингових візитів до психіатричних лікарень та дитячих будинків-інтернатів.

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

Окрему подяку висловлюємо Міністерству міжнародних справ Канади, яке надало фінансову допомогу для підготовки цього видання. За зміст публікації відповідають виключно автори та Українська Гельсінська спілка з прав людини і її не можна вважати такою, що відбиває позицію Міністерства міжнародних справ Канади або Уряду Канади.

РЕЗЮМЕ ЗВІТУ

Міжнародне право з прав людини та відповідні міжнародні стандарти забезпечення прав дітей із проблемами психічного здоров'я на сьогодні чітко встановлюють необхідність максимального включення таких дітей до усіх сфер життя суспільства із зменшенням ролі сегрегованого середовища у наданні послуг психічного здоров'я. Конвенції ООН про права дитини, про права осіб з інвалідністю недвозначно накладають на держав-учасниць зобов'язання із максимального наближення послуг для дітей із психосоціальними порушеннями до місця проживання та на рівень громади.

Презентований Українською Гельсінською спілкою з прав людини аналітичний звіт пропонує огляд міжнародних договорів у сфері прав людини та прав дитини, міжнародних стандартів забезпечення прав дитини, в тому числі стосовно дітей із проблемами психічного здоров'я. У звіті аналізується національне право через призму міжнародних зобов'язань. Подано й моніторинг практичної імплементації міжнародних та національних стандартів окремим стаціонарними закладами охорони здоров'я та соціального захисту.

Проведений аналіз свідчить, що на національному рівні лише декларується необхідність зменшення ролі спеціалізованих психіатричних закладів у наданні допомоги. Так, незважаючи на затвердження МОЗ порядку надання вторинної психіатричної допомоги дітям у закладах охорони здоров'я загального профілю, у цій допомозі і далі домінують дитячі відділення психіатричних закладів. Більше того, не зважаючи на повноваження у сфері контролю, МОЗ практично його не здійснює

Звіт ілюструє, що лише у 2016 році Міністерство соціальної політики оновило документи, що регламентують діяльність інтернатних закладів. До грудня минулого року, затвердження Типового положення про дитячий будинок-інтернат, реабілітація вихованців закладу навіть не була серед пріоритетних його завдань.

У звіті позитивно оцінюються розроблені стратегічні напрями реформування психічного здоров'я та системи догляду та виховання дітей. Автори певні, що декларування серед пріоритетів деінституалізації послуг повинно бути підкріплено заходами із підтримки сімей із дітьми. Водночас, уряду слід зосередитись й на підтримці максимальної автономії осіб, що на сьогодні мешкають в інтернатах.

Аналітичний звіт демонструє реальну ситуацію із дотриманням прав дитини в окремих закладах. Показано, що умови проживання, особливо в інтернатах не відповідають стандартам прав дитини та поваги до її гідності. Адміністрація таких закладів часто просто змиряється із формальним висновком лікарсько-консультативних комісій не особливо дбаючи про поліпшення реабілітації дітей. Не дуже переймається персонал закладів і необхідністю врахування думки дитини.

Психіатричні диспансери та дитячі відділення лікарень переважно пропонують пацієнтам медикаментозне лікування. Реабілітаційний процес є далеко недостатнім.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД МІЖНАРОДНИХ ДОГОВОРІВ ТА МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ПРАВ ЛЮДИНИ ЩОДО ДІТЕЙ ІЗ ПРОБЛЕМАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.

Загальний коментар

Норми міжнародного права в галузі прав людини/дитини, включаючи як стандарти ООН, так і регіональні інструменти з прав людини, повинні становити основу для розробки національного законодавства, що захищає права людей з психічними розладами, в тому числі дітей та регулює діяльність системи соціальних служб у сфері психічного здоров'я. Джерелами, які визначають міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я є документи, видані Організацією Об'єднаних Націй, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною організацією праці, Радою Європи і Європейським Союзом, Всесвітньою і Європейською медичними асоціаціями.

Всі ці джерела можна розділити на дві категорії:

- документи, які юридично пов'язують держав-підписантів міжнародних Конвенцій, і
- документи, які відносяться до міжнародних стандартів з прав людини і в яких розглядаються принципи закріплені в ряді міжнародних декларацій, резолюцій або рекомендацій, виданих, в основному, міжнародними організаціями.

Документи, які умовно відносяться до другої категорії, хоча й не є юридично обов'язковими, можуть і повинні впливати на національне законодавство, оскільки вони являють собою консенсус міжнародної громадської думки.

Існує поширена помилка, що оскільки документи з прав людини, які відносяться до психічного здоров'я та інвалідності не мають обов'язкової сили резолюцій та конвенцій, то ж формування законодавства з охорони психічного здоров'я є внутрішньою справою кожної країни. Це не так, якщо уряди беруть на себе зобов'язання згідно міжнародного права з прав людини забезпечити відповідність національної політики обов'язковим нормам і стандартам міжнародного права в галузі прав людини, то ці зобов'язання поширюються і на осіб з психічними розладами.

Такі міжнародні організації і асоціації як ВООЗ, Всесвітня психіатрична Асоціація (ВПА), Всесвітня Федерація психічного здоров'я, Міжнародна асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій (IACAPAP), Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО) та дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) відіграють важливу роль щодо всіх аспектів дитячого та підліткового психічного здоров'я. Основною метою діяльності цих організацій є: а) підвищення обізнаності з питань психічного здоров'я дитини; б) сприяння створенню відповідних служб у різних регіонах світу; в) розроблення навчальних програм для всіх працівників сфери психічного здоров'я у всіх частинах світу; г), захист прав дітей і сприяння імплементації Конвенції про права дитини в кожній країні світу.

Аналіз існуючих міжнародно-правових джерел в галузі медицини та охорони здоров'я дозволяє виділити кілька суміжних понять, що використовуються найчастіше: «право на здоров'я», «право на охорону здоров'я», «право на захист здоров'я», «турбота про здоров'я», «право на медичну допомогу», «право на найвищий досяжний рівень здоров'я». Серед юристів-міжнародників не існує єдності думок щодо правомірності використання того чи іншого терміна. Основні міжнародно-правові документи в галузі охорони здоров'я (Статут ВООЗ та Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права) говорять про «право на найвищий досяжний рівень здоров'я». Тим часом, прихильники використання терміна «право на охорону здоров'я» обґрунтовують свою позицію тим, що право на здоров'я не підлягає судовому захисту: «тривалий час ведуться дискусії на захист права на здоров'я, однак

очевидно, що здоров'я не може бути гарантоване кожному, відповідно і право на здоров'я не може бути правом, забезпеченим судовим захистом».

Термін «право на здоров'я»[1], як міжнародно-правова категорія, вперше згадується в Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я. Надалі дане право знайшло закріплення в багатьох основних документах універсального і регіонального характеру. Право на охорону здоров'я є одним із соціальних прав людини і дитини. Терміном "соціальні права" як правило позначають сукупність відповідних прав та свобод людини, які забезпечують їй гідний рівень життя та необхідний соціальний захист.

Відправним пунктом для медико-соціальної інтерпретації здоров'я є визначення, прийняте Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яке трактує його як "стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів". У Статуті ВООЗ проголошено принцип, згідно з яким володіння найвищим рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної людини. Оскільки зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя і гідного існування людини, охорона здоров'я розглядається як важливе суспільне завдання. Усі країни є відповідальними за здоров'я своїх громадян. І хоча вони не можуть гарантувати усім належний рівень здоров'я, проте повинні створити певні передумови для його збереження і поліпшення, гарантуючи право на захист від певних загроз для здоров'я, право не зазнавати ризику несприятливих чинників навколишнього середовища, доступність медичної допомоги, забезпечення чистою питною водою тощо.

Міжнародні угоди, які захищають права людини і дитини, визначають право на охорону здоров'я одним із невід'ємних соціально-економічних прав, враховуючи вирішальне його значення для благополуччя і гідності людей.

У цьому розділі представлений огляд деяких основних положень міжнародних і регіональних документів з прав людини стосовно прав осіб з психічними порушеннями.

Деякі з наведених міжнародних актів не виділяють окремо статті або положення про права дітей з проблемами психічного здоров'я, проте всі вони безпосередньо застосовуються до них як до рівноцінних учасників міжнародних правовідносин.

І. Міжнародні угоди по відношенню до дітей з психічними розладами

1. Конвенція ООН про права дитини (1989)[2] дає найбільш повний виклад прав дітей і водночас наділяє ці права силою міжнародного права**.** В Статті 2 йдеться про те, що держави-учасниці поважають і забезпечують всі права, передбачені цією Конвенцією, за *кожною дитиною,* яка перебуває в межах їх юрисдикції, без будь-якої дискримінації незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану, *стану здоров'я* і народження дитини, її батьків чи законних опікунів або яких-небудь інших обставин. Стаття 19 гарантує, що держави-учасниці вживають всіх необхідних законодавчих, адміністративних, соціальних і просвітніх заходів з метою захисту дитини від усіх форм фізичного та психологічного насильства, образи чи зловживань, відсутності піклування чи недбалого і брутального поводження та експлуатації, включаючи сексуальні зловживання, з боку батьків, законних опікунів чи будь-якої іншої особи, яка турбується про дитину. Стаття 23 Конвенції ООН про права дитини (1989) закріплює, що держави-учасниці визнають, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства. Цією статтею визнається право неповноцінної

1 Сенюта І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я // ВІСНИК ЛЬВІВ. УН-ТУ Серія юридична. 2004. Вип. 40. – с. 3-10

2 Конвенція про права дитини [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/

дитини на особливе піклування, а також на ефективний доступ до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, підготовки до трудової діяльності та доступ до засобів відпочинку таким чином, який призводить до найбільш повного по можливості втягнення дитини в соціальне життя і досягнення розвитку її особи, включаючи культурний і духовний розвиток дитини. Статтею 24 стверджується право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасниці намагаються забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до подібних послуг системи охорони здоров'я. Згідно Статті 25 держави-учасниці визнають права дитини, яка віддана компетентними органами на піклування з метою догляду за нею, її захисту або фізичного чи психічного лікування, на періодичну оцінку лікування, наданого дитині, і всіх інших умов, пов'язаних з таким піклуванням про дитину. Стаття 26 стверджує, що держави-учасниці визнають за кожною дитиною право користуватися благами соціального забезпечення, включаючи соціальне страхування, і вживають необхідних заходів щодо досягнення повного здійснення цього права згідно з їх національним законодавством. Статтею 27 держави-учасниці визнають право кожної дитини на рівень життя, необхідний для фізичного, розумового, духовного, морального і соціального розвитку дитини. Стаття 28 визнає право дитини на освіту на підставі рівних можливостей. Стаття 29 гарантує розвиток особи, талантів, розумових і фізичних здібностей дитини в найповнішому обсязі. Згідно Статті 31 діти з розумовими вадами мають рівні можливості для культурної і творчої діяльності, дозвілля і відпочинку. У Статті 39 держави-учасниці вживають всіх необхідних заходів для сприяння фізичному та психологічному відновленню та соціальній інтеграції дитини, яка є жертвою будь-яких видів нехтування, експлуатації чи зловживань, катувань чи будь-яких жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження, покарання чи збройних конфліктів. Таке відновлення і реінтеграція мають здійснюватися в умовах, що забезпечують здоров'я, самоповагу і гідність дитини.

2. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (ICCPR, 1966 р.)[3] у статті 24 (1) затверджує, що *«кожна дитина* без будь-якої дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, національного або соціального походження, майнового стану або народження має право на такі заходи захисту, які потрібні в її становищі як малолітньої з боку її сім'ї, суспільства і держави…».

3. Стаття 10 Міжнародного Пакту про економічні, соціальні та культурні права (ICESCR, 1966 р.)[4] проголошує, що «…особливий захист і допомога мають надаватись всім дітям і підліткам без будь-якої дискримінації за ознакою сімейного походження чи за іншою ознакою». Статтею 12 цього Пакту визнається право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Зауваження загального порядку № 14 Комітету з економічних, соціальних і культурних прав якраз спрямовані на надання допомоги країнам у виконанні статті 12 Пакту зазначаючи що право на здоров'я включає як свободи, так і права, такі як право на контроль за своїм здоров'ям та тілом, включаючи статеву та репродуктивну свободу, право бути вільним від тортур, від примусового лікування, а також без згоди не бути підданим медичним чи науковим дослідам. На думку Комітету, право на здоров'я включає в себе такі взаємопов'язані елементи:

А) Доступність, що включає в себе:
- відсутність дискримінації, тобто медична допомога і релевантні послуги повинні бути доступні всім без будь-якої дискримінації;
- архітектурну доступність; економічну та інформаційну доступність.

Б) Прийнятність, тобто установи та послуги охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на етич-

3 Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, ICCPR, 1966, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm

4 Міжнародний Пакт про економічні, соціальні та культурні права ,ICESCR, 1966, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm

них, культурних і моральних нормах;

В) Якість, тобто об'єкти охорони здоров'я, медичні та інші послуги мають бути якісними

Стаття 7 цього Пакту гарантує захист від тортур, жорстокого, нелюдського або принижуючого гідність поводження. І це стосується медичних установ, особливо закладів, що надають психіатричну допомогу. Зауваження загального порядку до статті 7 вимагає, щоб уряд держав-учасниць "надавав інформацію про утримання в психіатричних лікарнях; про заходи, що вживаються для запобігання зловживань, про існуючий процес подання скарг від осіб, що утримуються в психіатричних установах».

4. У розділі 21 частини II Віденська декларація и Програма Дій (1993)[5] наполегливо закликає держави ратифікувати і реалізовувати Конвенцію ООН про права дитини в усіх країнах світу і, окрім того, в усіх діях щодо дітей принципи недискримінації і кращих інтересів дитини застосовувати як пріоритети.

5. Право на здоров'я також визнане в інших міжнародних конвенціях, таких, як стаття 5(e)(IV) Міжнародної Конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1965[6] року, статтями 11.1(F) і 12 Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації по відношенню до жінок 1979 року[7].

6. Конвенція ООН проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження або покарань (1984)[8] також застосовується для дітей з психічними розладами. Стаття 16, наприклад, застерігає держави-учасниці щодо відповідальності за акти жорстокого, нелюдського або принижуючого гідність поводження і покарання. До них також відносяться: відсутність безпечних і гігієнічних умов; відсутність достатнього харчування та одягу; відсутність достатнього тепла або теплого одягу; відсутність адекватного лікування з метою запобігання поширенню інфекційних захворювань тощо.

7. Конвенція про права осіб з інвалідністю[9] є документом у чомусь революційним. Визначивши інвалідність як поняття, що еволюціонує та являє собою відношення між особою із порушеннями здоров'я з одного боку, та суспільними та середовищними перешкодами з іншого. Конвенція започаткувала модель інвалідності, що ґрунтується на правах людини. Складовими цієї моделі є максимальне включення людей з інвалідністю у різні сфери життя суспільства, отримання ними послуг за місцем проживання та рівність у реалізації прав. Стаття 7 договору передбачає вжиття державами-учасницями усіх необхідних заходів для здійснення дітьми з інвалідністю усіх прав людини й основоположних свобод на рівні з іншими. При чому, у всіх діях стосовно дітей з інвалідністю увага має приділятись вищим інтересам дитини. Державам-учасницям також слід забезпечити, щоб діти з інвалідністю мали можливість реалізувати право донести свою думку із питань, що їх стосуються. Статтею 12 за особами з інвалідністю визнається правоздатність на рівні з іншими, держави-учасниці надають відповідну підтримку для реалізації правоздатності. Ключовим у статті 14 є визнання того, що інвалідність не може бути підставою для позбавлення волі. Цим положенням Конвенція вимагає не створювати окремого сегрегованого середовища. Тим більше, не утримувати осіб з порушеннями здоров'я у місцях несвободи тільки через неспроможність забезпечити послуги за місцем проживання. Стаття 19 визначає право особам з інвалідністю самостійно вибирати місце проживання, де із ким проживати, щоб особи з інвалідністю не були зобов'язані проживати у якихось визначених умовах.

5 Віденська декларація и Програма Дій (1993), [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://habitat.igc.org/undocs/vienna.html

6 Міжнародна Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, 1965, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_105

7 Конвенція про ліквідацію усіх форм дискримінації по відношенню до жінок, 1979, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_207

8 Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів [...] ООН; Конвенція, Міжнародний документ від 10.12.1984, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_085

9 Офіційний переклад Конвенції про права осіб з інвалідністю. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

ІІ Європейські регіональні угоди по відношенню до дітей з психічними розладами

1. Європейська Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950)[10], спираючись на Європейський Суд з прав людини, передбачає обов'язковий захист людей з психічними розладами, котрі проживають у державах, які ратифікували Конвенцію. В європейських країнах законодавство в галузі психічного здоров'я забезпечує захист проти недобровільної госпіталізації, заснований на трьох принципах, закладених Європейським Судом з прав людини (Wachenfeld, 1992):

- психічний розлад визначається об'єктивною медичною експертизою;
- психічний розлад носить характер і ступінь, які потребують примусового тримання;
- для подальшого утримання необхідно довести, що психічний розлад зберігається

2. Європейська Конвенція про захист прав людини і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та Біомедицину (1996)[11]. Ця Конвенція, прийнята державами-членами Ради Європи та іншими державами Європейського співтовариства, стала першим на міжнародному рівні юридично обов'язковим документом для втілення принципу інформованої згоди, забезпечення рівного доступу до медичної допомоги і забезпечення права на отримання інформації, а також для встановлення високих стандартів захисту щодо медичного обслуговування та наукових досліджень.

3. Рекомендація 1235 з психіатрії і прав людини (1994)[12]. Європейське законодавство в галузі психічного здоров'я, керуючись даними рекомендаціями, прийнятими Парламентською Асамблеєю Ради Європи, включає в себе критерії примусової госпіталізації, процедури примусової госпіталізації, стандарти догляду та лікування осіб з психічними розладами та заходи запобігання порушенням прав людини при наданні психіатричної допомоги та практиці.

4. Рекомендація 10 (Rec2004)[13] щодо захисту прав людини і людської гідності осіб з психічними розладами. У вересні 2004 року Комітет Міністрів Ради Європи схвалив цю Рекомендацію, яка закликає держави-члени посилити захист гідності, прав людини і основоположних свобод осіб з психічними порушеннями, зокрема тих, хто підлягає примусовій госпіталізації або примусовому лікуванню.

5. Рекомендація (Rec2005)[14] Комітету Міністрів державам-членам про права дітей, котрі знаходяться в закладах опіки. В цій рекомендації основоположними принципами визначено наступні:

– сім'я є природним середовищем для зростання і благополуччя дитини, при цьому головна відповідальність за навчання і розвиток дитини лягає на батьків;

– по можливості повинні прийматися профілактичні заходи з підтримки дітей та їх сімей, які відповідали б їх конкретним потребам;

– встановлення опіки має залишатися винятком і головною метою при цьому є кращі інтереси дитини і її успішна соціальна інтеграція в самі короткі терміни, що повинно в повній мірі гарантувати реалізацію основоположних прав дитини;

– встановлення опіки не повинно тривати більше необхідного терміну і має піддаватися періодичному перегляду з урахуванням найкращих інтересів дитини, і саме ці інтереси повинні враховуватися в першу чергу при розгляді питання про встановлення опіки; необхідно надавати батькам всю можливу допомогу, для того щоб забезпечити гармонійне повернення дитини в сім'ю і суспільство;

10 Європейська Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, 1950, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_004

11 Європейська Конвенція про захист прав людини і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та Біомедицину, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_334

12 Рекомендація 1235 з психіатрії і прав людини, 1994, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_200

13 Рекомендація 10 (Rec2004) щодо захисту прав людини і людської гідності осіб з психічними розладами, Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://khpg.org/ru/pda/index.php?id=1444035308

14 Рекомендація (Rec2005) принята Комітетом Міністрів 16 березня 2005р. на на 919-ому засіданні постійних представників міністрів, Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://khpg.org/ru/pda/index.php?id=1444035308

6. Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (1987)[15] забезпечує ще один зріз прав людини, який закріплює стандарти щодо запобігання жорстокому поводженню по відношенню до осіб, котрі страждають на психічні розлади.

7. Переглянута Європейська Соціальна Хартія (1996 р.)[16] передбачає обов'язковий захист основних прав і свобод людей з психічними розладами, котрі є громадянами держав-учасниць Хартії. Зокрема, стаття 15 цієї Хартії передбачає незалежність, соціальну інтеграцію та участь у житті громади осіб з психічними розладами.

8. Рекомендації No R (83) 2, прийняті Радою Міністрів у 1983 році[17], є ще одним інструментом юридичного захисту осіб з психічними розладами, котрі перебувають на примусовому лікуванні у психіатричних закладах.

III. Інші міжнародні інструменти

1. Всесвітня Декларація про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей та План Дій, прийняті на Всесвітній зустрічі на вищому рівні в інтересах дітей 1990 року[18];

2. Підсумковий документ спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН щодо становища дітей («Світ, придатний для життя дітей».)[19];

3. Правила ООН (1990), що стосуються захисту неповнолітніх, позбавлених волі[20];

4. Кконвенція МОП (No.182, 1999) про найгірші форми дитячої праці[21].

IV. Стандарти з прав людини по відношенню до охорони психічного здоров'я

1. Принципи ООН щодо захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психічного здоров'я[22].

У 1991 році, керуючись принципами ООН щодо захисту психічно хворих осіб і поліпшення психіатричної допомоги, були розроблені мінімальні стандарти з прав людини в галузі психічного здоров'я. Мінімальні стандарти включають в себе 25 принципів:

■ *Принцип 1. Фундаментальні свободи і основні права:* Всі особи мають право на найкращу наявну психіатричну допомогу, яка є частиною системи охорони здоров'я і соціального обслуговування. 2. Всі особи, які страждають психічним захворюванням чи вважаються такими мають право на гуманне поводження, повагу і гідність, притаманні кожній людині;

■ *Принцип 2. Захист неповнолітніх.* Особлива увага в контексті національного законодавства має бути приділена захисту прав неповнолітніх осіб з психічними захворюваннями. За певних потреб і необхідності потрібно передбачити особистого представника дитини, котрий не є членом родини.

■ *Принцип 3. Життя в суспільстві.* Кожна людина, котра страждає на психічне захворювання, має право жити і працювати, наскільки це можливо, в суспільстві.

■ *Принцип 4. Визначення психічних захворювань.* Визначення, що особа страждає на психічне захворювання, надається у відповідності до міжнародно визнаних медичних стандартів.

15 Європейська конвенція про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню , [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_068

16 Європейська Соціальна Хартія, 1996 р., [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.ht

17 Рекомендації No R (83) 2, 1983, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://vkksu.gov.ua/userfiles/doc/perelik-dokumentiv/EU_Standarts_book_web-1.pdf

18 Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей : Принята Всемирной встречей на высшем уровне в интересах детей, Нью-Йорк, 30 сентября 2000 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/decl_child90.shtml

19 Підсумковий документ спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН щодо становища дітей («Світ, придатний для життя дітей , [Электронный ресурс]. – Режим доступа:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_b20

20 Правила ООН (1990), що стосуються захисту неповнолітніх, позбавлених волі, [Электронный ресурс]. – Режим доступа-:http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_205

21 Конвенція МОП про заборону та негайні заходи щодо ліквідації найгірших форм дитячої праці № 182 від 17.06.1999 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/en/993_166

22 Принципи ООН щодо захисту психічно хворих осіб і поліпшення психіатричної допомоги, . [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm

■ *Принцип 5. Медичне обстеження.* Жодна особа не може примушуватися до проходження медичного огляду з метою визначення, чи він або вона страждає на психічне захворювання, за виключенням процедур передбачених національним законодавством.

■ *Принцип 6. Конфіденційність.* Захист інформації і даних.

■ *Принцип 7. Роль громади і культури.* Кожен пацієнт має право на лікування та догляд, по можливості, в громаді, в якій він проживає.

■ *Принцип 8. Стандарти догляду.* Кожен пацієнт має право на таку медичну та соціальну допомогу, яка необхідна для підтримання його здоров'я, та має право на догляд і лікування у відповідності з тими ж стандартами, що й інші хворі.

■ *Принцип 9. Лікування.* Кожен пацієнт має право на лікування в найменш

жорстких умовах, і за допомогою найменш обмежувальних або інвазивних методів у відповідності до потреб здоров'я пацієнта і необхідності захисту і безпеки інших.

■ *Принцип 10. Ліки.* Медикаменти повинні найкращим чином відповідати необхідності здоров'я пацієнта, бути призначеними хворому тільки в терапевтичних чи діагностичних цілях.

■ *Принцип 11. Згода на лікування.* Ніяке лікування не може призначатися пацієнту без його усвідомленої згоди, за винятком випадків, передбачених цими принципами.

■ *Принцип 12.Повідомлення про права.* Кожен пацієнт психіатричних закладів якнайскоріше має бути проінформованим про його права у доступній формі і зрозумілою мовою.

■ *Принцип 13. Права пацієнта і умови утримання.* Пацієнт психіатричного закладу має всі основні права і свободи людини. Він не повинен примусово залучатися до праці і бути жертвою жорстокого і негуманного поводження.

■ *Принцип 14. Ресурси психіатричних закладів.* Пацієнт має право доступу і користування такими ж самими ресурсами, як і в інших медичних закладах.

■ *Принцип 15. Принципи прийому.* Коли особа потребує лікування у психіатричному закладі, потрібно докласти всіх зусиль, щоб уникнути примусової госпіталізації.

■ *Принцип 16. Примусова госпіталізація.* Даний принцип містить перелік підстав для примусової госпіталізації.

■ *Принцип 17. Наглядовий орган.* Наглядовий орган є судовим або іншим незалежним і безстороннім органом, який створено і функціонує відповідно до внутрішнього законодавства.

■ *Принцип 18. Процедура захисту.* Пацієнт має право вибирати і призначати адвоката і мати належне представництво в ході будь-якої скарги.

■ *Принцип 19. Доступ до інформації.* Пацієнт має бути забезпечений доступом до належної інформації за винятком обставин, передбачених цими принципами.

■ *Принцип 20. Кримінальні злочинці.* Ці принципи можуть застосовуватись до осіб, які відбувають покарання чи тюремне ув'язнення за кримінальні злочини.

■ *Принцип 21. Скарги.* Кожен пацієнт має право подати скаргу у відповідності з процедурами, передбаченими у національному законодавстві.

■ *Принцип 22. Нагляд і засоби правового захисту.* Держави забезпечують наявність відповідних механізмів для сприяння і дотримання цих принципів для перевірки психічного здоров'я пацієнтів, стану установ, механізмів для подання, розслідування та вирішення скарг.

■ *Принцип 23. Імплементація.* Держави повинні імплементувати ці принципи за допомогою відповідних законодавчих, судових, адміністративних, освітніх та інших заходів, які підлягають періодичному перегляду.

■ *Принцип 24. Сфера застосування принципів у психіатричних установах.* Ці принципи застосовуються до всіх осіб, котрі перебувають в психіатричному медичному закладі.

■ *Принцип 25. Збереження існуючих прав.* Жодне обмеження чи применшення будь-якого з існуючих прав пацієнтів, зокрема прав, що визнаються в міжнародному або національному законодавстві не припустимо.

1. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю (Стандартні

Правила, 1993)[23]

Всесвітня конференція з прав людини, яка відбулася у Відні в 1993 році, підтверджує той факт, що міжнародне право з прав людини належним чином захищає людей з розумовими та фізичними вадами, і що державам слід гармонізувати національне законодавство у відповідності до міжнародного права з прав людини. Віденська Декларація Всесвітньої конференції стверджує, що всі права людини і основні свободи є універсальними і тим самим вони, безумовно, охоплюють людей з інвалідністю. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для людей з інвалідністю були прийняті Резолюцією 48/96 Генеральної Асамблеї в кінці декади людей з інвалідністю (1982-1993). . Як стратегічний інструмент, стандартні правила відображають цілі профілактики, реабілітації і забезпечення рівних можливостей в рамках Всесвітньої програми дій. Ці 22 правила передбачають три основні напрямки дій на національному рівні: створення передумов для рівної участі, цілі для рівної участі, а також план реалізації заходів. Стандартні Правила – це новий революційний міжнародний документ, оскільки в ньому передбачається участь людей з інвалідністю в якості міжнародно визнаного права людини. Для реалізації цього права держави повинні забезпечити можливості для людей з інвалідністю та організацій людей з інвалідністю брати участь у розробці нового законодавства та політик з питань, що безпосередньо торкаються їх і впливають на них. Стандартні правила закликають всі країни до участі в процесі національного планування, з метою гармонізації національного законодавства, політики і програм до міжнародних стандартів в галузі прав людини.

2. Стандарти «Якість на благо дітей» (2008)[24]

Ці Стандарти були розроблені на замовлення Єврокомісара з міжнародних відносин і Європейської політики добросусідства трьома організаціями: FICE (Міжнародна федерація освітніх товариств), IFCO (Міжнародна організація патронатного виховання), організація «Дитячі селища SOS» із залученням 163 дітей, 36 біологічних батьків, 106 опікунів, 24 членів фостерних сімей, адвокатів та представників влади зі всієї Європи. Стандарти були розроблені в рамках проекту «Якість на благо дітей» (Quality4Children). Наріжним каменем стандартів стало те, що дітям, котрі залишилися без батьківського піклування, має бути дано шанс побудувати власне майбутнє, в якому вони, завдяки вихованню в турботливому і уважному оточенні, що сприяє повному розкриттю їхнього потенціалу, стануть самостійними і повноцінними членами суспільства. Документ складається із 18 стандартів, які структуровані у послідовні етапи:

Етап І. Процес прийняття рішень щодо встановлення опіки:

- Стандарт 1. Дитина і її біологічна родина отримують підтримку у прийнятті рішення;
- Стандарт 2. Дитина особисто залучена до прийняття рішення;
- Стандарт 3. Професійність процесу прийняття рішення забезпечує найкращі інтереси дитини;
- Стандарт 4. Рідні брати і сестри перебувають під однією опікою;
- Стандарт 5. Перехід до нових умов перебування відбувається поступово, обережно і делікатно;
- Стандарт 6. Процес поза домашньої опіки регулюється Індивідуальним планом.

Етап ІІ. Процес опіки

- Стандарт 7. Процес опіки відповідає основним потребам дитини, життєвій ситуації і враховує соціальне середовище, в якому дитина перебувала до цього;
- Стандарт 8. Дитина підтримує зв'язок із своєю біологічною родиною;
- Стандарт 9. Опікуни мають необхідний досвід і кваліфікації;
- Стандарт 10. Ставлення опікуна до дитини засновані на розумінні і повазі;
- Стандарт 11. Дитина має можливість брати участь у прийнятті рішень, які безпосередньо впливають на її життя;

23 Стандартні Правила, 1993, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://npu.edu.ua/!e-book/book/html/D/ikpp_kpp_Sozhialno-pravovuy_zahust_ditey/100.html

24 Стандартні якості, 2008, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://quality4children

■ Стандарт 12. Дитина перебуває під опікою в належних умовах для життєдіяльності;

■ Стандарт 13. Діти з особливими потребами забезпечуються належною опікою;

■ Стандарт 14. Дитину постійно готують до самостійного життя;

Етап III. Вихід з-під опіки

■ Стандарт 15. Процес виходу з під опіки ретельно планується і реалізується;

■ Стандарт 16. Забезпечується належна і розумна комунікація впроцесі виходу дитини з під опіки;

■ Стандарт 17. Дитина особисто бере участь у процесі підготовки і виходу з під опіки;

■ Стандарт 18. Забезпечується належний супровід, постійна підтримка і можливість спілкування.

V. Технічні стандарти.

На додаток до резолюцій Генеральної Асамблеї ООН, агенцій ООН, міжнародних конференцій і нарад професійних груп під егідою ООН було прийнято багато технічних керівних принципів і політичних заяв. Вони також можуть бути цінним джерелом тлумачення міжнародних конвенцій з прав людини.

1. Каракаська Декларація (1990)[25] була прийнята в якості резолюції форуму законодавців, фахівців у сфері психічного здоров'я. медиків, керівників правозахисних організацій та активістів з питань інвалідності, скликаних Організацією Охорони Здоров'я Пан Американ. Ця Декларація має важливі наслідки для структури послуг у сфері психічного здоров'я. У ній зазначається, що стаціонарне лікування у психіатричних клініках ізолює пацієнтів від їх природного оточення, тим самим наражаючи їх на більшу інвалідизацію і трамованість. Декларація встановлює важливий зв'язок між службами охорони психічного здоров'я і правами людини. В ній ідеться про те, що застарілі підходи до охорони психічного здоров'я піддають ризикам людські права пацієнтів. Декларація спрямована на сприяння громад і розбудову комплексних служб охорони психічного здоров'я, а також реформування існуючої системи психіатричної допомоги. В ній говориться, що всі ресурси догляду та лікування осіб з психічними розладами повинні охороняти їх гідність і забезпечувати права людини,

2. Мадридська декларація (1996)[26].

Міжнародні асоціації фахівців в області психічного здоров'я також намагаються захистити права людини по відношенню до осіб з психічними розладами, розробляючи свої власні стандарти професійної поведінки та практики. Прикладом такого стандарту є Мадридська декларація, прийнята Генеральною Асамблеєю Всесвітньої психіатричної Асоціації (ВПА) у 1996 році. Декларація наполягає на лікуванні, заснованому на партнерстві з людьми з психічними розладами і використанні примусового лікування тільки у виняткових випадках.

3. Технічні стандарти ВООЗ.

У 1996 році ВООЗ розробила ***Закон з охорони психічного здоров'я: Десять основних принципів*** [27]з метою тлумачення міжнародних конвенцій і угод в сфері психічного здоров'я та дорожньої карти для надання допомоги іншим країнам у розробці національного законодавства про охорону психічного здоров'я. У 1996 році ВООЗ також розробив Керівні принципи щодо адвокації прав людини по відношенню до осіб з психічними розладами, які є інструментом для розуміння принципів і оцінки стану дотримання прав людини в психіатричних установах.

Нижче наведені 10 основних принципів Закону з охорони психічного здоров'я (ВООЗ 1996):

1. Зміцнення психічного здоров'я та профілактика психічних розладів;

2. Доступ до базового лікування і послуг;

3. Оцінка психічного здоров'я відповідно до

25 Каракаська декларація, 1990, [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_964

26 Мадридська декларація, 1996, [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://www.rusmedserv.com/psychsex/aethic.htm

27 Закон з охорони психічного здоров'я: Десять основних принципів, ВООЗ, 1996, [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm

міжнародних прийнятих норм і стандартів;

4. Забезпечення найменш обмежувального лікування психічних розладів;

5. Самовизначення;

6. Право на допомогу у здійсненні самовизначення;

7. Наявність процедури перегляду справи;

8. Автоматичний механізм періодичного огляду;

9. Кваліфіковане рішення;

10. Повага до верховенства права.

4. Інструментарій ВООЗ із оцінки дотримання прав людини у стаціонарних установах, що надають послуги психічного здоров'я[28]. Спираючись на Конвенцію про права осіб з інвалідністю, ВООЗ сформувала теми, стандарти та критерії, використання яких дозволить оцінити ступінь дотримання прав людини. Інструментарій сформовано із п'яти тем:

1. Достатній рівень життя та соціальний захист.

2. Достатній рівень фізичного та психічного здоров'я.

3. Реалізація правоздатності та дотримання права на свободу.

4. Свобода від катувань, жорстоких, нелюдських та таких, що принижують гідність людини поводжень та покарань та свобода від експлуатації.

5. Самостійний спосіб життя та включення до місцевої спільноти.

5.Саламанкська Декларація і План дій щодо навчання осіб з особливими потребами (1994)[29]. У 1994 році на Всесвітній конференції з питань навчання і освіти осіб з інвалідністю була прийнята Саламанкська декларація з Планом дій щодо навчання осіб з особливими потребами , яка підтвердила право на існування інтегрованої освіти для дітей з інтелектуальними порушеннями. Саламанкська Декларація має особливо важливе значення для реалізації Всесвітньої декларації про Освіту для Всіх ((WDEA) та реалізації права на освіту, задекларованого у Міжнародному Пакті про економічні, соціальні та культурні права.

Важливо також зупинитися на ініціативі ВООЗ для дітей – Проекті «Атлас»[30]. Протягом останніх років ВООЗ запустила ряд ініціатив, спрямованих на підвищення потенціалу країн в галузі розробки систем догляду за психічно хворими дітьми і підлітками. Головною серед цих ініціатив є проект «Атлас». Цей проект є одним з перших систематизованих спроб збору загальнонаціональних даних про лікувальні ресурси для дітей та підлітків з психічними розладами. Опитування, використовуючи ключових інформаторів, збирає дані про демографічну політику в області охорони здоров'я і законодавства, фінансування служб охорони психічного здоров'я, наявні психіатричні служби, наявність людських ресурсів для обслуговування, дані стосовно догляду за вразливими групами населення, а також дані про використання медикаментів. На цей час до проекту залучено 64 країни. «Атлас» психічного здоров'я дітей і підлітків є продовженням проектів «Атлас» для вивчення стану загального психічного здоров'я, неврологічних розладів, епілепсії та інших захворювань. Висновки, що стосуються дітей і підлітків вражають в порівнянні з даними, отриманими від служб охорони психічного здоров'я для дорослих:

- У менш ніж 1/3 всіх країн існує окремий або державний орган, який несе відповідальність за програмування психічного здоров'я дитини;
- Просвіта громадськості з проблем психічного здоров'я дитини значно відстає від інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям у всіх країнах, окрім самих розвинутих;
- Брак у забезпеченні навчання в галузі психічного здоров'я дитини лишається в більшості країн світу.
- Не регулярно проводяться консультації на

28 WHO QualityRights Tool Kit. WHO, 2012. [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/

29 Саламанкська декларація, 1994, [Електронний ресурс]. – Режим доступу:http://ussf.kiev.ua/iearticles/72/

30 Project Atlas: Resources for mental health, [Електронний ресурс]. – Режим доступу http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/

базі шкіл щодо психічного здоров'я дитини у всіх країнах світу. Цей недолік призводить до багатьох проблем, яких можливо було б уникнути: дітей забирають із школи, направляють у закриті установи тощо.

■ Фінансування послуг у сфері психічного здоров'я дітей і підлітків рідко покривається державним бюджетом і в країнах з низьким рівнем доходу послуги часто оплачують «зі своєї кишені».

■ Конвенція ООН про права дитини визнається більшістю країн як важливий документ, проте положення, що стосуються психічного здоров'я дитини Конвенції рідко забезпечується.

■ Діяльність неурядових організацій у наданні медичної допомоги рідко здійснюється в рамках поточних програм на державному рівні; громадянському суспільству дуже бракує життєспроможності.

■ Розробка та використання програм «самодопомоги» або «практичної допомоги», не залежно від наявності кваліфікованих фахівців в країнах, залишається більше міфом, аніж реальністю.

■ У 62% з опитаних країн немає затвердженого списку психотропних препаратів для дітей. У 53% країн немає спеціальних механізмів для призначення ліків.

■ Не зважаючи на великий інтерес у світі до психостимуляторів, у 47% країн психостимулятори або заборонені або недоступні для використання.

Еволюція міжнародних стандартів прав осіб, в тому числі дітей із проблемами психічного здоров'я виводить на порядок денний не лише надання якісної медичної, зокрема психіатричної допомоги. Йдеться про необхідність забезпечення прав осіб з психосоціальними порушеннями на рівні з іншими. Декларується необхідність реформування системи психіатричної допомоги із акцентом на надання послуг не у великих психіатричних клініках, а якнайближче до місця проживання. У цьому зв'язку, визначальним постає питання належної підтримки сім'ям, де виховуються діти із порушеннями здоров'я. Проте, міжнародна спільнота визнає тривалість шляху поваги до прав людини щодо осіб з психосоціальними порушеннями, просвітництва у сфері психічного здоров'я та ефективності впровадження відповідних змін.

РОЗДІЛ 2. НАЦІОНАЛЬНІ ПРАВОВІ СТАНДАРТИ ЩОДО ПРАВ ДІТЕЙ ІЗ ПРОБЛЕМАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРАКТИКА ЇХ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ[31].

За даними Міністерства охорони здоров'я України серед загальної кількості осіб із діагнозом психічного розладу до 22%32 становлять діти та підлітки. Первинно діагностовані випадки розладів психіки та поведінки серед дітей віком до 17років у 2014 р. становили близько 37% від загальної захворюваності на психічні розлади. Кількість дітей, що були госпіталізовані до психіатричних лікарень із розладами психіки та поведінки, за роки незалежності України зростала, незважаючи на скорочення дитячої популяції та кількості психіатричних ліжок: сумарний приріст за вищезазначений період становив 2,2%. Частка дітей, інвалідність яких встановлено внаслідок проблем психічного здоров'я складає 8,6%, а майже 3% дітей потребують психіатричної допомоги[33].

Виклики правам дітей із порушеннями здоров'я, в тому числі психосоціальними неодноразово були предметом стурбованості міжнародних інституцій. Так, у 2011 році Комітет з прав дитини звернув увагу України на відсутність системної національної політики щодо психічного здоров'я дорослих та дітей[34]. А 2015 року Комітет із прав людей з інвалідністю висловив глибоку стурбованість розповсюдженістю в Україні інституалізації щодо дітей з інвалідністю, поганими умовами перебування в інтернат них закладах, відсутністю у них реабілітації та поваги до приватного життя дітей35. У цьому розділі зроблено спробу окреслити еволюцію правових норм щодо забезпечення прав дітей із проблемами психічного здоров'я у контексті виконання міжнародних зобов'язань.

Закон України «Про психіатричну допомогу» визначає, що централь ний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я здійснює державний контроль за діяльністю психіатричних закладів усіх форм власності[36]. Вищеозначена норма Закону знаходить своє відображення у Положенні про МОЗ: «Міністерство здійснює державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги»[37]. Цим же нормативним актом задекларовано, що МОЗ забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта. Цитоване підтверджує, що у МОЗ наявні формальні можливості для впливу на дотримання прав дітей у психіатричних лікарнях. Водночас, Положення про МОЗ не містить зобов'язань стосовно регламентування діяльності, пов'язаної із імплементацією міжнародних документів у сфері прав дитини. Відповідно, права дитини ***не є визначальними і для діяльності психіатричних закладів.***

Відсутність примірного положення про психіатричний заклад та примірного положення про структурний підрозділ закладу, в якому надається психіатрична допомога дітям, не дає підстав говорити про формування єдиного нормативно-правового підґрунтя дотримання прав дітей із психічними порушеннями, котрі перебувають у психіатричних лікарнях.

Підпунктом 3 пункту 3 Указу Президента України від 16 грудня 2011 року № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» Міністерству охорони здоров'я України доручено опрацювати у шестимісячний строк

31 Основний автор розділу Сергій Шум.

32 Охорона психічного здоров'я дітей і підлітків в Україні: час порозуміння та об'єднання зусиль. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://health-ua.com/articles/3055

33 Наказ Міністерства охорони здоров'я від 18.05.2013 № 399 «Про затвердження Концептуальних засад щодо удосконалення надання психіатричної допомоги дітям». - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=1449

34 Комітет ООН з прав дитини. Заключні зауваження щодо розгляду третього та четвертого звіту про виконання Україною Конвенції про права дитини. / CRC/C/UKR/CO/3-4. – 21 квітня 2011. – С. 17–18.

35 Комітет ООН з прав людей з інвалідністю. Заключні висновки щодо первинного звіту України. / CRPD/C/UKR/CO/1 . 2015. – С. 3.

36 Стаття 30 Закону України «Про психіатричну допомогу». [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1489-14

37 Положення про Міністерство охорони здоров'я затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. – [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_statute

питання щодо вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям, зокрема відокремлення стаціонарної психіатричної допомоги для дітей від психіатричної допомоги для дорослих, та за результатами опрацювання внести в установленому порядку відповідні пропозиції[38].

Наказом МОЗ України від 18.05.2013 № 400 «Про вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям» було затверджено відповідний порядок. Згідно п. 2.6 Порядку, у стаціонарних умовах надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується багатопрофільними лікарнями планового лікування, лікарнями відновного (реабілітаційного) лікування, спеціалізованими медичними центрами, міськими дитячими лікарнями[39]. В той же час, в Україні психіатрична допомога дітям продовжує надаватись у дитячих відділеннях психіатричних лікарень. Так, у 2015 році жодного відділення не було створено в обласних, міських, районних та дільничних лікарнях. Це свідчить про невиконання на місцях, як указу Президента України, так і наказу МОЗ України.

До дітей, котрі були визнані судом неосудними, примусові заходи медичного характеру з суворим/посиленим наглядом застосовуються у відділеннях разом з дорослими. Останнє є грубим порушенням стандарту 30 Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню, яким встановлено, що «психічно хворі неповнолітні не повинні перебувати в одній палаті з дорослими пацієнтами». Аналіз наказу МОЗ України № 397 від 08.10.2001 показав, що порядок застосування примусових заходів медичного характеру до дітей, взагалі не затверджено.

Серед позитивних дій МОЗ можна зазначити затвердження наказом МОЗ України від 15.09.2016 № 970 форм первинної облікової документації «Усвідомлена згода батьків чи іншого законного представника на проведення психіатричного огляду особи віком до 14 років (малолітньої особи)», «Усвідомлена згода батьків чи іншого законного представника на амбулаторну психіатричну допомогу особі віком до 14 років (малолітній особі)», «Усвідомлена згода батьків чи іншого законного представника на госпіталізацію до психіатричного закладу особи віком до 14 років (малолітньої особи)», «Усвідомлена згода батьків чи іншого законного представника на лікування у психіатричному закладі особи віком до 14 років (малолітньої особи)»[40].

Як зазначалось вище, у МОЗ наявні повноваження, визначені законодавством та його положенням, які надають можливість здійснювати контроль за наданням психіатричної допомоги дітям, однак аналіз існуючих нормативно-правових актів показав, що МОЗ самоусунувся від виконання повноважень у сфері відповідного контролю.

Статистика свідчить, що сфера послуг стосується значної кількості дітей. Так, у 2015 році поширеність розладів психіки та поведінки серед дітей (від 0 до 17 років) склала 201618, що становить 26,48 на 1000 дітей. При чому, первинно встановлено діагноз розлади психіки та поведінки 32604 дітям (16,17% від кількості дітей із проблемами психічного здоров'я), що становить 4,28 на 1000 дітей[41].

Інші дані свідчать, що протягом останніх років прослідковується стійка тенденція до зменшення чисельності уперше зареєстрованих у відповідному році випадків захворювань на порушення психіки та поведінки. «Так, кількість вперше діагностованих випадків захворювань психіки та поведінки серед дітей склала: 2015 рік – 32604; 2014 рік – 32517 випадків; 2013 рік – 42037; 2010 – 46923 випадків. У 2005 кількість вперше діагностованих розладів психіки та поведінки серед дітей склала 56442 випадків».

Проте, експерти не схильні вважати подані вище дані реальним відображенням масштабів проблем психічного здоров'я серед дітей: «Значна кількість психічних розладів у нашій країні не

38 Указ Президента України від 16 грудня 2011 № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1163/2011

39 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.2013 № 400 «Про вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям.

40 Наказ МОЗ України від 15.09.2016 № 970 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

41 Інформація надана Міністерством охорони здоров'я.

враховується статистикою. Батьки значної частки дітей, хворих на психічні розлади, уникають стигматичних послуг неефективної служби спеціалізованої психіатричної допомоги дітям. В Україні немає епідеміологічних даних про поширеність у дитячій популяції депресій; станів залежності від психоактивних речовин; поведінкових розладів, пов'язаних із харчуванням (булімія і анорексія), дефіцитом уваги та гіперактивністю; посттравматичних стресових розладів»[42].

Важливою проблемою залишається й недостатнє кадрове забезпечення сфери психічного здоров'я. Станом на 2015 рік укомплектованість лікарями-психіатрами склала 78,05%, із них укомплектованість дитячими психіатрами лише 59,20%[43]. Найбільший кадровий дефіцит спостерігається у сільській місцевості, лікарнях районного рівня. За останні три роки кількість дитячих психіатрів за посадами скоротилась від п'ятисот до двохсот осіб[44].

На жаль, і це визнається й фахівцями психіатрії, психіатрична допомога дітям здебільшого складається із медикаментозного лікування. Реабілітаційний компонент або взагалі відсутній, або його роль є не значною. Винятком можуть слугувати хіба програми реалізовані неурядовими організаціями.

У цих умовах розробка Міністерством проекту Концепції «Державної цільової програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», який оприлюднений для громадського обговорення є особливо актуальним[45]. Серед проблем, на вирішення яких спрямовано програму визначено: «недосконаліть національного законодавства в сфері психічного здоров'я, дискримінація та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я». До того ж, проектом Концепції як перешкоди ефективності послуг у сфері психічного здоров'я визнається: зосередженість психіатричної допомоги у спеціалізованих установах, відсутність послуг на рівні громади, в тому числі послуг із раннього втручання; недостатня координація між відомствами, що надають послуги особам з проблемами психічного здоров'я. Розробники вбачають мету програми у створенні цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі та забезпечує дотримання прав і свобод людини. Для реалізації мети планується: привезти національне законодавство до міжнародних стандартів; створити ефективний механізм отримання послуг особами з проблемами психічного здоров'я, в тому числі через співпрацю із неурядовими організаціями; створити механізм ефективного контролю за дотриманням прав людини при наданні психіатричної допомоги. Із тексту проекту Концепції вбачається, що деінституалізація та надання послуг на рівні громади має стати пріоритетом державної політики у сфері психічного здоров'я. Проект Концепції як рамковий документ не дає відповіді на питання щодо способів реалізації задекларованих цілей, однак деякі очікувані результати несуть певні ризики. Зокрема, Програмою очікується досягти: «зменшення показників інвалідизації дітей з розладами загального розвитку». Потенційно це може призвести до невстановлення та, як наслідок, відмову від отримання певного спектру послуг дітям із порушеннями психічного здоров'я. Іншим викликом може стати низька фінансова спроможність реалізації запланованих заходів, зокрема таких ресурсоємних як деінституалізація та послуги на рівні громади. Тому при розробці Плану дій програми, очевидною є необхідність залучення максимального кола зацікавлених сторін, в тому числі не лише сфери психічного здоров'я чи соціальної політики, але й асоціацій місцевого самоврядування.

Дотримання прав дітей із проблемами психічного здоров'я стосуються не лише функціонування закладів охорони здоров'я. Вище йшлося про проблему інституалізації щодо таких дітей. «В Україні функціонує система інституційного догляду та виховання дітей, якою передбачено заклади

42 Охорона психічного здоров'я дітей і підлітків в Україні: час порозуміння та об'єднання зусиль. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://health-ua.com/articles/3055

43 Інформацію оприлюднено під час кругло столу у комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я 30 жовтня 2015. - [електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.youtube.com/watch?v=pezVd6sORw4

44 Інформація оприлюднена під час Консультацій щодо проекту Концепції програми охорони психічного здоров'я. 25 квітня 2017 рік.

45 Проект Концепції Державно цільової програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. []Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20170503_0_dod_.pdf

різних типів, форм власності та підпорядкування, зокрема загальноосвітні школи-інтернати; інтернати; навчально-реабілітаційні центри; будинки дитини; дитячі будинки; дитячі будинки-інтернати; навчально-виховні комплекси, у складі яких є групи, класи, відділення цілодобового перебування дітей; інші заклади цілодобового та довготривалого (понад три місяці) перебування дітей, у яких одночасно проживає більше ніж 15 дітей (далі — заклади інституційного догляду та виховання дітей). Станом на 1 вересня 2016 р. в Україні функціонував 751 заклад інституційного догляду та виховання дітей, з яких 39 закладів належать до сфери управління МОЗ, 132 (будинки-інтернати, центри соціально-психологічної реабілітації дітей, притулки для дітей) — до сфери управління Мінсоцполітики, 580 — до сфери управління МОН. Крім того, в Україні функціонують заклади інституційного догляду та виховання дітей, утворені громадськими об'єднаннями, благодійними фондами, релігійними організаціями»[46].

Догляд та надання соціальних послуг значній частці дітей із проблемами психічного здоров'я забезпечується дитячими будинками інтернатами. (підпорядкування Міністерства соціальної політики), які є стаціонарними соціально-медичними установами, призначеними для тимчасового (до шести місяців) або постійного (понад шість місяців) перебування або проживання дітей з інвалідністю віком від 4 до 18 років (вихованці) та осіб з інвалідністю віком до 35 років (підопічні) з порушеннями фізичного, інтелектуального розвитку та психічними розладами, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду, побутового обслуговування, медичної допомоги, освітніх послуг, комплексу реабілітаційних заходів і згідно з медичним висновком не мають протипоказань для перебування в зазначеній установі незалежно від наявності осіб, зобов'язаних згідно із законом їх утримувати[47]. Будинки-інтернати поділяються на:

будинки-інтернати (відділення) I профілю (змішані за статтю) для вихованців з легкою розумовою відсталістю та/або розладами психіки, що супроводжуються стійкими фізичними порушеннями опорно-рухового апарату, для яких самостійне пересування є значно ускладненим або неможливим;

будинки-інтернати (відділення) II профілю (розділені за статтю) для вихованців з помірною розумовою відсталістю та/або тяжкими розладами психіки, які потребують догляду, навчання та реабілітації, можуть самостійно пересуватися та себе обслуговувати;

будинки-інтернати (відділення) III профілю (розділені за статтю) для вихованців з тяжкою і глибокою розумовою відсталістю та/або стійкими розладами психіки, які потребують догляду, навчання та реабілітації, можуть самостійно пересуватися і частково себе обслуговувати;

будинки-інтернати (відділення) IV профілю (змішані за статтю) для вихованців з тяжкою і глибокою розумовою відсталістю та/або стійкими хронічними розладами психіки, які потребують паліативного догляду, навчання і реабілітації та для яких самостійне пересування є значно ускладненим або неможливим[48]. Можуть утворюватись комплексні будинки-інтернати із поєднанням кількох профілів.

Наприкінці 2016 року затверджено Нову редакцію Типового положення про дитячий будинок інтернат, зокрема до завдань інтернату входитиме: забезпечення прав та інтересів, залучення до територіальної громади, забезпечення реабілітаційних послуг та медичної допомоги для вихованців / підопічних. Надання соціальних послуг із догляду (денного, стаціонарного, паліативного), представлення інтересів. Реабілітаційні заходи визначаються як одні з пріоритетних у діяльності установи. Їх реалізація ґрунтуватиметься як на індивідуальній програмі реабілітації, так й індивідуальному плані реабілітаційних

46 Взято із «Национальної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017—2026 роки» схваленої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 № 526-р. – С. 3. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=250190226

47 Типове положення про дитячий будинок-інтернат затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2017 № 978 «Деякі питання соціального захисту дітей з інвалідністю та осіб з інвалідністю». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249614486

48 Там само.

заходів. Також новою редакцією передбачається створення при інтернатних установах різних відділень: денного догляду, п'ятиденного стаціонарного догляду, транзитного перебування, підтриманого проживання, паліативного догляду. Це дасть змогу вихованцям і підопічним перебувати в установі не тільки на цілодобовому утриманні, але й на денному, чим забезпечуватиметься виховання дітей у сім'ях, можливість тимчасового вибуття з установи на шість місяців, а не на два, як було до цього, та інтегрування у місцеву громаду. Типовим положенням врешті декларовано забезпечення приватності: «Вихованці/підопічні мають право зберігати одяг поточного сезону, власну білизну, речі особистого вжитку, книги, ігри, іграшки, інвентар для занять, дидактичні матеріали тощо у житловій кімнаті, для чого керівництво будинку-інтернату створює належні умови, у тому числі надає окрему тумбочку, забезпечує поличками у шафі»[49]. Позитивним є покладення повноважень із моніторингу дотримання законодавства інтернатами на Міністерство соціальної політики[50]. Однак. Визначені документом альтернативи оскарження дій чи бездіяльності персоналу до адміністрації закладу, вищестоящого органу, виглядають не ефективними, особливо у ситуації порушення прав дитини. Очевидно, положення мало б містити норми надання вихованцям / підопічним усієї необхідної інформації щодо захисту своїх прав, включно із можливістю звертатись до правозахисних інституцій.

Нова редакція типового положення обнадіює. Залишається сподіватись, що Мінсоцполітики не зволікатиме із нормативним регулюванням відділень та формою плану реабілітаційних заходів. Оскільки, на жаль, сьогодні інтернатні заклади залишають гнітюче враження. За даними дослідження, проведеного організацією Disability Rights International в Україні: «поміщення дітей до інтернатних закладів може призвести до незворотної психологічної шкоди. Якщо діти не навчаться формувати емоційні прив'язаності в ранньому віці, то можуть втратити цю здатність, коли подорослішають. Крім того, дослідження показали, що діти будь-якого віку накопичуватимуть усе серйозніші порушення розвитку з часом, чим довше вони будуть залишатися відокремленими від суспільства під наглядом в інтернаті. Інтернати та сегреговані послуги можуть продовжувати шкодити навіть молоді й дорослим старшого віку»[51].

На жаль, існуюча ситуація в Україні не є сприятливою для отримання послуг дітьми з інвалідністю за місцем проживання: «Кількість фахівців із соціальної роботи, які працюють з дітьми та сім'ями, скоротилася на 64% порівняно з 2013 роком, працівників служб у справах дітей — на 19%»[52].

Водночас, збільшуються видатки на утримання інтернатних закладів, значну часку яких складають адміністративні витрати: «у 2014 році з державного бюджету на утримання таких закладів було виділено 5,1 млрд. гривень, у 2015 році — близько 6,4 млрд. гривень, у 2016 році — понад 7 млрд. гривень. При цьому в середньому 70% коштів витрачається на заробітну плату працівників закладів, близько 14 — на оплату комунальних послуг та утримання будівель і лише 15 — безпосередньо на задоволення потреб дітей, зокрема харчування, одяг, лікарські засоби[53]. Розташування будинків-інтернатів є нерівномірним. Так, із 50 установ, у Дніпропетровській області п'ять закладів, у Житомирській та Одеській по чотири і лише в одній області таких закладів взагалі немає[54].

Окрім інтернатів Мінсоцполітики, діють й спеціальні школи-інтернати та навчально-реабі-

49 Там само.
50 Там само.

51 Немає шляху додому. Експлуатація та насильство над дітьми в сиротинцях України. Звіт Disability Rights International, 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.sirotstvy.net/upload/iblock/1e2/1e23a63d9bf15ebbf7e568eed4a69454.pdf

52 Взято із «Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017—2026 роки» схваленої Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 № 526-р. – С. 4. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=250190226

53 Там смо

54 Моніторингове дослідження функціонування системи інтернатних закладів та закладів соціального захисту дітей (закладів інституційного догляду). Моніторинг проведено Уповноваженим Президента України з прав дитини спільно з Всеукраїнською громадською організацією «Україна без сиріт». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://sirotstvy.net/upload/iblock/d25/d2517e30d4dd7a35e89336d8895019b2.pdf

літаційні центри Міністерства освіти і науки. Їх в Україні 263. На сьогоднішній день, спеціальні освітні заклади інтернатного типу розташовуються нерівномірно. Частка вільних місць у спеціальних школах-інтернатах складає 24%, а при майже однаковій кількості дитячого населення в областях працює різна кількість спеціальних шкіл-інтернатів та НРЦ: у Дніпропетровській області на 568 тис. дітей - 30 закладів, у Львівській - на 484 тис. дітей - 23, у Києві на 495 тис. дітей - 16. Крім того, школи розподілені нерівномірно: у дев'яти областях немає спеціальних шкіл-інтернатів для сліпих дітей та дітей зі зниженим зором, в той час як у Львівській їх чотири. В одинадцяти областях немає шкіл для дітей з затримкою психічного розвитку, а в Запорізькій їх тринадцять. На початок 2015/2016 навчального року:

— функціонувало 13 шкіл та 151 школа-інтернат для розумово відсталих дітей, 1 школа та 9 шкіл-інтернатів для дітей з тяжкими порушеннями мови;

— у школах-інтернатах навчалося 16 352 дитини з розумовою відсталістю та 1 726 дітей з тяжкими порушеннями мови;

— у школах навчалося 1438 дітей з розумовою відсталістю та 30 дітей з тяжкими порушеннями мови[55].

На зміну становища дітей із проблемами психічного здоров'я, що утримуються у стаціонарних закладах, може вплинути схвалена Урядом «Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017 – 2026 роки»[56]. Метою Стратегії є зміна системи інституційного догляду та виховання дітей на систему, яка забезпечує догляд і виховання дитини в сімейному або наближеному до сімейного середовищі. Передбачається, що мети вдасться досягти через: створення відповідного інституційного середовища, в тому числі на рівні територіальної громади: належну підтримку сімей із дітьми та формування альтернативних моделей влаштування дітей до інтернатів. Очікувані результати Стратегії виглядають надто амбіційними, зокрема: збільшення щороку (починаючи з 2018 року) кількості дітей, охоплених інклюзивним навчанням, на 30% загальної кількості дітей з особливими освітніми потребами; зменшення щороку (починаючи з 2018 року) кількості дітей, які виховуються в закладах інституційного догляду та виховання дітей, на 10% кількості таких дітей станом на 1 січня 2018 року; скорочення щороку (починаючи з 2019 року) кількості закладів інституційного догляду та виховання дітей (крім спеціальних шкіл-інтернатів і навчально-реабілітаційних центрів) на 10% кількості таких закладів, спеціальних шкіл-інтернатів та навчально-реабілітаційних центрів на 5% кількості таких закладів станом на 1 січня 2018 року; припинення до 2026 року діяльності всіх типів закладів інституційного догляду та виховання дітей, у яких проживає більше ніж 15 вихованців. Амбіційність пропонованих показників доводиться поставити під сумнів, зважаючи на сьогоднішній стан інфраструктури послуг на рівні громад. У випадку ж їх штучного досягнення, можливий ризик не отримання, в тому числі дітьми із проблемами психічного здоров'я належного рівня послуг[57].

Реалізацію стратегії планується здійснити у три етапи. На першому, підготовчому етапі буде сформовано відповідну інституційну базу – внесено зміни до законодавства щодо деінституалізації; прийнято регіональні плани та місцеві програми із надання послуг на рівні громади; створення належного середовища для підготовки та роботи фахівців, в тому числі із забезпечення реабілітаційних послуг дітям. Другий етап очевидно має стати основним. У період 2019 – 2024 роки заплановано ліквідація та реорганізація інтернатних закладів у центри денного перебування, налагодження системи послуг на рівні громади, реорганізацію шкіл-інтернатів. На третьому етапі стратегії буде проведена оцінка ефективності її реалізації та досягнення очікуваних результатів[58].

Іншим кроком стало затвердження Плану заходів з реалізації у 2017-2020 роках пілотного

55 Там само.

56 Розпорядження Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 № 526-р «Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017—2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=250190226

57 Там само.

58 Там само.

проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя[59]. Основна ідея полягає у розробці на базі існуючих закладів Львівської, харківської, Закарпатської та Одеської областей системи надання відповідних послуг. Наприкінці реалізації проекту планується розробити та затвердити загальні засади та стандарти надання послуг раннього втручання; порядок взаємодії закладів, що надають такі послуги; положення про центр (відділення, кабінет) надання послуг раннього втручання, форми документів; порядок раннього виявлення (скринінгу) у дітей відставання та порушення розвитку; штатних нормативів та кваліфікаційних характеристик спеціалістів (фахівців) для надання цих послуг; вартості та джерел фінансування тощо. Лише за результатами щорічного звітування виконавцями пілотного проекту, можна буде зробити висновки щодо ефективності його реалізації.

На жаль, існуюча державна політика не відповідає кращим інтересам дитини з проблемами психічного здоров'я. Більше того, інфраструктура медичних та соціальних послуг здебільшого носить сегрегований характер.

Міністерство охорони здоров'я не виконало поставлених завдань із реформування національної системи психіатричної допомоги дітям. Як і раніше, у цій системі домінують дитячі відділення спеціальних закладів охорони здоров'я, а допомога дітям, що перебувають у конфлікті із законом взагалі нерегламентована.

Міністерство соціальної політики лише у кінці 2014 року спромоглось на певну модифікацію діяльності інтернатних закладів. Водночас, нормативне регламентування таких змін, зокрема в частині підтриманого проживання є незавершеним.

Вітаючи розробку стратегічних напрямів сфери психічного здоров'я та догляду дітей, все ж є побоювання у тому, що визначені заходи через непідкріпленість достатніми фінансовими ресурсами залишаться лише на папері.

59 Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2016 р. № 948-р «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» // http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/948-2016-%D1%80

РОЗДІЛ 3. МОНІТОРИНГ ДОТРИМАННЯ ПРАВ ДИТИНИ У ДИТЯЧИХ ВІДДІЛЕННЯХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЛІКАРЕНЬ ТА ДИТЯЧИХ БУДИНКАХ-ІНТЕРНАТАХ.

3.1. Криворізький психоневрологічний диспансер[60].

Загальна інформація про заклад.

Криворізький психоневрологічний диспансер знаходиться у межах міста, в адміністративному районі Покровський. Із центром міста лікарню з'єднують нерегулярні, на думку пацієнтів, автобусні маршрути громадського транспорту.

Диспансер збудований не за спеціальним планом психіатричного призначення і розташований у двох корпусах. Один з корпусів був побудований ще 1898 р. (на сьогодні в ньому знаходяться 6 відділень), другий - більш новий 1978 року (два відділення). Первинне призначення старого корпусу було іншого профілю. Психіатрична установа налічує дев'ять лікувально-діагностичних відділень, лікувально-реабілітаційний центр, дві лабораторії. Ліжковий фонд складає 495 ліжок. У дитячому відділенні перебувають пацієнти молодшого шкільного віку.

Корпуси Криворізького психоневрологічного диспансеру.

Гідний рівень життя.
Побутові умови.

Стан корпусів. Будівлі лікарні потребують ремонту. Їх стан не можна вважати задовільним.

Викликає занепокоєння невідповідність будинків державним будівельним нормам в частині забезпечення доступності для осіб із інвалідністю. Неналежно збудований пандус або вхід з перешкодами у вигляді двох сходових рівнів не корелюється з необхідністю доступності для пацієнтів із фізичними чи сенсорними порушеннями. Ці бар'єри можуть становити додаткову небезпеку під час надзвичайних ситуацій.

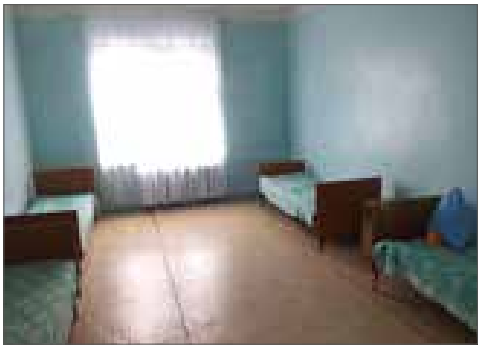
Відділення досить добре освітлені, а великі вікна ще й забезпечують гарне денне освітлення. У диспансері наявне центральне водопостачання та опалення. Стосовно останнього, то думки пацієнтів розділились.

60 Згідно із даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, Комунальний заклад «Криворізький психоневрологічний диспансер» Дніпропетровської обласної ради» є юридичною особою та функціонує як лікарняний заклад. Головний лікар – Солонський В'ячеслав Миколайович.

Вхід до одного із корпусів диспансеру.

Пацієнти відділень для повнолітніх вважають, що холодно не буває, тоді як діти стверджують, що у дитячому відділенні все ж прохолодно.

Палати достатньо просторі. Розраховані на чотирьох пацієнтів, але не виглядають перенаселеними, однак стан стін та стелі підтверджує необхідність ремонту. Оновлення потребують ліжка і матраци.



Палати у дитячому відділенні.

Немає особливих підстав говорити про можливість зберігати особисті речі. Із меблів пацієнти зазначили лише ліжка та тумбочки. Залишається невідомим, чи існує загальне місце у відділенні, де можна було б зберігати інші особисті речі, а тим більше розраховувати, щоб це місце закривалось. На жаль, відсутність доступу до місць, де зберігається верхній одяг, створює додаткові перешкоди для виходу за межі відділення.

Санітарно-гігієнічні умови. Не дотримується приватність пацієнтів під час користування туалетом. У відповідній кімнаті відсутні індивідуальні перегородки. Водночас, наявність у туалетах лише паперових рушників та порожнього пристрою для рідкого мила теж не додає комфорту. Тішить лише можливість вільного користування, що підтверджується відсутністю замків на вхідних дверях.

Туалет у дитячому відділенні.

Не кращою є ситуація і у ванних кімнатах. До слова, у відділенні їх дві. Як і туалети, ванні кімнати не додають затишку. Більше того, відкритість комунікацій, в тому числі електричних може розцінюва-

тись як додаткова небезпека. Опитувані стверджують, що одночасно ванною кімнатою користується не більше однієї особи. Це дозволяє припустити про дотримання індивідуального простору. Персонал стверджує, що користування ванною кімнатою також є вільним.

Ванні кімнати.

На час проведення моніторингу, санітарні кімнати виглядали прибраними. Хоча опитані пацієнти не змогли підтвердити, що прибирання цих кімнат є сталою практикою.

Харчування. На жаль, ні опитані пацієнти, ні їх рідні - не володіють інформацією про нормативну вартість та кількість пропонованого харчування. Пацієнти взагалі не дуже задоволені його якістю. Диспансер не може забезпечити ні дієтичне харчування, ні спеціальне харчування дітям, стан здоров'я котрих цього вимагає. А споживання домашньої їжі обмежується тривалістю відвідування пацієнтів їх родичами та неможливістю дітям самостійно зберігати та брати страви, принесені батьками, із холодильника.

Їдальня.

Слід віддати належне, у відділенні наявні велика ігрова кімната, кабінет психотерапії та зала для заняття фізкультурою. Хоча декоративні решітки не дуже поєднуються із атмосферою наближеної до домашньої. До честі персоналу, діти мають змогу на стінах спальних палат прикріплювати малюнки. Однак, пропоновані варіанти проведення часу не розраховані на різні вікові групи дітей.

Вхід до кімнати для зайняття фізкультурою.

Ігрова кімната

Вхід до кімнати психотерапії

Повага до приватного життя.

Повертаючись до обмежень, мусимо визнати, що дітям суттєво обмежено час побачення з рідними. Йдеться не лише про графік таких зустрічей (10.00–13.00 та 17.00–18.00), але й про їх тривалість, які не повинні перевищувати тридцяти хвилин. Більше того, у відділенні відсутня кімната для спілкування пацієнтів з рідними, що не дозволяє говорити про можливість усамітнитись. Підтверджується це й досвідом спілкування із родичами дітей, які зазначають, що у місцях побачень з дітьми як правило присутній хтось із працівників.

Інформаційні повідомлення у дитячому відділенні.

Прогулянковий дворик дитячого відділення.

Не вітаються персоналом самостійні прогулянки дітей у межах території закладу, хоча біля відділення наявний ігровий майданчик. Навіть для спілкування з рідними поза межами корпусу відділення, пацієнти можуть вийти лише у супроводі когось із працівників.

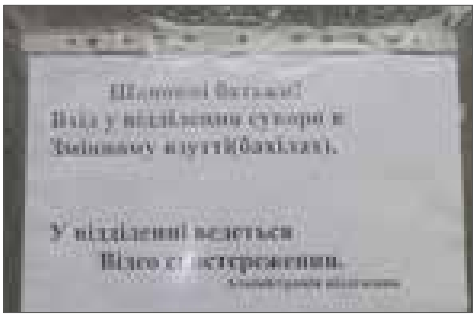
Контролює персонал і листування пацієнтів, читаючи їх кореспонденцію. А користування мобільними телефонами взагалі заборонено.

Стурбованість викликає наявність у відділенні відеокамер для спостереження за дітьми. Камери розташовані у їдальні, коридорі, ігровій кімнаті та кімнаті психокорекції. Дивною є позиція персоналу, який пояснює відеозйомку необхідністю нагляду за поведінкою дітей та поточним станом їх здоров'я.

Місця здійснення відеоспостереження.

Адміністрація диспансеру запевняє, що цілком достатньо отримати згоду батьків і жодних проблем у веденні відеоспостереження не повинно бути. Невідомо проте, чи у разі незгоди когось із родичів пацієнта зйомка припиниться та яким чином персонал гарантуватиме конфіденційність матеріалів спостереження? Складається враження, що згода підписується включно із іншими документами госпіталізації, а відмова у її підписанні може мати наслідком відмову лікування у стаціонарі.

Форма заяви про згоду на відео спостереження



Попередження про відеоспостереження.

Іншими викликами приватному життю пацієнтів та їх родин є обговорення середнім та молодшим медичним персоналом відділення із дітьми їх життя вдома, ситуації у сім'ї.

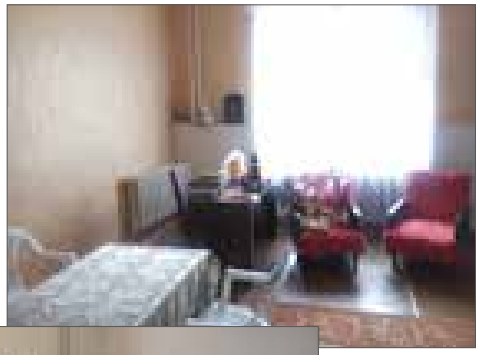
Прояви дискримінації.

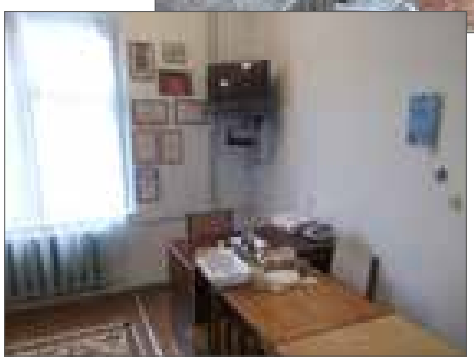
На жаль, у диспансері спостерігаються випадки неоднакового поводження із дітьми-пацієнтами за національною ознакою. Спілкування із родиною та 6-ти річним пацієнтом ромської національності показало певне упереджене ставлення до них з боку персоналу та інших пацієнтів. Матері пацієнта запропонували обстеження у психіатричному закладі для висновку щодо навчання у школі. Лікарі відділення зазначають, що ініціатива виходить від родини та спрямована лише на отримання пільг: «Вони ж хочуть отримувати соціальну допомогу». На час обстеження, зі слів матері, вони не отримали жодних рекомендацій щодо розвитку дитини. Крім того, фактично ніхто не інформує родину про наявні соціальні послуги, інституції та громадські об'єднання, які їх надають. Хлопчик говорить, що із пацієнтів відділення з ним ніхто не спілкується: «Хлопець, з яким я проживаю у палаті теж зі мною не дружить». Залишається сподіватись, що цей випадок є поодиноким.

Отримання медичних та реабілітаційних послуг.

Із спілкування із пацієнтами та працівниками відділення напрошується висновок, що персоналу не вистачає. Так, недостатньою є кількість лікарів – фахівців дитячої психіатрії, Достатньою є кількість середнього медичного персоналу, однак не вистачає санітарів. Гіршою є ситуація із фахівцями, що надають реабілітаційні послуги. Зокрема, недостатньою є кількість психотерапевтів, фізіотерапевтів та реабілітологів.

Кімната відпочинку



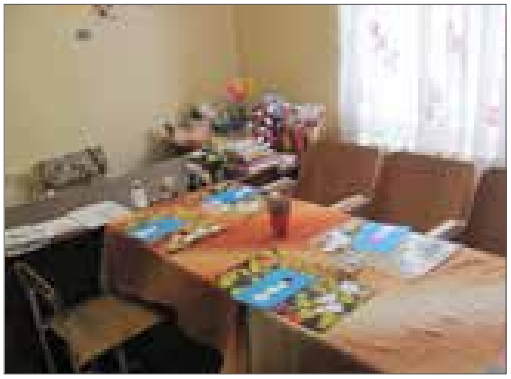


Кабінети працівників відділення.

Персонал відділення як і закладу загалом непогано обізнаний із національним законодавством щодо психічного здоров'я. Зокрема, диспансер застосовує нові форми інформованої згоди для госпіталізації[61]. Однак, знання у сфері прав пацієнтів, на жаль, не є пріоритетними. Працівники відділення практично не знайомі із системою послуг на рівні громади. Із проведеного опитування виглядає, що стаціонарна форма обстеження (лікування) домінує.

На користь працівників відділення є твердження дітей, що вони можуть звернутись до лікарів чи іншого персоналу, коли того бажатимуть. Проте, пацієнти нарікають, що інколи з ними спілкуються як з «капризними дітьми». Але це не поширюється на випадки надання медичної допомоги, яка здійснюється у доброзичливій атмосфері. Залишається сподіватись, що медичні обстеження не проходять у присутності інших пацієнтів.

У медичній допомозі домінують лікарські засоби. Пацієнти стверджують, що їх не інформують про методи лікування та про вплив того чи іншого лікарського засобу. Однак, вони певні, що лікарські засоби купують їхні родичі.



Форми реабілітаційної та абілітаційної роботи у дитячому відділенні.

У якості реабілітації практикується зайняття з дітьми образотворчим мистецтвом, виготовленням різноманітних виробів. Крім того, використовуються й елементи фізичної реабілітації. Проте, відсутні реабілітаційні заходи, які б спрямовувалися на набуття навичок самостійного проживання, перебування у громаді. Більше того, потребує суттєвого доопрацювання формування та виконання індивідуальної програми реабілітації та складання на її основі окремих планів реабілітаційних заходів та послуг для кожного пацієнта.

Участь у прийнятті рішень.

На час проведення моніторингу, не виявлено умов залучення дітей до прийняття рішень, що їх стосуються. Більше того, є підозра, що неналежне інформування стосується не лише дітей-пацієнтів, але й їх рідних. Так, серед інформаційних повідомлень відсутнє законодавство щодо психіатричної допомоги, матеріали стосовно прав дітей. Лікарі не завжди можуть вдало пояснити, причини госпіталізації та можливі альтернативи її уникнути. Більше того, у батьків, опитати яких стало можливим, викликало подив питання щодо можливості правового оскарження рішень пов'язаних із утриманням / лікуванням дітей. Жоден із опитаних дітей не знає, чому перебуває у лікарні та як швидко повернеться додому.

Іншим прикладом є ситуація із режимом дня. Пацієнти стверджують, що із ним ознайомлені, однак не знають, що саме зазначено у документі. Знають, що зранку вставатимуть, коли їх будять, а відходять до сну, коли вимикають світло. Натомість, пацієнти є одностайними у перерахуванні обмежень: «Не можна: гуляти на дворі, самостійно брати та класти продукти до холодильника. Треба просити про все, навіть повідомляти, що йдеш до туалету».

61 Форми первинної облікової документації інформованої згоди на госпіталізацію до психіатричного закладу дітей після 14 років та батьків дітей до 14 років, згоду на проведення лікування, а також інструкцій щодо їх заповнення затвердженні МОЗ України наказом від 15.09.2016 № 970

Діти були однозначними й у питанні виходу на вулицю: «Без дозволу завідуючого відділення не можна». Проте, вони не знають від чого залежить дозвіл на прогулянку. Знають лише, що місце, де зберігається верхній одяг постійно зачинене.

Оцінюючи своє перебування у диспансері, діти серед позитиву вказали: «З нами вивчають вірші, ми виготовляємо за підтримки персоналу різні сувеніри до свят». А от негативна оцінка дітей-пацієнтів пов'язана із обмеженнями. «Не маємо змоги виходити на повітря, вільно користуватися холодильником та брати їжу, дзвонити, вимикати світло. Все треба питати і узгоджувати, навіть похід до туалету».

3.2. Криворізький дитячий будинок-інтернат[62]

Загальна інформація про заклад.

Інтернат знаходиться у приміщенні колишнього дитячого садочка, у якому функціонує із 1993 року. Останнє зумовлює суттєві побутові незручності. Заклад розрахований на 125 місць. Загальна його площа складає 2222 м.кв. У 2008році створено молодіжне відділення (особи віком 18–35 років) розраховане на 60 підопічних. З вересня 2016року у дитячому будинку почало працювати відділення денного догляду. Таким чином, у закладі функціонує 8 груп, з них 4 – молодіжного відділення.

На сьогоднішній день чисельність підопічних будинку інтернату складає 122 особи. З них, у 21 дитини батьки позбавлені батьківських прав, вісім дітей є сиротами, За заявою батьків перебуває 29 дітей. У молодіжному відділенні – 55 осіб, ще дев'ять дітей відвідують відділення денного догляду.

Дитячий будинок-інтернат знаходиться у місті Кривий Ріг. До закладу можна зручно дістатися тролейбусом, маршрутним таксі, автобусом.

Гідний рівень життя. Побутові умови.

Навколо інтернату є паркова зона, що в теплий період року створює певний затінок та свіжість під час прогулянок дітей.

Будівля інтернату знаходиться у задовільному стані. Проте під час опалювального сезону в приміщенні будинку дитини прохолодно, що підтверджується додатковими електричними та масляними обігрівачами у кімнатах підопічних.

Значна частка підопічних рухається за допомогою інвалідних візків, а деякі діти взагалі прикуті до ліжка, тому безперешкодний доступ до будівлі є вкрай актуальним. Безбар'єрність має своєрідне розуміння з боку адміністрації та персоналу закладу, бо забезпечується лише знаком «доступність для осіб з інвалідністю», який встановлено на сходовій частині входу та конструкцією, яку умовно вважають пандусом. Більше того, у самому будинку ситуація є ще гіршою. Кімнати груп, де перебувають мешканці закладу знаходяться на другому поверсі і це за відсутності ліфта. Наявний пристрій розрахований на підняття однієї особи. До того ж, склалось враження, що працівники закладу не знають особливості використання цього пристрою. Така ситуація не лише перекреслює можливість особам із фізичними порушеннями самостійно залишати інтернат чи заходити до нього, але й створює суттєву небезпеку у разі надзвичайних ситуацій.

Вхід до будівлі інтернату.

62 КЗ Криворізький дитячий будинок інтернат розрахований на 125 осіб, (вул. Володимира Великого, 42 А, м.. Кривий Ріг, Дніпропетровська область)

Інтернат є суттєво перенаселений. В кімнатах мешкає від восьми до дванадцяти підопічних. Фактична площа на одну особу інколи не перевищує 1 м.кв, при нормі 6 м.кв. Ліжка розташовані надто близько одне до одного. Це призводить, в тому числі до неможливості самостійно дістатись до свого ліжка особі, яка рухається за допомогою інвалідного візка. У палатах молодіжного відділення наявні двоярусні ліжка. Принаймні, чиста постіль, рушники та приліжкові ковдри, а також наявність кондиціонера у кожній із кімнат дещо зменшує негативне враження від умов перебування в спальних кімнатах.

Особисті речі та постільну білизну діти та молодь-мешканці закладу можуть зберігати на індивідуальних полицях великої шафи. Мало вірогідно, що цього простору є достатньо. Тумбочки, які мали б його збільшити є не біля кожного ліжка.

Розташування ліжок у спальній кімнаті.

Кімната спальня з полицями змінної білизни дитячого відділення.

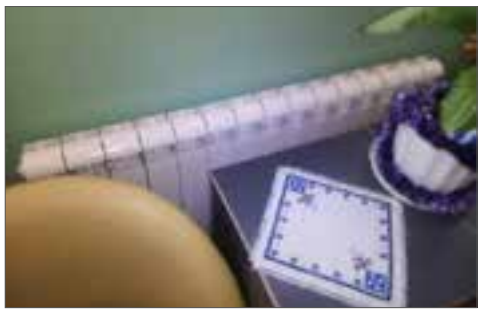
Як вказувалось вище, заклад сформовано із восьми груп. На кожну групу облаштовано спальну кімнату та вітальню, де перебувають мешканці. У цій же кімнаті знаходиться кухонний куточок, де підопічні харчуються. Тут же наявний посуд, необхідні кухонні меблі та чайник.

Вітальня дитячої групи

Кухонний куточок та меню у вітальні дитячої групи

У кімнатах груп зроблено ремонт, оновлено тепло-комунікаційне обладнання, наявні м'які меблі. Хочеться помилятись, але складається враження, що приміщенням груп як правило обмежується місце перебування мешканців закладу.

Інтер'єр спальної кімнати.



Фрагмент нового теплокомунікаційного обладнання спальної кімнати дитячого відділення

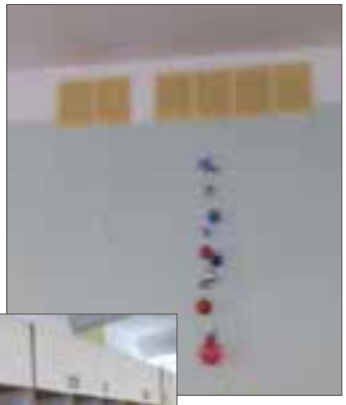
На дверях спальних кімнат наявний режим дня, графік кварцування кімнат та термометр.

Режим дня у групі.

Фрагмент внутрішньої будівлі розташування всіх дитячих груп на другому поверсі

Група IVпрофілю. Перше враження – у всіх кімнатах групи різкий неприємний запах, від якого не рятує природна витяжка. Ліжка у спальній кімнаті розташовані практично впритул одне до одного. Всю стіну займає велика шафа з індивідуальними поличками, на яких постільна білизна, памперси та одяг дітей. До слова, кількості засобів гігієни не вистачає. Заклад забезпечує один памперс для дитини на добу. Така ситуація і є однією із причин стійкого неприємного запаху.

Фрагмент обладнання природною витяжкою дитячої групи IV профілю



Полиці зі змінною постільною білизною дитячої групи IV профілю

У вітальні групи теж наявні м'які меблі та кушетка. Тут же й дитячі візочки. Доводиться припустити, що їх кількість не відповідає кількості дітей у групі.

Вітальня дитячої групи IV профілю

Симптоматичним виглядає неоднакове ставлення працівників закладу, що здійснюють догляд, до дітей різного стану здоров'я. Шістнадцятирічний підопічний, який повзав, змушений був скористатись горщиком для маленьких дітей. Забезпечивши потреби дітей різного віку та різного стану здоров'я, вдалося б уникнути випадків неналежного поводження.

На жаль, харчування підопічних групи теж пов'язано із певними викликами. Близько двадцяти дітей не мають змоги пережовувати, тому страви перемелюють на блендері. Однак, наявний лише один пристрій, яким одночасно неможливо підготувати страви для усіх пацієнтів. Більше того, працюють лише дві санітарки, котрі не встигають одночасно забезпечити харчуванням усіх, хто потребує. Складається враження, що частина дітей отримує вже холодну їжу.

Блендер для перемелювання їжі.

Працівники групи запевняють, що діти все ж бувають на вулиці завдяки мансарді. Але це викликає сумнів, оскільки шлях до мансарди є досить ускладнений.

Молодіжне відділення. Як зазначалось вище, інтернат суттєво перенаселений. У кімнатах молодіжного відділення зустрічаються двоярусні ліжка, інші ж розташовані практично впритул один до одного. Стіни, вздовж яких велика шафа наповнена індивідуальними полицями із змінним одягом та постільною білизною – характерні риси інтер'єру спальних кімнат.

Спальна кімната молодіжного відділення інтернату

Традиційним залишається й інше облаштування груп – вітальня із кухонним куточком, у якій необхідні меблі та посуд.

Кухонні куточки молодіжного та дитячих відділень.

Різними є хіба що кольори стін та меблі у кухонних куточках. Напевне, працівники закладу намагались забезпечити близьку до домашньої атмосферу.

Санвузли у відділенні знаходяться біля палат. Одночасно туалетами можуть користуватися дві особи, ванною кімнатою – одна. Єдине, що для користування туалетом слід запитувати дозвіл працівників закладу

Ілюстровано недотримання приватності у туалетах відділення

У всіх туалетах відсутні фронтальні перегородки, а бічні наявні лише у деяких, що порушує приватний простір підопічних закладу. Не особливо є комфортними умови у туалетних кімнатах, зокрема, не всюди є туалетний папір. Дискомфорт створює й розташування біля унітазів відер із ганчірками для миття підлоги.

Дещо кращою виглядає ситуація у ванній кімнаті. Зокрема, наявні окремі індивідуальні полички із змінною білизною та рушниками. Однак, брак внутрішніх перегородок не дозволяє говорити про дотримання права підопічних на приватність.

Відсутність в ванній кімнаті права на приватність. Ванна кімната об'єднана з туалетною кімнатою. Стіни та підлога туалетної кімнати потребують ремонту.

Ванна кімната об'єднана з туалетною кімнатою Ширма не забезпечує повної приватності

Полиця зі змінною індивідуальною білизною та індивідуальні рушники.

Приміщення, де готують страви мешканцям закладу, знаходиться окремо. Облаштоване достатньою кількістю відповідного обладнання для приготування страв. Спільної зали, де харчуються підопічні немає. До кожної із груп страви приносять працівники закладу.

Зала для приготування страв, у якій наявні печі для випікання булочок, електроплити для приготування їжі, кухонне обладнання.

Добре оздоблена та простора актова зала ніби дисонує із умовами проживання підопічних. Персонал закладу стверджує, що у залі проводяться святкові та інші заходи для підопічних та за їх участі. Однак, така значна кількість стільців може поставити під сумнів їх твердження, оскільки значна частка дітей використовує інвалідні візочки, в тому числі немобільного зразку.

Актова зала інтернатної установи.

Реабілітаційні та медичні послуги.

В інтернаті відчувається недостатність фахового персоналу. Йдеться як про медичний компонент, так і про реабілітаційний. Недостатньою є й кількість молодшого персоналу, який здійснює догляд, особливо за дітьми IVпрофілю.

У штатному розписі відсутні дефектолог, логопед, корекційний педагог. Неоднозначною виглядає й позиція адміністрації закладу, яка полягає у недоцільності найму цих фахівців: «У дітей, які у нас перебувають відсутні показання, що вони зможуть говорити». Фактично, персонал веде мову про індивідуальні програми реабілітації, які здебільшого складаються формально. Зокрема, у графі реабілітаційні заходи переважно вказується: «не потребує». Водночас, заклад має право залучати зазначених фахівців[63]. Раніше заклад залучав фахівця із фізичної реабілітації, послугами якого підопічні могли скористатись один раз на два тижні.

Суттєво впливає на розвиток дітей, в тому числі їх мовних навичок, атмосфера спілкування. Підопічні переважно перебувають у межах окремих груп, не спілкуючись із іншими мешканцями. Групи сформовані за рівнем втрати здоров'я. Збільшення ж можливостей спілкування дітей різних груп могло б мати позитивний ефект.

На жаль, персонал не ознайомлений із стандартами прав дітей, хоча всіляко намагався підкреслити зацікавленість цими питаннями. Водночас, не відомо працівникам інтернату,як зміняться цілі та завдання закладу із затвердженням нового типового положення про дитячий будинок інтернат.

Не змінилась ситуація із забезпеченням реабілітаційних послуг мешканцям інтернату, яка надавалась в окремому приміщенні. Представники Національного превентивного механізму раніше звертали увагу, що у 2012 році місто не продовжило оренду закладу на це приміщення, створивши у ньому реабілітаційний центр для мешканців Кривого Рогу. Фінансування цього центру здійснюється із бюджету міста, тоді як інтернату – з обласного. Як наслідок, підопічні закладу не мають змоги користуватись послугами центру.

Власний реабілітаційний потенціал закладу є вкрай незначним. Наявна кімната лікувальної фізкультури. При чому, персонал запевняє, що близько 30-ти підопічних потребують занять фізичної реабілітації. Більше того, наявний графік використання кімнати: дві години до обіду та півтори – друга половина дня. Однак, на час моніторингу, в інтернаті відсутній фахівець, який займався із підопічними. Як наслідок, кімната практично не використовується. Тай вигляд кімнати є надто невеликим, тим більше, якщо зважити на необхідність маневрування інвалідними візками.

Кімната фізичної реабілітації.

63 Згідно з чинними нормативами, затвердженими наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 01.10.2008 р. № 411, реабілітацію дітям здійснюють два вчителі-реабілітологи та фахівець з фізичної реабілітації (з розрахунку на сто дітей).

Підготовка виробів з бісеру у молодіжній групі.

Певна форма творчої реабілітації наявна у молодіжному відділенні. Зокрема, мешканці відділення готують вироби із бісеру.

Опитані щодо форм реабілітації зазначили психотерапію та працетерапію. Прикладом останнього вони вказали: «Прибирання території закладу від листя та снігу».

Медичні послуги закладом практично не надаються, окрім первинного рівня. У разі необхідності лікарських засобів, зі слів підопічних, їх забезпечує заклад. Проте, опитані не знають, яким чином заклад їх купує. Тоді як адміністрація інтернату повідомляє, що частина лікарських засобів купується за рахунок коштів підопічних – 25% соціальних виплат.

Ігнорує персонал і забезпечення сексуальних прав підопічних закладу. «У нас в основному із інтелектуальними порушеннями, а у них наявні лише деякі інстинкти». Теж саме стосується й підопічних молодіжного відділення: «Вони нічого такого не знають, ні з ким не спілкуються».

Участь у прийнятті рішень.

На жаль, і діти, і мешканці молодіжного відділення перебувають в атмосфері контролю. Підопічні не інформуються у належний спосіб стосовно умов перебування у закладі. Більше того, навіть особи, які мають змогу висловлювати свою позицію, не залучаються до обговорення умов свого перебування у закладі.

Опитані молодіжного відділення не знають, чому перебувають в інтернаті, скільки часу їм доведеться тут провезти. Крім того, їм не говорять, які лікарські засоби вони приймають та чому. Мешканці закладу знають, що таке режим дня, але не дуже розуміють, що саме цей документ регулює.

Разом із тим, підопічні чітко розуміють певні правила перебування у закладі. «Можна іноді сходити в магазин, на концерт, не спати на тихому часі». Стосовно ж обмежень, то вони зазначають, що: «Не можна гуляти на дворі, самостійно купувати продукти та інші речі та класти їх до холодильника. Просити та повідомляти треба про все, навіть, що йдеш до туалету. Не можна вмикати світло, коли це потрібно».

Мешканці інтернату знають, що мають власні кошти, однак не мають права розпоряджатись ними. Більше того, значна частка опитаних не може порахувати гроші. Відкритим залишається й питання регулювання зняття та використання соціальних виплат, які належать підопічним. Йдеться як про осіб, опіку над якими здійснює заклад, так і про дієздатних осіб, котрі за станом здоров'я не можуть самостійно розпоряджатись власними коштами.

Зв'язок із зовнішнім світом.

За словами працівників інтернату, підопічних практично не відвідують рідні. До самого ж закладу час від часу навідуються представники благодійних та релігійних організацій.

Формально мешканцям заборонено користуватись телефонами. Але деякі підопічні молодіжного відділення використовували ґаджети

для пошуку в інтернеті необхідних доробок із бісеру. До слова, це підтверджує й той факт, що за належної реабілітації, майбутнє дітей та молоді все ж можна змінити.

За межі інтернату можуть виходити лише у супроводі. Однак, і такі походи обмежуються магазином, рідше театром чи концертом.

Не дивлячись на низку суттєвих перешкод у забезпеченні прав підопічних інтернату, мусимо все ж віддати належне персоналу закладу, який намагається створити відповідні умови перебування, враховуючи те, що приміщення дитячого садку є далеко не ідеальним місцем розташування значної кількості дітей та молоді на тривалий період часу.

3.3. Дитяче відділення Дніпропетровської клінічної психіатричної лікарні[64].

Загальна інформація про заклад.

Лікарня знаходиться у межах міста. Батьки пацієнтів вважають, що зручними та регулярними є маршрути автобусів громадського транспорту, які поєднують заклад із центром Дніпра. Збудована лікарня 1897 року для психіатричного закладу. Установу сформовано із 36 лікувально-діагностичних відділень, двох лікувально-реабілітаційних центрів, клінічної та біохімічної лабораторії, кабінету функціональної діагностики, операційного блоку, кабінетів хірургії, комп'ютерної томографії, ультразвукової діагностики, стоматології, рентгенохірургічного блоку, відділення гіпербаричної оксигенації, відділення анестезіології з місцями для інтенсивної терапії та інше. Станом на 31 грудня 2016 р. ліжковий фонд станови 1646 ліжок на 3255000 населення. Лікарня надає послуги спеціалізованого третинного рівня.

64 Згідно із даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, Комунальний заклад «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» є юридичною особою та функціонує як лікарняний заклад. Головний лікар – Завалко Юрій Миколайович.

Відділення лікарні перебувають у різних корпусах, здебільшого двоповерхових.

Дитяче відділення розраховане на 35 дітей. На час проведення моніторингу, у ньому перебувало 11 пацієнтів, що дозволяло батькам залишатись із ними на період лікування. Проте, наповнюваність його різниться та інколи може доходити до 109%.

Входу до відділення передує прогулянковий дворик із дитячим майданчиком.

Прогулянковий майданчик дитячого відділення

На жаль, будівля відділення не відповідає державним будівельним нормам щодо безперешкодного доступу маломобільних груп населення. Високі сходи до входу та пороги, що поєднуються із недостатнім освітленням, створюють суттєві перешкоди для осіб із фізичними та сенсорними порушеннями.

Вхід до дитячого відділення лікарні

Пацієнти та їх рідні стверджують, що у відділенні загалом тепло. Наявне центральне водопостачання, опалення та протипожежна сигналізація. Водночас, стіни та стеля потребують ремонту, різкий лікарняний запах не відчувається.

У палатах перебувають до п'яти пацієнтів. На жаль, площу палат не можна вважати достатньою.

Разом із тим, для кожного із пацієнтів наявні приліжкові тумбочки. Зі слів родичів пацієнтів, їх у достатній мірі забезпечують постільною білизною. Нез'ясованим залишилось питання щодо наявності простору для інших особистих речей, зокрема верхнього одягу, шафи для зберігання якого відсутні.

Інтер'єр палат дитячого відділення.

Зі слів пацієнтів, віддаленість туалетних кімнат від палат, не створює особливих незручностей. Туалетом одночасно можуть користуватись двоє пацієнтів, душовою кімнатою – троє. Той факт, що туалетні кімнати не є індивідуальними створює певні незручності через недотримання приватного простору. Наявні лише перегородки між унітазами. Пацієнти зазначають, що у санітарних кімнатах постійно прибирається, підтверджується це й відсутністю неприємного запаху. Однак, відсутність туалетного паперу, пристрою для рідкого мила кришок на унітазах не додає комфорту. Щодо останнього, батьки та персонал виправдовує відсутність кришок протидією можливим інфекційним захворюванням: «Жодних проблем, дитина стає ногами на унітаз… Як у громадському туалеті», - зазначає мама одного із пацієнтів. Проте, така ситуація не завжди є виправданою, особливо, коли користувачем є особа із фізичними порушеннями.

Кімната гігієни та туалет є спільним для дівчат та хлопців, що створює ризики приватності.

У дитячому відділенні душова кімната розрахована на три особи. На жаль, як і у випадку із туалетом, користування душовою кімнатою не є особливо зручним. Зумовлюється це не лише відсутністю умов для дотримання приватного простору, але й – належних пристроїв для зберігання особистих речей: «Речі залишаємо на підвіконні», - зі слів однієї з мам. До того ж, виведені на зовні комунікації потенційно можуть створювати небезпеку.

Душова кімната дитячого відділення.

Вартість харчування на одну особу становить 16 гривень. Проте, неоднозначною є оцінка його якості: «Буває нормально». Персонал стверджує, що за потреби пропонується дієтичне харчування. Холодильник у відділенні дозволяє зберігати особисті продукти. Достатньою є кількість місць та столового приладдя у їдальні відділення.

Меню для пацієнтів дитячого відділення

Інтер'єр їдальні дитячого відділення.

На час проведення моніторингу, в опитуванні брали участь батьки, які залишались із дітьми у лікарні. Незважаючи на відсутність регламентування перебування батьків із дітьми, особливо старшого віку, персонал лікарні створював можливість для їх спільного перебування: «За бажання батьків, вони можуть залишатись із пацієнтами. Нещодавно був випадок, коли мама залишалась із сімнадцятирічною дитиною». Для запобігання перевантаженості палат, встановлюються додаткові ліжка. Проте, не з багатьма пацієнтами батьки залишаються: «Значну частку наших пацієнтів складають учні спеціальних шкіл-інтернатів, діти із багатодітних сімей», - зазначають працівники відділення.

У відділенні наявні процедурні кабінети, кімнати для чергових медсестер, для трудотерапії, для проведення психологічної роботи, для проведення елементів реабілітації дітей, велика ігрова кімната. Зі слів пацієнтів не вистачає кабінетів для лікарів, інших приміщень для персоналу, пральні.

Кабінет функціональної діагностики

Інтер'єр кімнати для відпочинку

Під час стаціонарного лікування фахівці створюють для дітей умови для малювання, майстрування різних виробів з паперу, конструювання та складання пазлів. В ігровій кімнаті є різні іграшки та ляльки. Вироби і картини дітей висять на стінах відділення, що створює домашній затишок. За потреби забезпечується доступ до лікарів непсихіатричного профілю

Інтер'єр кімнати для елементів трудової терапії та артерапії

Родичам пацієнтів доводиться самостійно закуповувати всі основні спеціалізовані ліки та лікарські засоби необхідні для лікування соматичних захворювань.

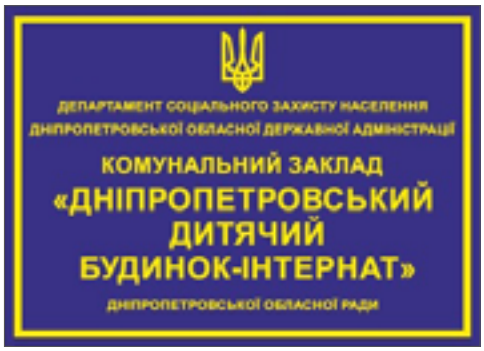
На фото 84 розпорядок дня дитячого відділення із якого вбачається, що переважає медикаментозне лікування. Це підтверджують й батьки пацієнтів: «Діти перебувають в ігровій, дивляться телевізор». Однак, документ регулює час підйому та відходу до сну. Більше того, після 21-ї години у палатах вимикають світло: «Якщо потрібно, світло є на коридорі», - говорять батьки дітей, які перебувають на лікуванні. Із слів працівників, вони не заперечують проти перебування в ігровій дітей після відходу до сну: «Світло залишається у коридорі, ігровій кімнаті і якщо дитина не хоче спати, то може піти до ігрової. Там же можуть перебувати батьки».

Режим дня у дитячому відділенні.

Для повної інформації про стан здоров'я та перебіг лікування дитини, батькам достатньо виписок із медичних справ. «Лікарі все розкажуть». Однак, за запитом батьків, персонал не заперечує проти ознайомлення із історією хвороби. У ситуації із дітьми віком від 14 років, то залежності від порушень дитини, лікарі спілкуються безпосередньо із пацієнтом про стан здоров'я та лікування: «Якщо інтелект збережено, то пацієнти часто запитують стосовно лікування, яке їм призначають, - зазначають лікарі, - дівчата не завжди згодні приймати нейролептики через ризик втратити фігуру, тому ми з ними і їх батьками радимось». Бувають випадки, коли підлітки відмовляються від участі батьків під час обговорення лікування: «Рідко, але буває, що дитина вирішує без згоди батьків питання свого лікування».

Загалом умови перебування у дитячому відділенні можна вважати задовільними. Проте, домінування медикаментозного лікування не дозволяє говорити про його відновний характер.

3.4. Дніпропетровський дитячий будинок-інтернат[65].



Дитячий будинок-інтернат є соціально-медичною установою для постійного проживання дітей від 4-х до 18-ти років з фізичними порушеннями і ураженнями центральної нервової системи, які потребують стороннього і медичного обслуговування: 26 підопічних перебувають у відділенні IV профілю ще 46 рухаються, використовуючи допоміжні засоби пересування (інвалідні візки, ходунки, інше). Діти відділення І профілю відвідують школу, що на території закладу. Близько 50% підопічних є дітьми-сиротами.

Закладом надаються: навчально-виховні, корекційно-комунікативні, інтеграційно-адаптаційні послуги; навчання використанню спеціальних адаптаційних і реабілітаційних пристосувань; корекція порушень мови і надання логопедичної допомоги. Для дітей з фізичними порушеннями, які частково себе обслуговують, пропонуються реабілітаційні програми тривалістю від одного до двох місяців з періодичністю 2-4 рази на рік. Це відділення розраховане на 90 осіб. Планується відкриття молодіжного відділення денного догляду.

Інтернат знаходиться майже в центрі міста. Має зручне транспортне сполучення: тролейбус, трамвай та маршрутне таксі.

65 Комунальний заклад «Дніпропетровський дитячий будинок-інтернат» Дніпропетровської обласної ради знаходиться за адресою: вул. Чичеріна б.167, м.Дніпро, Дніпропетровська область, 49017 . Директор закладу - Бабанська Вікторія Євгенівна.

Гідний рівень життя. Побутові умови

Заклад збудовано не за спеціальним планом інтернатного призначення в 60-х роках минулого сторіччя. Сформовано із низки будівель: трьохповерхова будівля інтернату, пральня, прогулянковий дворик, обладнаний дитячий майданчик (гойдалка, альтанка, гірка та пісочниця).

Будівлю інтернату складають два входи. Одному із них, який практично не використовується, передує пандус. Доступ до другого, частіше використовуваного входу не можна вважати безперешкодним. Умовно зручний пологий вхід закінчується сходами всередині будівлі. Разом із тим, надто низький рівень стелі може бути небезпечним для осіб великого зросту. Доступ особам із фізичними порушеннями між поверхами поліпшує ліфт.

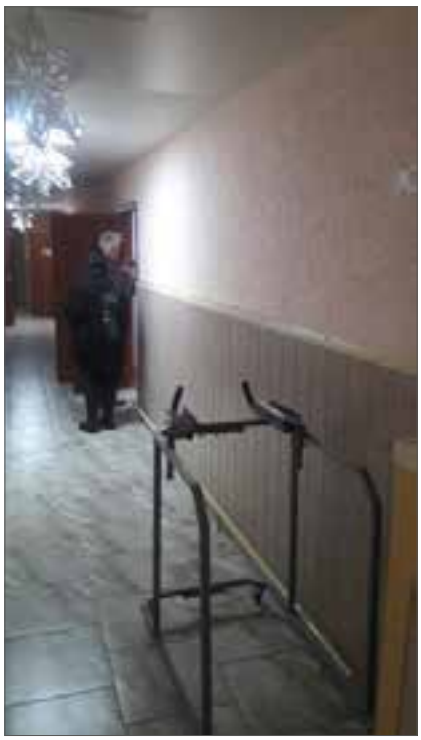
Центральний вхід до інтернатної установи.

Основний вхід яким користуються підопічні та персонал інтернатної установи.

Приміщення інтернату загалом справляє непогане враження, завдяки високим стелям, достатньому природньому освітленню та відсутністю стійкого запаху, характерного для відповідних установ. Заклад забезпечено центральним опаленням та цілодобовим водопостачанням (холодної та гарячої води). Проте, підопічні не є особливо оптимістичними щодо температурного режиму: «У кімнатах інколи прохолодно». На жаль, виник сумнів і щодо достатності протипожежної сигналізації.

Інтер'єри спальної кімнати, коридору, вітальної та учбової кімнати майбутнього молодіжного відділення.

В залежності від віку та статі вихованців сформовані групи ,що розміщені в різних частинах будинку.



Допоміжні засоби для дітей із порушеннями руху

На жаль, у найгіршому становищі перебувають діти відділення IV профілю. Внаслідок розташування будівлі у напівпідвальному приміщенні першого поверху вони фактично позбавлені сонячного світла. Не часто доводиться бувати дітям на вулиці: «Через певні хвороби, багатьом дітям перебування на вулиці є не бажаним», - стверджують працівники закладу.

Прикро, але недостатня кількість молодшого медичного персоналу, призводить до того, що діти залишаються без уваги. Моніторами зафіксовано, що в той час, коли санітари перебували в ігровій із іншими підопічними, дитина билась головою у спинку ліжка. Не зрозумілим залишається призначення ліжок-кліток. Можна лише сподіватись, що ці конструкції не використовуються під приводом безпеки дитини.

Ліжко-клітка у відділенні IV профілю.

Площа спальних кімнат в інтернаті не однакова. Переважно у кімнатах проживають по 4-5 дітей. Хоча наявні кімнати, де проживають лише двоє вихованців, а є кімнати розраховані на дев'ятьох. Якраз такі випадки змушують констатувати, що площі кімнат є недостатньо. Інколи вона складає лише 2 м.кв. на одну особу.

Інтер'єри кімнат.

Попри ризики перенаселення кімнат, вихованці закладу все ж можуть розраховувати на достатню кількість меблів для зберігання особистих речей. Це і приліжкові тумбочки і шафи з індивідуальними поличками. Додатково, у коридорах є шафи для верхнього одягу та взуття. Закладом надається також постільна білизна та рушники. До слова, як ліжка вихованців, так і постільна білизна у задовільному стані.

Шафа з індивідуальними поличками.

Ванні та туалетні кімнати виглядали чистими без характерного запаху. Їх задовільний стан підтверджують і підопічні. Одночасно туалетом можуть скористатись двоє вихованців. Ванна розрахована на одну дитину. Наявність рідкого мила біля умивальників та поличок із індивідуальним засобами гігієни над ними, додає зручності користувачам послуг.

Допоміжні засоби для дітей із порушеннями руху

Недотримання особистого простору у туалетній кімнаті.

Туалетні кімнати.

Стіни та підлога туалетів оздоблені кахельною плиткою, приміщення санвузлів відремонтовані, і загалом мають охайний вигляд. Проте, відсутність фронтальних перегородок, не дозволяє говорити про дотримання приватного простору. Не додає комфорту й відсутність туалетного паперу біля унітазів та розташування відер із миючими засобами біля деяких із них. Маленький простір перед та збоку унітазу та розташування поручнів дозволяють припустити, що особа, яка користується інвалідним візком не зможе самостійно скористатись таким туалетом.

Полиця у ванній кімнаті, на якій розташовані індивідуальні (підписані) рушники та стакани з індивідуальними засобами гігієни.

Інтер'єри ванних кімнат в дитячому, підлітковому відділенні. Комунікації, в тому числі електричні виведені назовні.

Для кожної групи передбачена ванна або душова кімната, розрахована на одну особу. Із слів підопічних, користування ванною або душовою кімнатою є зручним: «Є рідке мило, на лавках можна скласти особисті речі, за потреби можна скористатись ширмою». Враження псують лише виведені на зовні комунікації.

Інтер'єр ванної та душової кімнат.

Не дуже задоволені підопічні якістю харчування в інтернаті. Водночас, їм невідомо ні його денна вартість, ні передбачена кількість. Особисті продукти діти можуть зберігати, однак доступ до холодильника у їдальні є регламентованим. Працівники закладу стверджують, що місць та столового приладдя є достатньо

Формально, працівники інтернату не забороняють дітям користуватись телефоном: «Залежно від стану здоров'я». Вихованці ж зазначають, що їх кореспонденція може перечитуватись працівниками закладу. На жаль, в інтернаті немає можливості усамітнитись. Навіть спілкування із відвідувачами дітей відбувається у коридорах за-

кладу. До слова, відвідування у закладі здійснюється у певні дні. Не дозволяється й самостійно виходити за межі закладу. А вихід до відвідувачів на вулицю можливий лише у супроводі: «Можна вільно спілкуватися із волонтерами, ходити в магазин та їздити із супроводом на заходи до міста». Слід віддати належне, персонал намагається створити умови якнайближче до домашніх: на стінах дозволяють розміщувати дитячі малюнки, готують кімнати до свят.

Місця у коридорах груп для зустрічі із відвідувачами.

Інтер'єр кімнат для навчання, працетерапії, кімнат для проведення психологічної роботи на першому поверсі інтернатної установи.

Отримання медичних та реабілітаційних послуг.

Інтернат є непогано облаштований відповідними кімнатами. Наявні процедурний кабінет, кімната для чергової медсестри, логопедичний кабінет, кімнати для персоналу, підсобні приміщення, кухня, що здебільшого знаходяться на першому поверсі.

Інтер'єр кімнат для реабілітації та адаптації дітей, облаштування яких здійснюється на другому поверсі кожної із груп будинку.

Реабілітаційні заходи в інтернаті здійснюють вчитель-дефектолог. Логопед, залучається до реабілітації психолог та вихователі. Працюють також лікар ЛФК, масажисти, реабілітологи, фізіотерапевт. Заклад має певні історії успіху. На час проведення моніторингу двоє дітей IV профілю готували до переведення до I профілю.

Проте, для більш ефективного надання медичних та реабілітаційних послуг закладу бракує персоналу. Це виражається, у тому числі у недостатній увазі до індивідуальних програм реабілітації, які ведуться медичними працівниками середньої ланки. Потребує інтернат лікарів, в тому числі ортопедів, соціальних працівників.

Є проблеми із забезпеченням дітей необхідними допоміжними засобами: «В одного хлопчика поламався допоміжний засіб, який він отримав в іншому інтернаті у якості гуманітарної допомоги, ми знайшли можливість його відремонтувати, але нового придбати не маємо змоги» - зазначають працівники закладу.

Під час перебування дітей в інтернаті, фахівцями створюються умови для малювання, майстрування різних виробів з паперу, конструювання та складання пазлів. У кожній групі ігрові кімнати, обладнані у відповідності із віковими потребами. Вихованці можуть приймати участь у лікувально-терапевтичних заходах гімнастики, психотерапії та працетерапії. Дітей, які мають хист до плавання відвозять в басейн на таксі: «Серед вихованців закладу є параолімпійські чемпіони з плавання», - зазначає адміністрація.

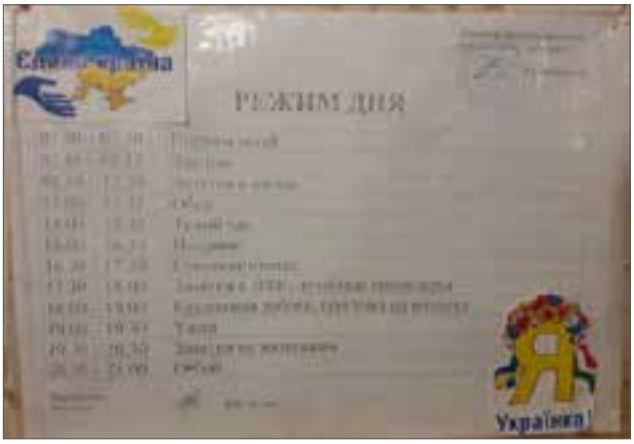
Із слів підопічних, у відносинах із ними персонал інколи дозволяє собі певну зверхність: «Звертаються на ти, інколи ставляться як до капризної дитини». Проте, склалось враження, що відносини між працівниками та дітьми проходять в атмосфері поваги. За прийом ліків вихованцями відповідальна медсестра. Медична допомога надається у доброзичливій атмосфері.

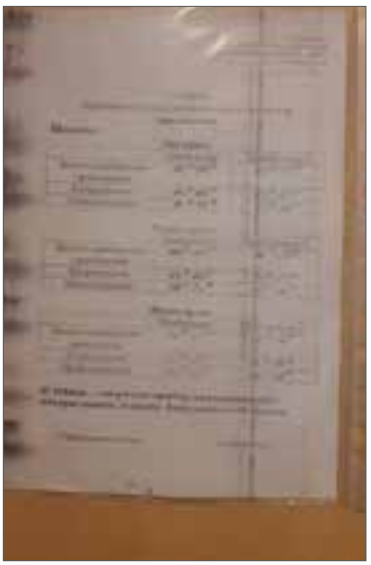
Персонал стверджує, що діти залучені до прийняття рішень стосовно отримання медичних та реабілітаційних послуг: «Ми через вихователів радимось із дітьми стосовно форм реабілітації, який візок потрібен», - зазначила директорка.

Позитивним виглядає і сприяння персоналу вихованцям у вступі до вищих навчальних закладів: «Із дітьми займаються репетитори, при чому ми це організовуємо самостійно, без залучення особистих коштів дітей».

Інформаційні повідомлення переважно стосуються застережень та обмежень, в тому числі режим дня. Проте. Жодне із повідомлень не несе інформації щодо прав дитини, відповідних законодавчих актів. Не знання своїх прав призводить до того, що вихованцям інтернату не відомо, куди скаржитись, якщо вони не погоджуються із рішеннями адміністрації чи працівниками закладу. Відсутнє у закладі й самоврядування вихованців.

В інтернаті сформовано механізм використання





Режим дня та інші інформаційні повідомлення.

особистих коштів дітей. Зокрема, кошти дітей-сиріт накопичуються на картковому рахунку та передаються дітям після досягнення повноліття. У разі потреби у якомусь технічному засобі, підопічний може звернутись до директора із заявою, до якої після придбання техніки слід докласти відповідний чек. Проте, із спілкування з підопічними вбачається, що вони не особливо витрачають власні кошти на значні придбання: «У нас є спонсори, за потреби я можу попросити у них купити мені щось із техніки», - зазначив один із вихованців».

Загалом, оцінюючи своє перебування в інтернаті, підопічні визначили низку позитивних речей**:** «З нами вчать різні вірші, пісні. Ми можемо спілкуватися з волонтерами на різні теми, їздити до крамниць та свят у місто з супроводом». Визначили вихованці й проблеми, вирішення яких могло б поліпшити їх перебування: «Потрібно навчитись побутовим навичкам, вільно користуватися холодильником та брати їжу , дзвонити, вимикати світло. Дуже потрібна сигнальна кнопка в санітарних вузлах, у ванні немає поручнів, полиць для гігієнічних засобів та шторок. Потрібні тумби для взуття».

На жаль, пріоритет прав дитини не є визначальним у діяльності стаціонарних закладів охорони здоров'я та соціального захисту. Атмосфера тотального контролю, позбавлення надії вирватись із тенет сегрегації, - перші риси із якими асоціюються дитячі будинки-інтернати та психіатричні лікарні. Для багатьох дітей, які перебувають у закладах, світ обмежується палатою або кількома кімнатами групи, практично без можливості усамітнитись. Для дітей із фізичними порушеннями шансів вийти із бар'єрної будівлі фактично немає.

Медичні послуги обмежуються переважно прийомом лікарських засобів, додаткові терапевтичні заходи є швидше винятком. Із реабілітацією ще гірше. Погодившись із присудом ЛКК «Не потребує», адміністрація закладів часто не навантажує себе кроками, які б змінили цю ситуацію.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Кабінету Міністрів України під час розроблення законопроекту щодо внесення змін до статті 64 Основ законодавства України про охорону здоров'я стосовно збільшення віку дитини, з якою мати або інший член сім'ї можуть перебувати під час стаціонарного лікування в закладі охорони здоров'я, з урахуванням психологічного стану дитини, передбаченого Планом дій із реалізації Національної стратегії у сфері прав людини, врахувати потреби дітей із проблемами психічного здоров'я, які потребують стороннього догляду.

2. Кабінету Міністрів України при затвердженні «Державної цільової програми охорони психічного здоров'я на період до 2030 року» передбачити поступовий перехід сфери психіатричної допомоги на рівень місця проживання, запровадження мультидисциплінарного підходу у наданні реабілітаційних послуг. Для реалізації Програми слід підготувати проект законів про внесення змін до «Основ законодавства України про охорону здоров'я», «Про психіатричну допомогу». Заходами стратегії передбачити: при державному забезпеченні медичних препаратів керуватись виключно індивідуальною потребою користувача психіатричної допомоги; форми терапевтичного втручання повинні бути спрямовані на Індивідуальні плани відновлення та включати комбіновані заходи.

3. Кабінету Міністрів України під час планування та здійснення Плану заходів із реалізації «Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017—2026 роки» врахувати потреби дітей із проблемами психічного здоров'я, зокрема в частині: функціонування ультидисциплінарних груп у громаді та у дитячих будинках-інтернатах; плануванні та забезпеченні системи послуг та реабілітації; надання належної підтримки сім'ям, що здійснюють догляд за дітьми із психосоціальними порушеннями. Визначитись із регіонами, у яких буде напрацьовано модель деінституалізації та отримання послуг за місцем проживання.

4. Кабінету Міністрів України переглянути очікуваний результат проекту Концепції «Державної цільової програми охорони психічного здоров'я на період до 2030 року» спрямований на «зменшення показників інвалідизації дітей з розладами загального розвитку» як такий, що нестиме ризики зменшення державної підтримки дітей з психосоціальними порушеннями.

5. Кабінету Міністрів України оновити Національний перелік основних лікарських засобів в частині врахування потреб залежних від лікарських засобів дітей та повнолітніх осіб з проблемами психічного здоров'я.

6. Міністерству охорони здоров'я розробити та затвердити порядок застосування примусових заходів медичного характеру до дітей, які хворіють на психічні розлади і перебувають у конфлікті із законом,

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

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

9. Міністерству охорони здоров'я розробити та затвердити Типове положення про стаціонарний

заклад психіатричної допомоги, дитяче відділення стаціонарного закладу надання психіатричної допомоги, дитяче психіатричне відділення закладів охорони здоров'я вторинного рівня, узгодивши їх із державними зобов'язаннями за Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, регламентувавши забезпечення:

18,1 недискримінації, розумного пристосування – вказавши на забезпечення пацієнтів усіма необхідними для них видами допомоги, зокрема, реабілітаційних послуг та тих соціальних послуг, доступ до яких наразі відсутній (представництво інтересів, соціальна адаптація, кризове втручання, підтримане проживання);

18,2 участі у прийнятті рішень – завдяки регламентації процедури вивчення та врахування думки дитини у ході психіатричної допомоги та здійснення планів відновлення;

18,3 права на свободу, шляхом унеможливлення випадків надмірного обмеження свободи пересування дитини у межах території лікарні та відділень;

18,4 збереження цілісності особистості та приватність – шляхом нормування забезпечення місць для усамітнення пацієнтів (наприклад, відгородження спального місця ширмою, перегородкою тощо), проведення санітарно-гігієнічних процедур без присутності сторонніх, умов для зберігання особистих речей, допомоги у догляді за особистими речами, допомоги у здійсненні контактів із родичами та близькими, забезпечення релігійних обрядів та участі у культурних заходах;

18,5 доступ до інформації, шляхом: ведення інтернет сторінок закладів із висвітленням на них інформації, яка має суспільне значення, в тому числі: статут стаціонарного закладу психіатричної допомоги, положення про дитяче відділення стаціонарного закладу психіатричної допомоги, положення про дитяче психіатричне відділення закладу охорони здоров'я, Ліцензії МОЗ України на зайняття медичною практикою та іншими діяльностями, акредитаційний сертифікат МОЗ України; донесення інформації про послуги у закладі та умови їх надання до сімей та дітей із використанням доступних форматів.

18,6 права на повагу до приватного життя щодо унеможливлення безпідставної заборони використання пацієнтами мобільних телефонів, інших пристроїв зв'язку;

18,7 можливості перебування із батьками під час отримання послуг цілодобового стаціонару, шляхом створення у закладі умов для перебування дітей із батьками;

18,8 права на гідний рівень життя щодо унеможливлення безпідставного доступу пацієнтів до власних страв чи продуктів харчування;

18,9 унормування діяльності громадських рад, самоврядування пацієнтів при стаціонарному закладі психіатричної допомоги та пацієнтського самоврядування у відділеннях стаціонарних закладах психіатричної допомоги;

18,10 права на участь у культурному житі, в тому числі на рівні громади;

18,11 доступу до правосуддя, шляхом можливості конфіденційного оскарження, в тому числі до правозахисних інституцій дій чи бездіяльності адміністрації чи працівників закладу, наслідком яких стало порушення права пацієнта.

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

20. Міністерству охорони здоров'я спільно із Міністерством соціальної політики України розробити Порядок обліку, зберігання та контролю за витрачанням коштів дітей-сиріт, дітей позбавлених батьківського піклування, функцію опікуна над якими здійснює заклад, а також дітей, які потребують постійного стороннього догляду та не усвідомлюють значення своїх дій.

21. Міністерству соціальної політики невідкладно затвердити форму індивідуального плану реабілітаційних заходів, Типове положення про відділ підтриманого проживання, інші відділи інтератної установи, затвердження яких передбачено Типовим положенням про дитячий будинок інтернат.

22. Міністерству соціальної політики забезпечити можливість доступу до правосуддя дітей-вихованців дитячого будинку-інтернату та підопічних

дитячого відділення, передбачивши можливість конфіденційного оскарження ними дій чи бездіяльності адміністрації чи персоналу установи, які мали наслідком порушення прав людини.

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

24. Міністерству охорони здоров'я та міністерству соціальної політики затвердити та забезпечити фінансування програм із реабілітації та санаторно-курортного лікування дітей із проблемами психічного здоров'я.

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

26. Міністерству соціальної політики України невідкладно розробити та подати в установленому порядку Кабінетові Міністрів України проект постанови стосовно підвищення соціального становища та поліпшення соціального захисту сімей, що виховують дітей із проблемами психічного здоров'я. Ініціювати внесення змін до законодавчих актів щодо збільшення розміру державної соціальної допомоги особам, що здійснюють догляд за дітьми з глибокими порушеннями здоров'я, в тому числі психосоціальними порушеннями. .

27. Міністерству регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства спільно із Міністерством охорони здоров'я внести зміни до Державних будівельних норм 2.2.10. 2001 «Заклади охорони здоров'я» та ДБН В.2.2-18:2007 Будинки і споруди. «Заклади соціального захисту населення», привівши їх у відповідність із міжнародними стандартами доступності,

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

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

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

31. Дніпропетровській обласній державній адміністрації опрацювати питання комісійного огляду мультидисциплінарними групами вихованців дитячих будинків-інтернатів, зокрема щодо планування заходів із їх реабілітації та габілітації.

32. Дніпропетровській обласній державній адміністрації переглянути штатні розписи молодшого медичного персоналу, що здійснює догляд за вихованцями IV профілю в частині його збільшення.

33. Дніпропетровській обласній раді спільно із Криворізькою міською радою переглянути умови проживання вихованців та підопічних Криворізького дитячого будинку-інтернату та вжити заходів щодо захисту вихованців від надзвичайних ситуацій, можливості вихованцям, особливо IV профілю прогулянок у дворі закладу.

Наукове видання

Права дитини і психічне здоров'я. Дотримання прав дітей у стаціонарних акладах охорони здоров'я та соціального захисту

А. Блага, Н. Алексеєва, Р. Імереллі, К. Казачинська,
Б. Мойса, Є. Павлова, С. Шум

Текст подається в авторській редакції
Верстка ТОВ «РУМЕС»

Підписано до друку 01.12.17р. Формат 64х70 1/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк.арк. 6. Наклад 100 прим.

Видавництво ТОВ «Румес».
м. Київ, вул. Малевича, 89, 03150
Свідотство суб'єкта видавничої справи ДК № 5144 від 05.07.2016.