

УЧРЕЖДЕНИЯ ОХРАНЫ ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ

I. ФОНОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

До сих пор международные организации относительно мало исследовали ситуацию в учреждениях охраны душевного здоровья в Латвии по сравнению, например, с тем вниманием, какое уделялось латвийским тюрьмам. В 1999 году впервые одно из психиатрических заведений – тогда Рижскую психоневрологическую больницу – посетил Комитет по предотвращению пыток (СРТ) Совета Европы, который в 2002 году побывал и в Викском отделении Центра психиатрии (Викское отделение в настоящее время входит в состав Айнажской детской психоневрологической больницы (ПНБ)), и в специализированном центре социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера «Эзеркрасти», расположенном в Риге. По обоим визитам доступны опубликованные сообщения. Первое сообщение имело очень большое значение с точки зрения прав человека, потому что в нем впервые было обращено внимание на необходимость документирования средств физического ограничения, электроконвульсивной терапии (ЭКТ). Также впервые Латвии было указано, что необходимо документировать, лечатся ли пациенты добровольно или против своей воли. СРТ обратил большое внимание и на лечение подростков в отделениях для взрослых, указав, что такая практика неприемлема.

5-8 октября 2003 года Латвию посетил комиссар по правам человека Совета Европы Альваро Хиль-Роблес. После его визита в феврале 2004 года было опубликовано сообщение, где указывалось на неупорядоченное законодательство в сфере психиатрической помощи¹.

13 июня 2006 года было опубликовано сообщение Всемирной организации здоровья AIMS о системе охраны душевного здоровья в Латвии². Недостатком сообщения следует считать то, что оно основано на данных 2002 года, поэтому сейчас уже не вся представленная в сообщении информация актуальна. В выводах сообщения указано, что Латвия должна «переработать законодательные акты с целью соблюдения стандартов

1 Council of Europe, Report by Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on His Visit to Latvia, 5-8 October 2003, Strasbourg, 12 February 2004, CommDH(2004)3, p.14 and p.18, <https://wcd.coe.int> (последний просмотр 02.07.2006.)

2 WHO-AIMS Report on Mental Health System in Latvia, WHO and Ministry of Health, Riga, Latvia, 2006.

Конвенции по правам человека Совета Европы, а также рекомендаций Всемирной организации здоровья в отношении помещения и лечения пациентов в психиатрических учреждениях против их воли». В сообщении констатировано также, что в латвийских психиатрических больницах не собираются статистические данные о помещении пациентов в стационар и об их лечении против их воли, указано, что такая информация должна быть включена в систему сбора данных, поскольку это существенный индикатор соблюдения прав человека в учреждениях охраны душевного здоровья³.

Сообщения латвийских организаций

Наблюдение за психоневрологическими больницами и специализированными центрами социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера осуществляют три государственных учреждения – Инспекция по контролю за качеством медицинского обслуживания и экспертизы трудоспособности (MADEKKI), Государственное бюро по правам человека (ГБПЧ) и Управление социальных услуг (УСУ). Ни одно из названных учреждений до сих пор не опубликовало отдельных сообщений о психоневрологических больницах или центрах социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера Латвии. ГБПЧ осуществляет регулярные проверочные визиты в центры социального обслуживания, но реже посещает психоневрологические больницы. ГБПЧ в основном посещает учреждения, реагируя на конкретные жалобы. В 2005 году ГБПЧ получило 50 жалоб по поводу гуманности обхождения и уважения достоинства и 30 жалоб по поводу соблюдения права на безопасность, свободу и неприкосновенность личности в психиатрических учреждениях⁴. MADEKKI также рассматривает заявления населения и осуществляет плановые проверки в учреждениях здравоохранения. Деятельность MADEKKI отражается в полугодовых и годовых обзорах рассмотренных жалоб. В 2005 году MADEKKI получила 33 заявления по поводу работы психиатрической службы, из которых обоснованными были признаны 10 заявлений. УСУ, в свою очередь, регулярно осуществляет контроль качества обслуживания, посещая специализированные центры социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера, а также рассматривает жалобы обитателей этих учреждений. УСУ публикует годовые отчеты, в которые включен и раздел о надзоре за качеством социальных услуг. В 2005 году УСУ осуществило 19 проверочных визитов по контролю качества с выездом в государственные специализированные центры обслуживания и рассмотрело 31 жалобу на качество обслуживания, предоставляемого государственными центрами социального

3 WHO-AIMS Report on Mental Health System in Latvia, WHO and Ministry of Health, Riga, Latvia, 2006, сс. 25 и 51.

4 Государственное бюро по правам человека, сообщение 2005 года, <http://www.vcb.lv/zinojumi/VCB-2005-gadaZinojums.pdf>, сс. 84-85 (последний просмотр 02.07.2006)

обслуживания (ЦСО) для лиц с нарушениями душевного характера⁵.

Из негосударственных организаций Латвийский центр по правам человека (ЛЦПЧ) является единственной, которая осуществляет систематический мониторинг в психиатрических заведениях. Наблюдения и мнение ЛЦПЧ в связи с ситуацией с правами человека в психиатрии публикуется в ежегодных отчетах с 1997 года⁶, в сокращенном виде также в Интернете на главной странице Международной Хельсинкской федерации. В мае 2003 года ЛЦПЧ опубликовал мониторинговое сообщение на английском языке⁷, в котором отражены мониторинговые визиты ЛЦПЧ в Стренчскую и Даугавпилсскую психоневрологические больницы.

5 Управление социальных услуг, отчет 2005 года http://www.socpp.gov.lv/lv/files/2005_gada_publ_paarskats_viss.doc, сс. 22.-25 (02.07.2006.)

6 Годовые отчеты ЛЦПЧ доступны в интернете на сайте ЛЦПЧ <http://www.humanrights.org.lv> (последний просмотр 02.07.2006)

7 Latvian Centre for Human Rights and Ethnic Studies, Monitoring Closed Institutions in Latvia, May 2003, http://www.humanrights.org.lv/upload_file/EUmazaisMonitorClosed.pdf (последний просмотр 02.07.2006)

II. МЕТОДИКА МОНИТОРИНГА И ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ РАЗРЕШЕНИЙ

В рамках этого проекта мониторинг психиатрических заведений происходил не только в Латвии, но и в Литве, Эстонии и Калининградской области Российской Федерации. В первый год проекта (22.04.2003 – 22.04.2004) местные и международные эксперты посещали с недельными визитами психиатрические заведения, действуя по единой методике, разработанной Mental Disability Advocacy Center.

Во второй и третий год проекта регулярный мониторинг продолжался в Литве (отдельные сообщения по Литве за 2005 и 2006 год были опубликованы при поддержке других финансовых доноров). Там в 2004–2006 году было осуществлено 27 мониторинговых визитов. В Латвии в 2004–2006 годах сделано 20 визитов в центры социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера, во время которых эксперты посетили в общем 18 центров социального обслуживания, и 10 визитов в психоневрологические больницы с общим посещением 8 больниц.

Порядок получения разрешений

Перед началом мониторинговых визитов ЛЦПЧ обратился с заявлениями в Министерство здравоохранения (МЗ), являющееся держателем государственных долей капитала в психоневрологических больницах, и в Управление социальных услуг Министерства благосостояния (МБ), контролирующее центры социального обслуживания, с объяснением целей мониторинга и просьбой о поддержке. В отличие от ГБЧ, мандат которого позволяет посещать любое закрытое заведение, ЛЦПЧ является негосударственной организацией, не наделенной полномочиями посещать закрытые заведения. Поэтому, несмотря на хороший контакт со многими учреждениями, ЛЦПЧ просил поддержки МБ и УСУ, чтобы обезопасить себя от возможных разногласий с руководством заведений во время мониторинговых визитов. В обеих государственных институциях ЛЦПЧ встретил отзывчивое отношение и относительно быстро получил разрешения. Отдел по контролю качества Управления социальных услуг информировал ЛЦПЧ, что в заявлении о получении разрешения для мониторинговых визитов 2004–2005 года нет необходимости. С учетом того, что состав мониторинговой команды ЛЦПЧ был междисциплинарным, обдумывалась также возможность когда-нибудь осуществить совместные визиты с УСУ.

Что же касается ПНБ, то в 2004 году, после визитов первого года проекта, ЛЦПЧ начал переговоры с тогдашним министром здравоохранения Риналдсом Муциньшем о

заключении на время действия проекта договора между МЗ и ЛЦПЧ. В проекте договора были предусмотрены полномочия ЛЦПЧ во время мониторинговых визитов. Однако в конце 2004 года произошла смена правительства и министра здравоохранения. На полгода в связи с задержкой финансирования был прерван также и сам проект. Визиты в психоневрологические больницы были возобновлены только в марте 2006 года, когда долгосрочный договор был уже неактуален, поэтому ЛЦПЧ опять обратился в МЗ с просьбой о согласии только на конкретные визиты и с обещанием гарантировать конфиденциальность пациентов. В заявлении МЗ был указан состав команды мониторинга⁸, ЛЦПЧ получил на свое заявление ответ от МЗ, в котором акцептировалось осуществление мониторинга в конкретных заведениях. Тем не менее через пару недель после получения письма МЗ в ЛЦПЧ по телефону обратилась некая чиновница МЗ с просьбой еще раз объяснить цели визитов и указать, кто и в рамках какого проекта визиты финансирует. В распоряжении ЛЦПЧ имеется неофициальная информация, что одно из заведений, подлежащих мониторингу, после посещения ЛЦПЧ запросило МЗ о том, что собой представляет ЛЦПЧ, почему ему разрешено проводить мониторинг и какая польза министерству от подобного мероприятия.

В Литве в первый год у партнерской организации ЛЦПЧ были проблемы с получением разрешения на мониторинг одного заведения, согласившегося на визит только после письма Mental Disability Advocacy Center - международной партнерской организации - министру здравоохранения и парламенту Литвы. В то же время в Калининградской области у местных партнеров проекта были проблемы с получением разрешения на проведение мониторинга в двух учреждениях, поэтому там состоялись только встречи с руководством учреждения, но не было осмотра помещений и встреч с пациентами. В качестве одной из формальных причин отказа в выдаче разрешений на посещения центров социального обслуживания местное управление социальных услуг назвало то, что в уставе негосударственной организации местных партнеров среди видов деятельности не было указано проведение мониторинга.

О единой методике мониторинга для всех стран Балтии партнерские организации проекта договорились во время семинара в Риге 13-14 октября 2003 года. На второй год проекта методика была адаптирована к потребностям конкретных стран – Литвы и Латвии. Методику формировал Mental Disability Advocacy Center, опираясь на стандарты Комитета по устранению пыток СЕ, основные положения Всемирной организации здоровья и другие международные стандарты прав человека. Поскольку среди тем

8 В состав команды ЛЦПЧ по мониторингу психиатрических заведений входили исследователь в сфере прав человека, директор программы ЛЦПЧ Иева Леймане-Велдмейере, социальный работник, ассистент программы ЛЦПЧ Эва Икауниене и приглашенные эксперты – врач-психиатр Улдис Вейтс и юрист Лаурис Нейкенс.

исследования в заведениях были как вопросы прав человека, так и лечебные вопросы, в состав мониторинговой команды были приглашены исследователи в области прав человека, юристы, психиатры, а также социальные работники.

В проведении мониторинга использовались следующие методы:

- встречи / интервью с администрацией и персоналом заведения – директором, старшей сестрой, психиатром, социальным работником;
- знакомство с документами и информационными материалами заведения;
- осмотр помещений – палат, гигиенических, изоляционных помещений, помещений для занятий, приема пищи;
- беседы/интервью с пользователями психиатрических услуг, при соблюдении конфиденциальности полученной информации;
- рекомендации на месте руководству заведения в конце визита;
- обобщение и анализ полученной информации и материалов;
- публикация результатов мониторинга.

III. Мониторинг в странах Балтии: отчет о мониторинге первого года проекта во всех четырех странах, входящих в проект

В первый год проекта (22.04.2003-22.04.2004) в каждой стране проводились мониторинговые визиты в психоневрологические больницы и центры социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера продолжительностью в одну неделю. На мониторинговом семинаре в Риге 14 октября 2004 года партнерские организации проекта – ЛЦПЧ, Вильнюсское региональное бюро Глобальной инициативы в психиатрии и Центр защиты интересов душевнобольных (MDAC) – договорились посетить с недельным визитом в каждой стране 3 психоневрологических больницы и 3 центра социального обслуживания. Целью визитов была выработка общего взгляда на ситуацию в странах перед началом обучающих семинаров для персонала, а также получение информации для аналитического исследования политики стран Балтии, который затем был опубликован в июне 2006 года.

Государство	Дата визита	Посещенные психоневрологические больницы (ПНБ)	Посещенные ЦСО	Состав команды мониторинга
Латвия	26-31 октября 2003 года	Отделение принудительного лечения Психиатрического центра, Даугавпилсская ПНБ, Акнистская ПНБ, Елгавская ПНБ «Гинтермуйжа».	Пилтенский ЦСО, Литенский ЦСО, ЦСО «Atsaucība»	И.Леймане-Велдмейере, Э.Икауниеце, Л.Нейкенс (Латвия), О.Льюис (MDAC, Венгрия); А.Германавичюс, Д.Пурас (GIP, Литва)
Литва	12-17 января 2004 года	Васарос ПНБ, Науойи Вилня ПНБ, Зиегздрю ПНБ, Свекнос ПНБ	Юрдайчу ЦСО Прудиску ЦСО	Д.Юодкайте, Э.Римшайте, А.Германавичюс, Д.Пурас (Литва), Э.Пилт (Эстония), Э.Симор (MDAC, Венгрия)
Эстония	9-12 февраля 2004 года	Ахтме ПНБ, Ямеяла ПНБ, Таллиннская ПНБ	Кернуский ЦСО Колуверский ЦСО	Э.Пилт, К.Алби (Эстония), А.Германавичюс, Д.Юодкайте (Литва), Э.Симор (MDAC, Венгрия)
Калининградская область Российской Федерации	24-27 февраля 2004 года	Калининградская региональная ПНБ, Калининградская городская ПНБ, Черняховская ПНБ*, Чернышевская ПНБ	Советский ЦСО, Большаковский ЦСО*	Б.Долгополов, Л. Пехова, О.Пехов, (Калининград); Э.Римшайте, Д.Пурас (Литва); И.Леймане-Велдмейере (Латвия); Э.Симор (MDAC, Венгрия)

* Состоялась только встреча с администрацией заведения, потому что команда не получила разрешения на проведение мониторинга.

Общие для всех стран проблемы, установленные после визитов первого года⁹:

- Регулярно нарушается право на информацию как обитателей центров социального обслуживания, так и пациентов психоневрологических больниц. Информирование обитателей этих учреждений об их правах и объеме получаемой информации зачастую зависят исключительно от доброй воли отдельных сотрудников учреждений и уровня их знаний о правах обитателей центров. Формальные внутренние механизмы рассмотрения жалоб не обеспечивают реализацию на практике права жаловаться и получать ответ. Хотя закон и устанавливает, что персонал психиатрических больниц должен предоставлять пациенту информацию о его заболевании, до сих пор предоставление информации зависит от доброй воли врача и его уважения к пациенту. Информирование пациента о его/ ее заболевании, прогнозах, рекомендуемых видах лечения и доступных альтернативах, а также максимальное привлечение пациентов к принятию решений является скорее эпизодической, чем обычной практикой.
- Право обитателей центров социального обслуживания на частную жизнь зачастую нарушается уже по существу: их повседневная жизнь в основном публична и у них редко есть возможность оставаться в одиночестве. За обитателями постоянно наблюдает персонал и остальные жильцы. Нарушается также и право поддерживать интимные отношения. В психиатрических больницах права пациентов на личную жизнь также сильно ограничены и практически абсолютно не соблюдаются в отделениях для больных с острыми заболеваниями.
- Дискриминация: пациентам психиатрических больниц и обитателям центров социального обслуживания, активно сотрудничающим с персоналом, обеспечиваются различные привилегии, недоступные остальным обитателям. Лица с очень тяжелыми нарушениями чаще всего подвергаются дискриминации и обычно помещаются в палаты с самыми плохими бытовыми условиями. Более послушным пациентам больничным персоналом позволяет выходить из больницы, дает ключи от ванных комнат, разрешает пользоваться мобильным телефоном, когда пациент этого пожелает, выдает дополнительную порцию сигарет или разрешает курить, где пациент хочет.

⁹ Информация подготовлена в сотрудничестве с координатором проектов Вильнюсского регионального бюро Глобальной инициативы в психиатрии Эгле Римшайте.

- Бесчеловечное, унижающее обхождение: наиболее часто встречающимися формами бесчеловечного обхождения являются небрежное отношение персонала, слишком частое ограничение свободы передвижения обитателей, эмоциональное и физическое насилие в отношении пациентов, принятие решений за пациента в отношении его личной жизни. В нескольких психиатрических больницах не введена стандартизированная процедура применения средств фиксации, изоляции и химического ограничения. Не разработаны также механизмы отмены применения перечисленных средств. В то же время в больницах, где упомянутая выше стандартизированная процедура введена, были констатированы различные недостатки в реализации процедуры, например, часто не соблюдаются требования к заполнению протоколов фиксации, пациенты зачастую фиксируются дольше двух часов, персонал во время фиксации не присматривает за пациентом, поэтому иногда они остаются без присмотра на несколько часов, во время применения фиксации с пациентом не поддерживается никакого контакта, зачастую параллельно с физической фиксацией применяются медикаментозные средства ограничения. Порой встречаются случаи превентивной фиксации, осуществляемой с целью предупредить возможную агрессию. Иногда фиксация применяется как средство наказания.
- Не реализуется право обитателей центров социального обслуживания и долговременных пациентов психиатрических больниц на образование. Трудно говорить о реинтеграции лиц с душевными нарушениями, если они во время длительного пребывания в психиатрической больнице или центре обслуживания не получили возможности учиться, освоить профессию или навыки, необходимые для реинтеграции в общество.
- Редко обеспечивается право на занятость и адекватное вознаграждение обитателей центров социального обслуживания. В большинстве случаев центры обслуживания, привлекающие своих обитателей к мероприятиям занятости, не заключают с ними официальных трудовых договоров. Не ведется поиск возможности обеспечить занятость обитателей, как нет и механизмов защиты от эксплуатации тех обитателей, которых занимают на случайных работах владельцы крестьянских хозяйств, расположенных по соседству.

В Латвии по информации, полученной в ходе визитов, мониторинговая команда была обеспокоена ситуацией с подростками в Даугавпилсской ПНБ. Об обнаруженных во время визита недостатках было устно проинформировано МЗ, и работникам МЗ было рекомендовано познакомиться с ситуацией в Даугавпилсской ПНБ. А после посещения

ЦСО «Литене» в октябре 2004 года ЛЦПЧ устно информировал тогдашний Фонд социальной помощи, что условия (комната со стенами, обшитыми металлическими пластинами), в которых содержатся 10 мужчин с тяжелыми нарушениями душевного развития, являются неприемлемыми. ЛЦПЧ просил Фонд социальной помощи нанести собственный проверочный визит в ЦСО «Литене». В настоящее время обстоятельства изменились и в этом помещении расположен склад.

IV. Мониторинг психоневрологических больниц в Латвии в 2005-2006 году

Во втором и третьем году проекта (23.04.2004–22.07.2006) мониторинг в психиатрических учреждениях продолжался (в данном сообщении публикуется обзор 2005–2006 года, данные получены во время визитов). Мониторинговая команда побывала в 8 психоневрологических больницах, в Стренчской ПНБ - дважды. В этих учреждениях в общем имеется 2890 койко-мест, что составляет 96% всех койко-мест психиатрического профиля в стране. Во всех посещенных лечебных заведениях вместе на момент визитов находилось 2855 пациентов. В целом в 2005 году в стране было 9 психоневрологических больниц и 3 психиатрических отделения в соматических больницах, всего в Латвии было 3007 койко-мест психиатрического профиля: для взрослых – 2728 коек, для детей – 279 коек и для туберкулезных больных – 65 коек.

Деятельность психоневрологических больниц регулируется Законом о лечебной деятельности, принятым в июле 1997 года, а также несколькими нормативными актами КМ и министерств, например, правилами КМ №1036 от 21 декабря 2004 года «Порядок организации и финансирования здравоохранения», распоряжением №2 департамента здравоохранения МБ от 20 января 2003 года «Об утверждении медицинских технологий».

За время реализации проекта (с апреля 2003 года по июль 2006 года) в области психиатрии не произошло существенных изменений законодательства, хотя и были надежды, что в течение этих трех лет мог бы быть принят Закон о психиатрической помощи. Из политических документов также не приняты разработанные МЗ «Основные положения по улучшению душевного здоровья населения на 2006–2016 год», предусматривающие серьезное развитие услуг по уходу, опирающихся на общество¹⁰. Следует положительно оценить то, что в декабре 2004 года распоряжением Кабинета министров №1003 была утверждена «Программа развития учреждений, оказывающих услуги амбулаторной и стационарной охраны здоровья», а годом позже был утвержден план по осуществлению Программы развития учреждений, оказывающих такие услуги, на 2005–2010 год. План введения программы здоровья предполагает сократить количество коек в психоневрологических больницах с 3048 в 2004 году до 2540 в 2010 году¹¹. В то же время

10 Подробнее о развитии политики охраны душевного здоровья в Латвии см. в издании Латвийского центра по правам человека «Права человека в охране душевного здоровья в странах Балтии» http://www.humanrights.org.lv/upload_file/Human%20Rights%20in%20Mental%20Health%20in%20Baltic_LV.pdf, сс. 23–40 (последний просмотр 10.07.2006)

11 Распоряжение Кабинета министров №854 от 8 декабря 2005 года «О плане осуществления Программы развития учреждений, оказывающих услуги амбулаторной и стационарной охраны здоровья, на 2005–2010 год» http://www.vsmtva.gov.lv/AMLWebAdmin/Resources/File/Normat_dokumenti/MK%20Noteikumi/MK_854.doc (последний просмотр 02.07.2006)

параллельно этим действиям в 2006 году были даны государственные поручительства займам для реконструкции нескольких психоневрологических больниц и строительства новых зданий в рамках существующих ПНБ. Государственные поручительства займам даны пяти психоневрологическим больницам – Елгавской «Гинтермулжа», Стренчской, Даугавпилсской, Айнажской и Акнистской ПНБ¹². К сожалению, нет публичного доступа к бизнес-планам, разработанным для каждой больницы, а отсюда точно неизвестно, в какой степени будет расширено каждое заведение. Во время мониторинговых визитов ЛЦПЧ руководители заведений утверждали, что количество коек в заведении не увеличится, поскольку во вновь построенных зданиях будут социальные места, тем не менее, никто не мог как следует объяснить, кто будет финансировать эти социальные места – МЗ, Министерство благосостояния или самоуправления. Незаинтересованность МЗ в разъяснении обществу планов строительства этих новых зданий порождает серьезные опасения по поводу того, не находятся ли проводимые ныне мероприятия в сфере охраны душевного здоровья в противоречии с разрабатываемыми Основными положениями по улучшению душевного здоровья населения на 2006–2016 год, а также с Хельсинкской декларацией, принятой Всемирной организацией здоровья в 2005 году, и планом ее реализации¹³. Во всяком случае было бы разумнее с точки зрения эффективного планирования политики и бюджета инвестировать средства в психоневрологические больницы только после того, как правительство определит, что в будущем следует развивать охрану душевного здоровья в стране в целом.

12 Закон о государственном бюджете на 2006 год <http://www.fm.gov.lv/budzets/2006/p16.doc> (последний просмотр 02.07.2006)

13 О Хельсинкской декларации ВОЗ подробнее см. в издании Латвийского центра по правам человека “Права человека в охране душевного здоровья в странах Балтии”, Вильнюс, 2006 http://www.humanrights.org.lv/upload_file/Human%20Rights%20in%20Mental%20Health%20in%20Baltic_LV.pdf (последний просмотр 02.07.2006)

В рамках мониторинга были запланированы и осуществлены следующие визиты:

№	Психоневрологическая больница (ПНБ)	Дата, год визита ЛЦПЧ	Тема (если не изучалось все учреждение)
1.	Вецпиебалгская ПНБ	15 февраля 2005 года	
2./3.	Айнажская детская ПНБ (в т.ч. Виское отделение)	22 апреля 2005 года	
4.	Стренчская ПНБ	26 апреля 2005 года	Интервью с пациентами
5.	Акнистская ПНБ	7 марта 2006 года	
6.	Стренчская ПНБ	29 марта 2006 года	
7.	Психоневрологическая клиника Приморской больницы	6 апреля 2006 года	
8.	Государственное агентство душевного здоровья	16 мая 2006 года	
9.	Елгавская ПНБ («Гинтермулжа»)	16 мая 2006 года	
10.	Даугавпилсская ПНБ	19 мая 2006 года	

Не планировалось проведение мониторинговых визитов в психиатрические отделения общих соматических больниц – в Резекне и Риге, а также в стационар неврозов в Дзинтари. Таким образом, получилась относительно полная картина ситуации в стране, так как была посещена и единственная детская психоневрологическая больница, и обе психоневрологические больницы для долговременных пациентов, и все специализированные монопрофильные ПНБ. Некоторые из посещенных учреждений (см. табл. №1) оказывают и амбулаторную помощь.

Государственное агентство душевного здоровья (ГАДЗ), находящееся в Риге, является единственным из посещенных заведений, имеющим дополнительные функции по сравнению с остальными ПНБ. ГАДЗ наряду с оказанием психиатрической помощи населению обеспечивает также методическую и организационную поддержку МЗ в формировании и проведении политики охраны душевного здоровья. В функции ГАДЗ входит и разработка методических рекомендаций для лечения и диагностики психических болезней и нарушений поведения. ГАДЗ было основано в качестве агентства 1 ноября 2004 года и включает в себя реорганизованный Центр психиатрии, к которому в 2000 году была присоединена Рижская психоневрологическая больница. ГАДЗ находится в помещениях бывшей Рижской ПНБ. Самые старые здания на территории заведения построены 200 лет назад. В стационаре ГАДЗ 20 отделений. ГАДЗ оказывает также амбулаторную психиатрическую помощь как в амбулаторном отделении ГАДЗ в помещении на улице Твайка, так и в филиале амбулаторного отделения, размещенном

в центре первичного медицинского обслуживания в Зиепниекалнсе, и в центре амбулаторной психиатрической помощи на ул. Велдрес. В 2007 году планируется реорганизовать ГАДЗ, хотя более конкретная информация о планах на будущее предоставлена не была.

Елгавская ПНБ «Гинтермуйжа» находится в городе Елгава, в 47 км от Риги, и обслуживает девять административных районов Латвии: Елгавский, Рижский, Талсинский, Тукумский, Салдусский, Добельский, Бауский, Огрский и Айткраукльский районы, оказывая психиатрическую, в том числе детскую и наркологическую помощь, а также предлагая антиалкогольную мотивацию и наркологическую реабилитацию. Больница существует с 1887 года, и в ее помещении всегда была психиатрическая больница. Самое старое сохранившееся больничное здание построено в 1897 году. Несколько зданий возведены в 1921 и 1975 году. Здание амбулаторного отделения - в 1995 году. В больнице работает 12 отделений, в том числе одно детское и амбулаторное отделения. Количество коек колебалось от 1000 в начале 90-х годов до 550 коек в 2006 году. С 2005 года к больнице присоединена Елгавская наркологическая больница, а с 2006 года – Риндзельский центр наркологической реабилитации. Елгавская ПНБ – единственная в Латвии, предлагающая услуги бригады амбулаторной психиатрической помощи, которая обеспечивается пациенту по месту его жительства. В 2006 году больница получила государственное поручительство в объеме 10,5 миллиона латов на реконструкцию и строительство новых зданий.

Даугавпилсская ПНБ находится в 229 км от Риги. Больница обслуживает Латгальский регион. Первое здание больницы построено в 1870 году как армейские казармы, второе здание – в 1917 году и тоже как армейские казармы. В 1920 году в этих зданиях была основана психиатрическая лечебница на 840 пациентов. В больнице 13 отделений. В 2006 году в больнице построено новое здание на 70 коек. В дополнение к вновь построенному зданию Даугавпилсская ПНБ в 2006 году получила государственное поручительство на заем в объеме 10,3 миллионов латов.



Стренчская ПНБ находится в Валкском районе, в 135 км от Риги. Больница построена в 1907 году и оказывает стационарную психиатрическую помощь жителям 8 районов Видземе – Валкского, Валмиерского, Лимбажского, Цесисского, Мадонского, Гулбенского, Алуксненского и Балвского, а также всем тем жителям Латвии, которым необходимо стационарное психиатрическое лечение и лечение от туберкулеза. В 2006 году Стренчская ПНБ получила государственное поручительство на заем в объеме 1,8 миллиона латов.

Психоневрологическая клиника Приморской больницы находится в Лиепае, в 215 км от Риги (бывшая Лиепайская психоневрологическая больница), обслуживает Курземский регион, за исключением Салдусского и Талсинского районов. Лиепайская ПНБ основана в 1954 году. Старейшие здания существуют с 1901 года, когда здесь действовал приют. 29 августа 2005 года Лиепайская ПНБ была объединена с находящейся рядом Лиепайской онкологической больницей, вместе они образовали Приморскую больницу, в состав которой входят психоневрологическая и онкологическая клиника. Руководители обеих клиник имеют право подписи и полномочия принимать решения по медицинским вопросам, в то же время за хозяйственные вопросы отвечает председатель правления Приморской больницы. Психоневрологическая клиника имеет 200 коек, 5 стационарных отделений, в том числе детское и амбулаторное отделения. В будущем возможны реформы лиепайских больниц с образованием большего больничного объединения, включающего и Приморскую клинику.

Акнистская ПНБ находится в Гарсенской волости Екабпилсского района, в 203 км от Риги. Учреждение действует с 1954 года как больница для хронических психически больных пациентов. В больнице 6 отделений, одно из них – реабилитационное отделение открытого режима. В 2006 году больница получила государственное поручительство на кредит в 3,3 миллиона латов на реконструкцию зданий и строительство дополнительного здания (100 коек).

Вецпиебалгская ПНБ действует с 1956 года, находится на расстоянии 150 км от Риги, в 90 км от Стренчи и 4,5 км от центра Вецпиебалги. В больнице 64 койки и 2 отделения – мужское и женское. На момент визита мониторинговой команды руководство учреждения рассматривало возможность предлагать в будущем услуги социального обслуживания – т.н. социальные койки для нуждающихся в уходе, для слабоумных и нуждающихся в постоянном надзоре пациентов, а также развивать услуги психиатрической реабилитации для тех пациентов, которые могли бы жить в обществе.

Детская ПНБ «Айнажи» находится в Айнажи, в 111 км от Риги. Больница оказывает плановую психиатрическую помощь детям и подросткам с четырех до 18 лет. Основное

жилье больницы с 2 отделениями находится в Айнажи Лимбажского района, а в Вики Лимбажского района, на расстоянии 44 км от Айнажи, расположена отдельная структурная единица больницы – 3-е отделение «Вики», до 2004 года бывшее в составе Центра психиатрии. Здание Викского отделения построено в 1890 году как имение. В больнице стационарно пребывают дети с психическими заболеваниями со всей Латвии. Больница является единственным учреждением в Латвии, занимающимся лечением только детских психических болезней. В Айнажи 80 коек, а в Викском отделении 65.

Пользователи психиатрических услуг, у которых брались интервью во время мониторинга

В июле-августе 2005 года было проведено отдельное исследование – анкетирование пациентов и клиентов в 7 психоневрологических больницах и в 8 центрах социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера (всего было взято интервью у 408 лиц с нарушениями психического здоровья), поэтому во время мониторинговых визитов интервью с пациентами уделялось меньше внимания. Всего было проведено только 12 интервью, состоялась отдельная встреча мониторинговой команды с Советом пациентов Акнистской ПНБ.

За время действия проекта с апреля 2003 года до 22 июля 2006 года ЛЦПЧ дал 89 консультаций лицам с нарушениями психического здоровья, большая часть консультаций - по вопросам дееспособности (29): о восстановлении дееспособности и в случаях, когда в отношении лица начат процесс об определении дееспособности; 9 консультаций даны по поводу помещения в лечебное учреждение против воли лица. Вдобавок к данным консультациям ЛЦПЧ в 2004-2006 году представлял в суде клиента центра социального обслуживания «Ильги» С. в гражданском деле о взыскании убытков против ООО «Вецлиепая» и ООО «Приморская больница» и клиента центра социального обслуживания «Елгава» А. в гражданском деле о признании лица недееспособным.

В рамках проекта ЕС финансировались и подготовка материалов по делу Л. для представления искового заявления в Конституционный суд о несоответствии Конституции статьи 68 Закона о лечебной деятельности, а также сбор материалов и подготовка заявления по делу о восстановлении дееспособности пациента Акнистской ПНБ Б., высказавшего свою просьбу о юридической помощи во время мониторингового визита ЛЦПЧ. До конца проекта (22.07.2006) результат в деле пациента Б. не был достигнут, однако дело о восстановлении дееспособности будет продолжено и после окончания проекта ЕС, за счет других финансовых ресурсов, имеющихся в распоряжении ЛЦПЧ.

Сотрудничество с руководством учреждений во время мониторинговых визитов

В основном ЛЦПЧ встречался в учреждениях с отзывчивым отношением со стороны администрации, за исключением одного учреждения, где ЛЦПЧ, несмотря на то, что МЗ проинформировало все ПНБ о планируемом мониторинге, встретил неприветливое отношение. Во всех посещенных больницах у ЛЦПЧ была возможность осмотреть любые интересующие его помещения, в том числе изоляционные. При посещении учреждений ЛЦПЧ просил выставить в отделениях подготовленное сообщение пациентам о визите ЛЦПЧ и призыв обращаться к членам мониторинговой команды во время визита. ЛЦПЧ дал гарантию МЗ о соблюдении конфиденциальности в отношении данных пациентов. Во время визитов не возникало ситуаций, когда появлялась бы необходимость познакомиться по просьбе пациента с историей болезни. ЛЦПЧ хотел ознакомиться с журналами регистрации приема, фиксации, ЭКТ, правилами внутреннего распорядка и положениями об ЭКТ. Ни в одном из посещенных учреждений мониторинговой команде не ставилось никаких препятствий в знакомстве с этой документацией.

Бюджетная информация

Лечебные услуги ПНБ оплачивает Государственное агентство обязательного страхования здоровья (VOAVA). С 1 апреля 2004 года отменен пациентский взнос¹⁴. Если раньше пациенту надо было платить 0,45 лата в день за лечение в ПНБ, то теперь все пациенты ПНБ от этой платы освобождены. Стренчская и Лиепайская ПНБ отметили во время визитов ЛЦПЧ, что после отмены взноса существенно увеличилось количество пациентов, желающих лечиться в больнице. Многие пациенты с соматическими и социальными проблемами пытаются попасть в ПНБ.

Определенная VOAVA стоимость койко-дня в первые 45 дней составляет в среднем 13-15 латов. При пребывании в больнице более 45 дней средняя стоимость койко-дня составляет 9-10 латов, а для пациентов, местом жительства которых декларирована больница, средняя стоимость койко-дня составляет 7-8 латов. В среднем психоневрологические больницы тратят в день на одного пациента 0,74- 1,82 лата на медикаменты и 0.90-2.00 лата на питание.

14 Правила КМ №1036 «Порядок организации и финансирования здравоохранения», принятые 21 декабря 2004 года, опубликованы в Вестнике №9 2005.01.18, <http://www.likumi.lv/doc.php?id=99669> (последний просмотр 02.07.2006)

Администрация большинства учреждений выражала непонимание политики оплаты и деления пациентов на декларированных и недеklarированных в больнице. По просьбе ЛЦПЧ, руководство VOAVA, представляя обоснование подобного деления, указало, что «в настоящее время в психоневрологических больницах лечатся пациенты 3 категорий – острые, хронические и пансионные (прописанные), затраты на лечение которых сейчас определены по-разному – самые высокие для острых пациентов, самые низкие – для прописанных. В основном это связано с различными расходами на медикаменты»¹⁵.

ЛЦПЧ считает, что подобное деление является необоснованным и дискриминирующим, особенно в больницах длительного пребывания, где нельзя сказать, что одна группа пациентов находится в больнице дольше другой. Следует также принимать во внимание, что прописка пациентов в больницах осуществлялась пару лет назад, когда этого потребовали больничные кассы. На момент визита ЛЦПЧ ситуация с количеством пациентов, местом жительства которых зарегистрирована больница, такова:

Больница	Количество пациентов	Из них место жительства задекларировано в больнице	%
Елгавская ПНБ	480	77	16%
Стренчская ПНБ	400	49	12%
Акнистская ПНБ	420	320	76%
Вецпиебалгская ПНБ	64	11	17%
Всего	1364	457	34%

В среднем пациенты, задекларированные в больнице, в 2006 году получали на 1/3 меньшее финансирование, чем остальные. В отношении будущего года VOAVA в своем ответном письме обещало, что «на 2007 год Агентство предусмотрело одинаковый тариф койко-дня для всех хронических психоневрологических пациентов, без выделения прописанных больных как отдельной категории»¹⁶. Тем не менее VOAVA также отметило, что «длительное лечение в ПНБ или больнице другого профиля не является основанием для того, чтобы больница была декларирована местом жительства пациента»¹⁷.

15 Ответное письмо VOAVA И.Леймане-Велдмейере №2820 «О расчете койко-дня для пациентов психоневрологических больниц».

16 Ответное письмо VOAVA И.Леймане-Велдмейере №2820 «О расчете койко-дня для пациентов психоневрологических больниц».

17 Там же

Различные показатели для характеристики подвергнутых мониторингу ПНБ и их пациентов включены в следующие таблицы:

Таблица 1 – Характеристика психоневрологических больниц и их деятельности

Больница Показатель	АИН	ВЕЦП	АКН	СТР	ПРИ- МОР	ГАДЗ	ГИНТ	ДАУ	Всего в больн., подв. монито- рингу ЛЦПЧ	В стране в целом в 2005 г.
Количество коек в т.ч. детских	145	64 0	420 0	400 0	200 10	620 0	480 50	685 30	3014 235	3167 305
в т.ч. специализи- рованных				65 (tbc)		60 (охрана)			125	125
Количество отделений	3	2	6	8	5	17	11	13	65	
Стационарованы в 2005 г.	39	101	80	2377	1669	5736	3256	3744	17002	19037
Выписаны в 2005 г.	39	100	86	2368	1685	5512	2533	3733	16056	19011
из них умерли	4	5	16	75	48	120	52	126	446	589
Средняя про- должительность лечения в койкоднях	до перевода	1-2 года	4-5 года	60; 200 (tbc)	50	37	66	64		58
Основная территория обслуживания	вся страна	Видзем- ский рег., Юрмала, Рижский район	вся страна	Видзем- ский рег., Балвский район	Курзем- ский рег., частично Салдус- ский р-н	Рига, Пририж- ский рег.	Земгаль- ский, часть Курзем- ского, Пририж- ский рег.	Латгаль- ский рег.	вся страна	вся страна
Основной функцией является охрана душевного здоровья	до 18 лет, с пере- водом в другое учрежде- ние	долговре- менно, до перевода в ЦСУ	долго- времен- но, с реабилитацией	для острых + долго- времен- ных пациен- тов с tbc	для острых	для острых и долго- времен- ных, принуди- тельное лечение с охраной	для острых	для острых		
Амбулаторное обслуживание	нет	нет	нет	нет	есть	есть	есть	есть	4 – есть 4 – нет	

Таблица 2 – Состав больных, находящихся на лечении

Больница Показатель	АЙН	ВЕЦП	АКН	СТР	ПРИМОР	ГАДЗ	ГИНТ	ДАУ	Всего в болн., подв. монито- рингу ЛЦПЧ
Количество пациентов во время визита	136	64	409	425	202	564	415	640	2855
Мужчины *	67%	50%	62%	58%	50%	53%	50%	50%	58%
Женщины *	33%	50%	38%	42%	50%	47%	50%	50%	42%
Шизофрения	10%	58%	58%	42%	41%	52%	41%	34%	42%
Органические нарушения	18%	24%	24%	28%	25%	24%	24%	12%	28%
Умственная отсталость	72%	16%	17%	7%	14%	3%	15%	38%	9%
Другое	0%	2%	0%	24%	20%	21%	20%	16%	20%
Пациенты, находившиеся во время визита на принудительном лечении в соответствии с Уголовным законом	0	0	5	19	16	43	24	25	132
Количество недееспособных пациентов		3	42	10	нет сведений	31	36	175	297
Количество долговременных пациентов (дольше 12 месяцев)	136	60	400	100	нет сведений	134	200	88	1118
На очереди в ЦСО	10	29	нет	34	10	80	58	70	291
Количество способных интегрироваться в общество	18	32	45	25	20	40	130	10	320

* во время визита было предоставлено % соотношение по полу

** мнение руководства учреждения

Порядок помещения в ПНБ против воли пациента

В Латвии единственным законным основанием для помещения в ПНБ против воли пациента в настоящее время является ст. 68 Закона о лечебной деятельности (в силе с июля 1997 года).

Ст. 68. (1) Амбулаторное или стационарное обследование и лечение против воли больного можно производить только в следующих случаях:

- 1) если из-за психических нарушений поведение больного опасно для здоровья или жизни его самого или других лиц;
- 2) если из-за психических нарушений, их клинической динамики психиатр прогнозирует такое поведение больного, которое опасно для здоровья или жизни его самого или других лиц;
- 3) если психические нарушения больного таковы, что не позволяют ему принимать осознанные решения, и отказ от лечения может привести к серьезному ухудшению состояния здоровья и социального состояния, а

также к нарушениям общественного порядка;

(2) Если произведено помещение в стационар против воли больного, консилиум психиатров должен в течение 72 часов обследовать больного и принять решение о дальнейшем лечении. Консилиум незамедлительно сообщает свое решение больному, членам его семьи, а если таковых не имеется, – ближайшим родственникам или законным представителям, попечителям, опекунам. Если это невозможно сделать незамедлительно при встрече с кем-нибудь из этих людей, им отправляется письменное сообщение, о чем делается запись в карте регистрации больного.

Закон *О полиции* устанавливает, что сотрудник полиции имеет право «доставлять в лечебное учреждение лиц, имеющих несомненные психические отклонения и своими действиями создающих очевидную опасность для себя или окружающих»¹⁸. Сотрудник полиции имеет также право «доставлять в лечебное учреждение лиц, пытавшихся совершить самоубийство, и выяснять обстоятельства произошедшего»¹⁹.

Обязывающими для Латвии являются также международные стандарты прав человека, например, ст. 5 Европейской конвенции по правам человека Совета Европы²⁰ и практика Европейского суда по правам человека (ЕСПЧ), устанавливающая, что согласно ст. 5 Конвенции по правам человека СЕ²¹ в государствах должен быть создан механизм обжалования в случаях неотложной психиатрической госпитализации. Конвенция, практика ЕСПЧ и Рекомендация Совета Европы от 10 октября 2004 года Rec(2004)10 существенно повлияли на законы о душевном здоровье многих стран-участниц Совета Европы. В их законы включена норма, что решение о помещении лица против его воли в психиатрическую лечебницу может принимать только суд или равноценная суду независимая институция. В то же время в Латвии согласно Закону о лечебной деятельности для лишения человека свободы и лечения в психоневрологической больнице против его воли достаточно лишь решения консилиума трех врачей. Тем самым Латвия систематически нарушает ст. 5 ЕКПЧ. На это несоответствие законодательства международным стандартам прав человека международные организации, например,

18 Закон о полиции, параграф 11) ст. 12 http://www.lv.lv/index.php?menu_top=TA&menu_left=TA&menu_body=KDOC&id=67957&print=on, принят 4 июня 1991 года (последний просмотр страницы 02.07.2006)

19 Там же.

20 В Латвии Европейская конвенция по правам человека СЕ имеет силу с 27 июня 1997 года.

21 Ч. 4 ст. 5 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод устанавливает, что «любое лицо, лишенное свободы задержанием или арестом, может обратиться в суд, незамедлительно принимающий решение о законности его задержания и решающий освободить его, если задержание не было законным», <http://www.coecidriga.lv/tulkojumi/Konvencijas/5.htm> (последний просмотр 02.07.2006)

Комиссар по правам человека СЕ²², указывали в своих сообщениях. Также и СРТ после визита 1999 года отмечал, что «процедура, в соответствии с которой пациенты помещаются в психиатрическую лечебницу, должна быть дополнена соответствующими гарантиями, обеспечивающими, что решение о помещении в лечебницу принимается объективно и без личной заинтересованности – а также на основании объективной медицинской экспертизы»²³.

ЛЦПЧ констатировал во всех психоневрологических больницах, что в статистических данных больниц не регистрируются и не отделяются данные о добровольных пациентах и тех лицах, которые госпитализированы против собственной воли. Следовательно, невозможно судить, сколько пациентов лечится против собственной воли. На эту проблему уже указывал СРТ во время своего первого визита в Латвию²⁴, в результате которого в больницах, правда, были введены штампы, с помощью которых в истории болезни пациента указывается, согласен ли он лечиться добровольно или госпитализирован неотложно. Однако эта информация не отражается в общей статистике учреждения, а также в ежегодниках ГАДЗ, поскольку эти данные не запрашиваются у учреждений. Опубликовано в июне 2006 года сообщение ВОЗ о Латвии также указывает на отсутствие подобных данных²⁵.

ЛЦПЧ констатировал, что отсутствуют единые указания или нормативные акты, в которых устанавливался бы единый порядок приема в ПНБ против воли пациента. В настоящее время каждое учреждение само определяет порядок приема, поэтому он в каждом учреждении отличается. В Латвии не различается госпитализация против воли пациента и лечение против воли пациента. Обычно в учреждениях добровольных пациентов просят подписаться о согласии на лечение. Некоторые пациенты, интервьюированные ЛЦПЧ, отмечали, что им не объясняли, по какому поводу надо расписаться.

При сравнении ПНБ с одинаковыми функциями в трех различных регионах установлены различия в порядке приема и его документировании:

22 Council of Europe, Report by Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, on His Visit to Latvia, 5-8 October 2003, Strasbourg, 12 February 2004, CommDH(2004)3, p.14 and p.18, <https://wcd.coe.int> (02.07.2006)

23 Report of COE Committee for the Prevention of Torture, visit to Latvia in 1999, <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf> (последний просмотр 02.07.2006)

24 Report of COE Committee for the Prevention of Torture, visit to Latvia in 1999, <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf> (последний просмотр 02.07.2006)

25 WHO-AIMS Report on Mental Health System in Latvia, WHO and Ministry of Health, Riga, Latvia, 2006, cc. 26 и 53.

Учреждение	Порядок помещения в стационар против воли пациента
Даугавпилсская ПНБ	<p>1) О согласии лечиться пациент подписывается на специальном штампе «Пациент на госпитализацию согласился...», который ставится в истории болезни.</p> <p>2) Если пациент не согласен, в истории болезни ставится другой штамп: «Неотложная госпитализация согласована со ст. 68 «Закона о лечебной деятельности».</p> <p>Пациент нигде не должен подписываться.</p> <p>3) Врач дает пациенту специальный бланк, где объясняются основные права пациента, госпитализированного в неотложном порядке, пациент знакомится с этим бланком, подписывает его, и он вклеивается в историю болезни пациента.</p> <p>4) В течение 3 дней происходит консилиум.</p>
Елгавская психоневрологическая больница «Гинтермуйжа»	<p>Пациент подписывается о согласии в истории болезни на специальном штампе «Согласен на помещение в стационар, – подпись пациента, число. – С правилами внутреннего распорядка ознакомился».</p> <p>Решение консилиума записывается в историю болезни пациента. Если пациент не согласен на лечение, специальный штамп остается пустым, это регистрируется в журнале комиссии врачебного контроля. В каждом отделении есть журналы КВК, пациента также знакомят с решением КВК и информируют, что можно обращаться в MADEKKI.</p>
Психоневрологическая клиника «Приморской больницы»	<p>Пациент подписывается в истории болезни о своем согласии. Если же не согласен, то нигде не подписывается. В течение 72 часов организуется консилиум, рассматривающий 1) правильно ли помещен пациент и 2) надо ли продолжать лечить пациента.</p> <p>Для решения консилиума, по рекомендации MADEKKI, разработаны специальные бланки, которые вклеиваются в историю болезни.</p>

Если пациент принимается в ПНБ против своей воли, то, согласно Закону о лечебной деятельности, в течение 72 часов созывается консилиум врачей-психиатров, принимающий решение о дальнейшем лечении пациента. В соответствии с Законом о лечебной деятельности, пациента следует информировать о решении консилиума. Латвийские нормативные акты, правда, не предусматривают более детального регулирования, устанавливающего, как должно происходить информирование пациента о решении консилиума, например, устно или письменно. Важно добавить, что и здесь существует стабильная практика Европейского суда по правам человека, определяющая, что пациента в момент задержания надо информировать о причинах задержания. Аналогично следовало бы информировать и о решении консилиума. В Латвии до сих пор нет однозначного мнения и соответствующей практики по поводу того, следует ли считать решение консилиума административным актом или нет, и тем самым, может ли пациент обжаловать решение консилиума в административном суде или нет. Во всяком случае если решение консилиума считается административным актом, то сомнительна законность всех консилиумов, состоявшихся с 1 февраля 2004 года (когда вступил в силу Закон об административном процессе), потому что решения консилиума в настоящее время не составляют в соответствии с требованиями административного акта,

согласно которым должна указываться возможность для пациента обжаловать решение. Копия решения должна выдаваться пациенту на руки.

В настоящее время обжаловать решение консилиума пациент не может. Он может только обратиться в МАДЕККИ, которая, согласно закону Порядок рассмотрения заявлений, жалоб и предложений в государственных институциях и институциях самоуправления, должна дать ответ, в зависимости от объема проверки, в течение 15-30 дней. Представляя пациентов, ЛЦПЧ встречался на практике со случаями, когда МАДЕККИ требовалось 4 месяца для рассмотрения жалоб о госпитализации против воли пациента, поэтому возможность обжаловать в МАДЕККИ госпитализацию против воли пациента нельзя считать реальным и достаточно эффективным механизмом контроля за порядком помещения в ПНБ.

Неэффективность МАДЕККИ в контроле за порядком помещения в ПНБ наглядно доказывает персональное дело N., попавшее в поле внимания ЛЦПЧ:

N. 22.04.2003 была помещена в Лиепайскую психоневрологическую больницу (ныне Приморская больница) против ее воли в следующих обстоятельствах: 22.04.2003 судебный исполнитель проводила принудительное выселение N. из нанимаемой ею квартиры в Лиепаве. В начале выселения N. в квартире не было. Когда она появилась, выселение уже началось и в квартире находилось несколько неизвестных ей людей, что вызвало у N. эмоциональную реакцию. Сотрудники полиции самоуправления вызвали бригаду неотложной медицинской помощи (НМП), чтобы доставить N. в Лиепайскую ПНБ. По приезде бригада НМП констатировала, что N. рассержена и перенервничала, но поскольку агрессивности и каких бы то ни было показаний для помещения в ПНБ констатировано не было, отказалась везти N. в больницу. После отъезда бригады НМП сотрудники Лиепайской полиции самоуправления, силой посадив N. в полицейскую машину, сами отвезли ее в Лиепайскую ПНБ. В приемном отделении больницы дежурный врач оформил прием N. в больницу, откуда ее выписали только через три месяца – 07.08.2003. После выписки из больницы N., пытаясь вернуть свои права на квартиру, неоднократно обращалась с просьбами в государственные учреждения, учреждения самоуправления и суды. В отдельных случаях N. угрожали, что ее упорное обращение с жалобами и просьбами может закончиться принудительным возвращением в ПНБ. Подобные же угрозы были выражены N. и при решении бытовых конфликтов во время проживания в Ночном приюте города Лиепавы. Во время одного из таких конфликтов 04.08.2004. была вызвана полиция, и полицейские доставили N. в Лиепайскую ПНБ против ее

воли. Согласие пациентки остаться в больнице было получено только на следующий день.

По поводу обоих фактов помещения в ПНБ 4 апреля 2005 года N. подала жалобу в МАДЕККИ, которая 28 июля 2005 года дала заключение, что помещение N. в больницу против ее воли было клинически не обоснованным и нарушает требования Закона о лечебной деятельности²⁶. Так как МАДЕККИ после проведенной экспертизы усмотрела в деле признаки преступного деяния²⁷, инспекция передала материалы по делу N. Лиепайской городской прокуратуре для оценки. Несмотря на то, что 16.08.2005 Управление полиции города и района Лиепайи возбудило уголовное дело о незаконном помещении в психиатрическую лечебницу и 27.09.2005. приняло решение, по которому в действиях дежурного врача Лиепайской ПНБ были констатированы признаки преступного деяния, предусмотренные в ст. 155 Уголовного закона, в тот же день было принято решение о прекращении уголовного дела в связи с истечением срока давности.

В отношении документирования решений консилиума следует положительно оценить введенную в Приморской больнице по рекомендации МАДЕККИ специальную форму для решений консилиума. Однако недостатком является то, что пациенту не выдается экземпляр решения консилиума и в бланке не указывается хотя бы возможность обратиться в МАДЕККИ с жалобой.

В качестве хорошего примера надо отметить также информирование пациента, госпитализированного против его воли, о его правах, реализуемое в Даугавпилсской ПНБ. Администрация больницы ввела форму, при помощи которой пациенты, задержанные в порядке ст. 68 Закона о лечебной деятельности, информируются об их правах. Во время приема пациент знакомится с информацией, подписывается об ознакомлении с ней, и форма присоединяется к истории болезни пациента. ЛЦПЧ считает, что если информация предназначена для информирования пациента о его правах, то пациент должен получать второй оригинал, поскольку маловероятно, что пациент сможет сохранить в памяти всю информацию, в получении которой расписался. Как недостаток правовой формы можно оценить то, что здесь не указаны учреждения вне больницы (МАДЕККИ и ГБПЧ), куда можно обратиться за помощью. С точки зрения прав человека сомнительно и указание, что пациент не должен писать письма лицам, не желающим их получать, и обещание не отправлять такие письма, если они будут написаны.

26 Заключение МАДЕККИ от 28 июля 2005 года об обоснованности помещения N. в Лиепайскую психоневрологическую больницу №7-25-V-285

27 Согласно ст. 155 Уголовного закона о незаконном помещении в психиатрическую лечебницу.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ООО «ДАУГАВПИЛССКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦАЛ. ДАРЗА 62**

**ВАШИ ПРАВА, ГАРАНТИРОВАННЫЕ ст. 68 ЗАКОНА О ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 1997 г.
(памятка пациенту, госпитализированному в порядке неотложной
госпитализации)**

Имя, фамилия, персональный код пациента _____

Дата и время госпитализации _____

Врач, направивший в порядке неотложной госпитализации,

Вы были госпитализированы в эту больницу по направлению врача, чтобы больничные врачи могли определить, в чем дело и как Вам помочь.

Вы можете быть задержаны здесь в течение 71 часа (до 3 суток). Вам не следует покидать отделение, не получив разрешения врача. При попытке уйти из больницы без разрешения Вас может задержать обслуживающий персонал. Если Вы все-таки уйдете из больницы, Вас доставят обратно. Все это легализовано соответствующими инструкциями.

Лечение: Ваш врач разъяснит Вам все методы лечения, которые будут применены. Лишь в исключительных случаях (о чем Вы будете информированы) лечение будет проходить без Вашего согласия.

Переписка: Все письма, приходящие на Ваше имя, будут переданы Вам без их вскрытия. Вы можете также писать письма любому лицу, кроме тех лиц, которые не желают их получать. Если Вы, зная об этом, тем не менее будете писать письма этим лицам, такие письма не будут отправлены по почте.

Если у Вас будут жалобы или вопросы по поводу обслуживания, Вы можете обращаться к дежурной медсестре, к лечащему врачу или к реабилитационной медсестре. Если их ответ Вас не удовлетворит, Вы можете письменно, конфиденциально обратиться по адресу:

Заместитель председателя правления Вадим Кулаков

Л.Дарза 62, Даугавпилс, LV-5417

О Вашей неотложной госпитализации будет сообщено по телефону или письменно Вашим ближайшим родственникам.

Администрация больницы

Более упорядочены законодательство и практика в сфере принудительного лечения нарушителей закона с психическими отклонениями, что регулируется Уголовным законом, принятым в 1998 году, и Законом об уголовном процессе, принятым в 2005 году. Согласно ст. 68 Уголовного закона решение о применении принудительного средства медицинского характера к лицам, совершившим преступное деяние, но страдающим от психических нарушений и признанным невменяемыми или ограниченно вменяемыми, принимает суд. Суд также по рекомендации врачей-экспертов определяет, следует ли применять принудительное средство медицинского характера амбулаторно, в психиатрической больнице общего типа или в специализированной психиатрической больнице (отделении) сохранной (в Латвии есть только одно такое отделение – структурное подразделение ГАДЗ в Риге, на улице Лактас)²⁸. Согласно Закону об уголовном процессе (28.09.2005)²⁹ если в отношении лица исчезла необходимость применять установленное судом принудительное средство медицинского характера, потому что данное лицо выздоровело или состояние его здоровья изменилось другим образом, руководитель лечебного учреждения, в котором это лицо лечилось, на основании заключения врачебной комиссии, может предложить суду отменить или изменить определенное принудительное средство медицинского характера. Эту просьбу может подать также прокурор, само лицо или же законный представитель лица, супруг или другие близкие родственники. Если в течение года не представлена просьба об отмене или изменении принудительного средства медицинского характера, суд рассматривает этот вопрос по своей инициативе.

Во время визитов ЛЦПЧ в основном слышал положительные отзывы о работе судов, которая заметно улучшилась после вступления в силу нового Закона об уголовном процессе. Тем не менее ЛЦПЧ получил также информацию о проблемах с отменой принудительного средства медицинского характера:

В больнице находится недееспособный пациент, лечащийся в ней 20 лет. Лечение уже не является необходимым для пациента. Учреждение трижды информировало об этом суд. Попечитель пациента (отец) умер, и сиротский суд не может найти другого попечителя, потому что мать пациента живет в Эстонии и не желает стать попечителем, дети же живут в Литве и тоже не хотят стать попечителями. Поэтому суд уже два года отказывается принимать решение о прекращении применения принудительного средства

28 Ст. 68 Уголовного закона, принят 17 июня 1998 года, вступил в силу 01.04.1999 http://www.latvijasvestnesis.lv/index.php?menu_top=TA&menu_left=TA&menu_body=KDOC&id=88966 (последний просмотр 02.07.2006)

29 Ст. 607 Закона об уголовном процессе – об основании отмены или изменения принудительных средств медицинского характера, принят 21 апреля 2005 года, в силе с 01.10.2005, http://www.latvijasvestnesis.lv/index.php?menu_top=TA&menu_left=TA&menu_body=KDOC&id=107820 (последний просмотр 02.07.2006)

медицинского характера, хотя больница считает, что по медицинским показаниям пациента следует освободить. По мнению персонала больницы, пациенту можно было бы восстановить дееспособность. Суд требует от больницы гарантировать, что пациент не опасен для себя самого и окружающих и что у него будет постоянное место жительства (хотя в настоящее время пациент прописан в больнице). До того как пациенту было предписано принудительное лечение, он совершил 2 убийства, и больница не может дать гарантии о действиях пациента в будущем. Руководство больницы считает, что брать на себя ответственность в подобных случаях не входит в компетенцию больницы, таким образом, по нерешительности суда пациент продолжает содержаться в больнице.

Бытовые условия пациентов

Так как на уровне КМ все еще не приняты Обязательные гигиенические требования для больниц, при изучении бытовых условий в учреждениях в основном приходится опираться на стандарты СРТ, который обращает внимание на условия в палатах, надзираемых помещениях, гигиенических помещениях, возможности пациента попасть на свежий воздух – на прогулки. В отношении общих бытовых условий СРТ в своем руководстве указывает, что пациенту должна быть обеспечена положительная терапевтическая среда – соответствующее питание, температура, освещение, одежда и лечение.

Мониторинговая команда ЛЦПЧ констатировала во время визитов, что бытовые условия отличаются не только во всех учреждениях, но и в пределах одной больницы. Например, в Психоневрологической клинике Приморской больницы произведен ремонт в помещении дневного стационара и администрации, в то время как несколько помещений находится в катастрофическом состоянии. При посещении отделений в некоторых местах в стенах были замечены дыры величиной с кулак.

Во многих местах учреждения пытались произвести в отдельных отделениях ремонт, снизив количество коек в палатах (Стренчи, Акнисте, ГАДЗ). Несмотря на то, что СРТ отметил, что практика, когда 15-20 пациентов содержится в палате, не является терапевтической и должна быть устранена, и хотя в психоневрологических больницах Латвии в целом заметен прогресс, во многих местах все еще наблюдается перенаселенность. Самое большое количество коек в одном помещении – в детских отделениях больниц, это обосновывается утверждением, что дети в больших группах чувствуют себя комфортнее. В Айнажской ПНБ во время визита ЛЦПЧ наибольшее количество коек было 18, а наименьшее – 10 коек в палате. Во всех больницах, где лечатся взрослые, наибольшее (14) и наименьшее (2) количество коек в комнатах сходно.

Данные опроса пациентов психоневрологических больниц, проведенного ЛЦПЧ в сотрудничестве с Объединением психиатрических сестер Латвийской сестринской ассоциации, показывают, что 27%, или 70 из 266 проинтервьюированных пациентов, в палате недоступно все необходимое в быту (например, тумбочка для личных вещей, ночная лампочка). Большинство пациентов отметило, что помещения в отделении чисто убраны (92%) и проветрены (95%)³⁰. ЛЦПЧ убедился, что во многих учреждениях в гигиенических помещениях не обеспечена приватность. В опубликованном в мае 2003 года мониторинговом сообщении ЛЦПЧ информировал о проведенном Даугавпилсской ПНБ Ремонте гигиенических помещений при финансовой поддержке клуба Львов. Несмотря на проведенный евроремонт, ни в одном из туалетных помещений нет простенков. Ситуация не улучшилась и во время повторных визитов в Даугавпилсскую ПНБ в октябре 2003 и мае 2006 года. К тому же больница на полученное государственное финансирование для ремонта отделения, выгоревшего во время пожара 2003 года, отремонтировала палаты и гигиенические помещения, снова не сделав простенков или ширм между унитазами туалета. При этом в момент последнего визита ЛЦПЧ в недавно отремонтированном отделении царил очень сильный и нестерпимый запах мочи.

В Стренчской ПНБ также в одном из посещенных ЛЦПЧ отделений в туалете не было устроено ни отдельных кабин с дверьми, ни простенков. На рекомендацию ЛЦПЧ в будущем позаботиться об обеспечении приватности в гигиенических помещениях заведующая отделением ответила, что это невозможно из-за особого контингента пациентов и что ЛЦПЧ не понимает специфики психиатрической лечебницы. В то же время прогресс наблюдался в Акнистской ПНБ, где во время октябрьского визита 2004 года ЛЦПЧ указал персонажу на отсутствие простенков в туалетах и душевых помещениях. Во время визита 2006 года у ЛЦПЧ была возможность убедиться в нескольких осуществленных улучшениях по обеспечению приватности в гигиенических помещениях Акнистской ПНБ.

По большей части руководство учреждений оправдывает необеспеченность приватности в гигиенических помещениях недостатком финансирования. Поэтому учреждениям рекомендуется при планировании и проведении ремонтных работ прежде всего продумать бытовые условия пациентов и улучшение ситуации с правами человека, особенно принимая во внимание планируемое в будущем объемное финансовое вложение в ремонтные работы в больницах, что будет реальной возможностью существенно улучшить бытовые условия пациентов и, надо надеяться, позволит также обеспечить приватность в гигиенических помещениях учреждений.

30 Данные из исследования потребностей пациентов, проведенного Латвийским центром по правам человека в июле-августе 2005 года, которое публикуется в отдельном издании.

Медицинское обслуживание

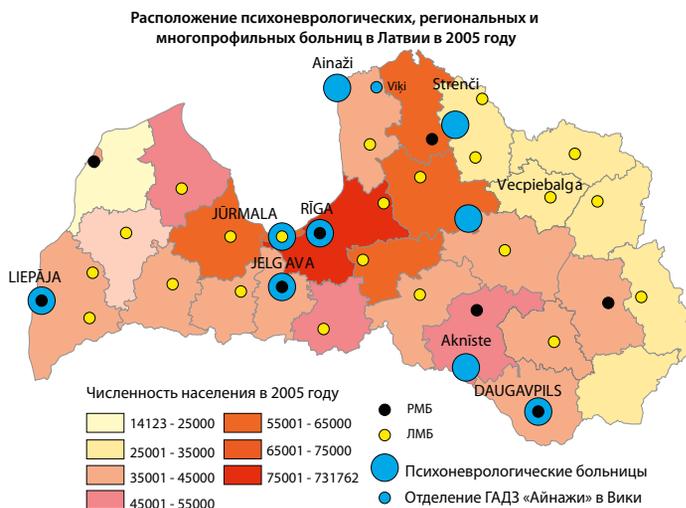
Таблица 3 – Доступ к технологиям, необходимым для лечения, их использование и благоустройство лечебной среды

Больница Показатель	АЙН	ВЕЦП	АКН	СТР	ПРИМОР	ГАДЗ	ГИНТ	ДАУ
Распределение пациентов стационара по отделениям по:	возрасту	полу	нарушениям	полу и нарушениям	возрасту и нарушениям	полу, месту жительства и нарушениям	возрасту, нарушениям, частично полу	возрасту, нарушениям и частично полу
Наибольшее количество коек в помещении	18	5	12	14	8	14	14	14
Наименьшее количество коек в помещении	10	2	4	2	2	2	2	4
Преобладающие режимы обслуживания	надзорный	открытых дверей	открытых дверей	все	все	все	все	все
Помещения строгого надзора (изоляционные помещения)	нет	2 с видеонаблюдением, общие туалеты	нет (возможность оборудовать 5 коек)	8 с постами и своими туалетами	2 с постами и общими туалетами	16 с постами и 2 помещения с общими туалетами	специальных помещений нет, оборудуют по необходимости	9 с постами и общими туалетами
Средства фиксации	фиксирующие бинты и 2 стула	нет	компл. фиксирующих бинтов в остром отд.	комплекты фиксирующих бинтов	комплекты фиксирующих бинтов	комплекты фиксирующих бинтов	комплекты фиксирующих бинтов	2 комплекта бинтов во взрослом отд.
Использование ЭКТ	нет	нет	нет	нет	1995 г.	нет	2004 г.	2005 г.
Количество случаев перевода в соматический стационар (вызовы НМП)	нет сведений	3-5 в год	1 х в год	3-4 х в месяц	2-3 х в месяц	8-12 х в месяц	4 х в месяц	4-6 х в месяц

Наиболее частое место лечения соматических заболеваний	Детская клиническая университетская больница	Цесисская больница	Екабпилс-ская больница и консультации спец. в Риге, Даугавпилсе	Валмие-рская, Валкская, Гулбенская больницы	Онкологи-ческая клиника, Лиепайс-кая больница	другие рижские и специали-зированные боль-ницы	Елгавская гор. больница, специализи-рованные больницы	Даугавпи-лсская гор. б-ца, специали-зированные больницы
Требование поста при переводе в другие больницы	нет необходимости	нет необходимости	обеспечи-вает больница	нет необходи-мости	нет сведений	нет необходи-мости	обеспечи-вает больница	обеспечи-вает больница

Пространственную доступность услуг стационарного психиатрического медицинского обслуживания в Латвии следует оценить как удовлетворительную, но для населения двух латвийских территорий ее можно оценить как затрудненную. В восточной части Латвии – регионах Латгалии и Видземе – для жителей Лудзенского, Балвского, частично Резекненского районов и Алуксненского, Гулбенского районов, а также в северной части Курземского региона – для жителей Талси и частично Вентспилса. На этих территориях, находящихся на расстоянии более 70 км от психоневрологических больниц, где для их достижения автотранспортом надо потратить более часа, проживает примерно 11% населения Латвии. При этом в Латвии слабо развит выбор амбулаторного обслуживания или услуг, опирающихся на общество. Минимум, сегодня обеспечиваемый государством, – это амбулаторные районные психиатры, тем самым стационарная медицинская помощь для пациентов, особенно в деревне, зачастую является единственной возможностью. Дневные центры ухода для лиц с нарушениями психического здоровья доступны только в Риге и Елгаве. Таким образом, в перечисленных выше районах, где для жителей затруднена доступность стационара, недоступны и услуги, опирающиеся на общество.

Существенно важна доступность в стационарном психиатрическом медицинском обслуживании детей, потому что возможность частой встречи детей с родными имеет особое значение. В каждом из регионов Латвии есть одно учреждение, оказывающее стационарные психиатрические услуги детям, но так как больница в Айнажи имеет специфические функции в стране, в худшей ситуации, с точки зрения доступности, находится стационарное психиатрическое обслуживание детей в Видземском регионе.



Внимание к условиям лечения подростков было привлечено во время первого визита СРТ в 1999 году, когда была посещена Рижская ПНБ, получившая после визита замечание СРТ на месте, что «необходимо перевести всех пациентов моложе 16 лет из взрослых психиатрических отделений и поместить их в место, специально предназначенное для несовершеннолетних». Эти замечания на месте в адрес Рижской ПНБ зафиксированы также в письме президента СРТ от 12 февраля 1999 года латвийским властям. СРТ рекомендовал также **«латвийским институциям власти обеспечить, чтобы те несовершеннолетние, которым необходима психиатрическая помощь, содержались в Латвии во всех психиатрических институциях отдельно от взрослых пациентов»³¹.**

Во время визитов ЛЦПЧ также констатировал, что пациенты в подростковом возрасте (16-18 лет) время от времени лечатся почти во всех психоневрологических стационарах и нередко помещаются в определенные администрацией отделения стационара для взрослых. В этих отделениях подростки не отделены от взрослых пациентов, но, по возможности, создаются условия, ограничивающие их контакт со взрослыми пациентами. Например, в отделениях Даугавпилсской ПНБ кровати подростков расположены в одном помещении. Разграничение подростков и взрослых не может быть полностью реализовано из-за расположения помещений, нехватки санитарно-гигиенических помещений, плотности пациентов и недостатка в отделениях обслуживающего персонала. Обслуживающий персонал в отделениях информирован о требованиях к пребыванию подростков.

31 Report of COE Committee for the Prevention of Torture, visit to Latvia in 1999, <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf> (последний просмотр 02.07.2006)

Распределение пациентов по отделениям больниц отличается почти в каждой больнице. В психоневрологических больницах, оказывающих неотложную психиатрическую помощь, распределение ведется преимущественно по двум критериям – месту жительства больного и ведущим психическим нарушениям. В 3 больницах – Вецпиебалгской, Стренчской и ГАДЗ (за исключением отделения невротозов) – нет отделения смешанного типа, где одновременно могли бы лечиться мужчины и женщины. В большинстве больниц отделения смешанного типа расцениваются как преимущество, однако из-за недостатка гигиенических помещений эта возможность не может быть реализована. На основании ведущих психических нарушений больных во всех больницах обеспечиваются лечебные режимы различных степеней надзора. Только в двух больницах существует режим открытых дверей, а в обоих отделениях детской психоневрологической больницы «Айнажи» обеспечивается режим строгого надзора.

Лечение любого пациента включает составление плана лечебных и реабилитационных мероприятий, который, по мере возможности, согласуется с пациентом или же пациент информируется об этом. В большинстве случаев руководители лечебных учреждений объясняли в интервью, что лечебно-реабилитационные планы составляются, но из-за большой занятости врачей они «не на бумаге, а в голове». По мере возможности, они обсуждаются с пациентами, или же с ними знакомят пациентов, которые этим интересуются. Всех пациентов отделения побуждают соблюдать определенный распорядок отделения. Пациентам во время стационарного лечения назначаются дифференцированные лечебные режимы, в большинстве больниц они следующие: строгий надзор, надзор с ограничениями свободы пациента различной степени и свободный режим. Тем, кому назначен режим строгого надзора, обычно помещаются и должны находиться в помещении надзора за пациентами или в изоляционном помещении. В пяти из 8 обследованных больниц имеются отделения, в которых оборудованы помещения строгого надзора (изоляторы), и только в двух стационарах (в ГАДЗ и Стренчи) изоляционные помещения имеют отдельные туалетные помещения. Использование общих туалетных помещений для пациентов режима строгого надзора связано с повышенным риском происшествий. Чтобы его уменьшить, необходим резервный персонал надзора для замены сотрудников, выполняющих обязанность проводника одного пациента. В двух из обследованных больниц (Елгавской и Акнистской) помещения строгого надзора в отделениях нет, но в случае необходимости они могут быть созданы размещением поста надзора в каком-нибудь из помещений для пациентов отделения, более подходящем по размеру и расположению. В Айнажской психоневрологической больнице в связи со спецификой состава больных режим строгого надзора обеспечивается для всех пациентов во всех помещениях пребывания пациентов.

Надзорные режимы более легкого характера связаны с ограничением перемещения пациентов в пределах отделения, надзор за ними обеспечивают отделения. Этот надзорный режим используется почти во всех больницах, а обеспечивает его персонал отделения и запертые выходные двери отделения. Если по состоянию здоровья больного нет необходимости в применении режима надзора, используется свободный лечебный режим.

Средства физического ограничения

В отдельных случаях при особых и выраженных нарушениях поведения используется фиксация больных фиксирующими бинтами и фиксирующими, сплошь набитыми ватой креслами на колесах (Айнажская ПНБ). В учреждениях в основном используются самодельные средства фиксации, зачастую непрофессионально изготовленные, увеличивающие стигматизацию. В Латвии нет единой регуляции случаев фиксации и изоляции. Это объясняет, почему в учреждениях, исполняющих одинаковые функции, используются различные правила лишения свободы. В Законе о лечебной деятельности нет нормы, прямо делегирующей персоналу право производить фиксацию или изоляцию лица, за исключением ст. 68, определяющей случаи, когда можно производить амбулаторное или стационарное обследование и лечение против воли больного. Сейчас единственным основанием для фиксации и изоляции следует считать то, что в базе данных медицинских технологий Государственного агентства статистики и медицинских технологий (ГАСМТ)³² в качестве технологии, используемой в психиатрии, закреплена механическая фиксация пациента³³. К сожалению, более детальное описание конкретной технологии недоступно, поскольку во время ее утверждения не было соответствующего нормативным актам требования – представлять для утверждения также описание этой технологии. Только СРТ в 1999 году обратил внимание на то, что в Рижской ПНБ нет письменного порядка фиксации³⁴, и только после визита ГАДЗ (бывший Центр психиатрии) разработало методические рекомендации по ограничению пациентов и физических движений экспертируемых пациентов, перенятые и другими учреждениями. Тем не менее во время визитов ЛЦПЧ не обнаружила письменного положения о порядке фиксации в Приморской клинике и в Айнажской ПНБ. Государство также не установило

32 Утвержденные в Латвии медицинские технологии, согласно правилам КМ №386от 31 мая 2005 года, <http://www.vsmmtva.gov.lv/v/lv/datubazes/datubazes/tehnologijas/index.aspx> (последний просмотр сайта 02.07.2006)

33 Точное название технологии – Психиатрические технологии в стационаре - 9.4. "Оказание неотложной психиатрической помощи пациенту в случае психомоторного возбуждения: медикаментозный метод механических фиксаций пациента".

34 Report of COE Committee for the Prevention of Torture, visit to Latvia in 1999, <http://www.cpt.coe.int/documents/lva/2001-27-inf-eng.pdf> (последний просмотр 02.07.2006)

законом, что отдельные учреждения могут издавать правила изоляции самостоятельно, на основании распоряжения руководителя учреждения. ЛЦПЧ считает, что необходимо издать нормативно-правовой акт, предусматривающий регулирование использования средств фиксации и процесса изоляции, а также оборудование изоляционного помещения.

В настоящее время во всех обследованных больницах лечебные режимы и их смену определяет психиатр, делая об этом записи в истории болезни. Фиксация пациентов производится в соответствии с назначением психиатра, и по поводу каждого случая фиксации составляется соответствующий протокол, присоединяемый к истории болезни. В одном из отделений Стрэнчской психоневрологической больницы интервьюируемая медсестра отделения не была информирована о необходимости присоединения протокола фиксации и хранения его вместе с историей болезни пациента. В этом же отделении в помещении строгого надзора оборудован изоляционный бокс с койкой и запираемыми дверями, существенно ограничивающий свободу пациента. Пребывание там можно было бы приравнять к фиксации пациента. Персонал отделения не мог предъявить никаких документов о правилах использования данного изоляционного бокса. ЛЦПЧ дал рекомендацию на месте администрации Стрэнчского ПНБ разработать письменное положение об использовании изолятора.

Руководители учреждений признали, что в последние годы фиксация используется сравнительно редко, потому что обычно воздействие медикаментов, введенных в виде инъекции, оказывается достаточным. Администрация Даугавпилсской ПНБ информировала ЛЦПЧ, что при необходимости бинтами фиксируются физически слабые и постинсультные пациенты, чтобы не допустить, например, «выпадения больного из кровати». Руководство Даугавпилсской ПНБ выразило мнение, что фиксирование физически слабых и инсультных больных к кровати не следует считать фиксацией и поэтому его использование не документируется, потому что «в таком случае половину пациентов 5-го и 10-го отделения больницы надо было бы регистрировать в журнале фиксации»³⁵. Тем не менее методические рекомендации, изданные Даугавпилсской ПНБ³⁶, устанавливают, что «фиксацию нельзя применять вместо надзора и ухода». Существующую практику подтверждает утверждение одной бывшей пациентки Даугавпилсской ПНБ, что во время ее лечения в отделении медсестры часто привязывали пациентов к стульям и кроватям, пока сами пили кофе³⁷.

35 Интервью ЛЦПЧ с заместителем председателя правления ГООО «Даугавпилсская ПНБ» Вадимом Кулаковым 15 мая 2006 года.

36 Методические рекомендации по ограничению физических движений пациентов, изданные по распоряжению №170 ГООО «Даугавпилсская ПНБ» от 19 сентября 2002 года.

37 Информация, устно сообщенная ЛЦПЧ пациенткой X. в июне 2004 года.

Электроконвульсивная терапия (ЭКТ) и доступность психотропных медикаментов

ЭКТ зарегистрирована в Латвии в качестве медицинской технологии в 2003 году³⁸, однако с 2002 года практически не используется. Руководители большинства посещенных учреждений считают, что в больнице не было больных с показаниями для использования ЭКТ. Если бы пациенты, которым необходима ЭКТ, и были, ее выполнение было бы почти невозможно из-за отсутствия как соответствующего оборудования, так и анестезиолога-реаниматолога.

Во время визитов ЛЦПЧ Даугавпилсская ПНБ была единственным учреждением, признавшим, что ЭКТ была применена сравнительно недавно – в 2005 году она использовалась 2 раза. Порядок проведения ЭКТ в Даугавпилсской ПНБ определяет «Методика производства электросудорожной терапии», утвержденная председателем правления 1 ноября 2004 года, которая определяет показания, противопоказания и частичные показания для производства ЭКТ, а также методику ее проведения. В то же время документ не определяет порядок того, следует ли и каким образом получать согласие пациента или его близких на проведение ЭКТ. По словам др. Кулакова, ЭКТ в больнице производится только после решения консилиума врачей-психиатров, в котором участвуют также терапевт и невропатолог, и процедура никогда не проводится без согласия пациента. Согласие бывает получено на курс ЭКТ как таковой, а не на каждый сеанс ЭКТ. Если пациент не находится в состоянии полного сознания, обязательно необходимо согласие родственника на избранный медицинский метод, в чем родственник расписывается в истории болезни. В сеансе ЭКТ участвует приглашаемый из Даугавпилсской городской больницы анестезиолог-реаниматолог, а также терапевт, психиатр и невролог Даугавпилсской ПНБ³⁹.

Жалоб по поводу доступности психотропных медикаментов в больницах со стороны руководства учреждений или пациентов во время визитов не было, однако в беседах с администрацией учреждений косвенно упоминалось, что в случаях, когда пациент при амбулаторной терапии получает лекарства, компенсируемые государством, финансовая доступность медикаментов при стационарном лечении оказывается ниже возможностей амбулаторного лечения. Если пациенты не имеют права получать необходимые для амбулаторного лечения компенсируемые государством медикаменты (в случаях органических, невротических, психогенных и др. нарушений), после лечения в больнице из-за дороговизны медикаментов пациенты не всегда могут их приобрести и продолжить начатое в больнице рекомендованное лечение. В Вецпиебалгской ПНБ отметили, что больнице трудно обеспечивать пациентов дорогими медикаментами нового поколения.

Иногда расходы на терапию оланзепином или антидепрессантами нового поколения, начатую в других ПНБ, высоки, а терапию надо продолжать, хотя больницы это и наносит финансовый ущерб.

Реабилитационные отпуска

Реабилитационные отпуска с 2000 года пациентам стационара запрещены, однако в интервью с руководителями всех больниц отмечалось положительное влияние реабилитационных отпусков на качество выздоровления, и руководители выражали мнение, что реабилитационные отпуска следовало бы восстановить. В больницах проблема запрета реабилитационных отпусков решается следующим образом:

- реабилитационные отпуска не используются;
- реабилитационные отпуска используются в порядке, установленном самим учреждением;
- реабилитационные отпуска используются редко, без установленного учреждением порядка.

Представитель администрации одного из посещенных ЛЦПЧ учреждений об отпусках: «Больничная касса считает, что пациента во время лечения надо изолировать от общества и семьи, но мы так не считаем, потому что важно, чтобы пациент и семья адаптировались друг к другу». Несмотря на запрет и на то, что Больничная касса уже налагала штраф за нарушение договорных обязательств и не оплачивала койко-дни, квалифицируя предоставление отпусков как нарушение договора, учреждение продолжает предоставлять пациентам отпуска. Учреждение практикует отправку пациентов в отпуск без указания в документах, что больной отправляется в отпуск. Больничная касса иногда во время проверок констатирует отсутствие пациента, сравнивая список пациентов отделения со списком, поданным больничной столовой, в который пациенты, находящиеся в отпуске, не включаются. Решение об отпуске может принять только лечащий врач, согласующий свое решение с заведующим отделением, и пациент исключается из списка на питание. Решение отмечается в истории болезни, но не в документации, направляемой в Больничную кассу. Больница в таких случаях берет на себя юридическую ответственность за пациента. Отпуска даются до 3 дней, особенно пациентам перед выпиской из стационара, чтобы можно было увидеть, сможет ли пациент дома удержаться на конкретной дозе лекарств»⁴⁰.

40 Данные интервью ЛЦПЧ во время визита в одну ПНБ. ЛЦПЧ сохраняет анонимность информатора во избежание потенциальных санкций против учреждения.

VOAVA в ответном письме ЛЦПЧ, объясняя свое мнение о реабилитационных отпусках, указывает, что «с точки зрения Агентства, вопрос не в принципиальном запрете т.н. реабилитационных отпусков, а в том, следует ли оплачивать сутки лечения в больнице, если пациент там не находится. Единственным имеющим силу документом являются упомянутые правила Кабинета министров⁴¹, а они такой ситуации не предполагают. В то же время Агентству неизвестен ни один имеющий силу нормативный акт, который определял бы, что такое реабилитационный отпуск, в каких случаях он применяется, насколько продолжительным может быть. Поэтому Агентство считает, что при уходе в т.н. реабилитационный отпуск больной должен быть выписан из больницы, а по возвращении из него – принят заново»⁴².

Смертность и расследование случаев смерти

Во время мониторинговых визитов ЛЦПЧ обратил также внимание на показатели смертности и расследование случаев смерти в учреждениях. С точки зрения прав человека, надо было бы расследовать каждый случай неясной смерти. По представленным учреждениями сведениям, более высокая, чем в других учреждениях смертность в 2005 году была в Даугавпилсской ПНБ. Администрация учреждения объяснила высокий показатель тем, что в больнице имеется два гериатрических отделения, в которых 80% пациентов старше 60 лет. Аутопсии в Даугавпилсской ПНБ производятся редко, и с 2003 по 2005 год ни одна аутопсия не производилась. В отличие от всех посещенных учреждений, Акнисткая ПНБ информировала, что всем пациентам моложе 60 лет или в случаях внезапной смерти аутопсия производится, что следует оценить положительно. Аутопсия не производится в случаях, когда пациент умирает в результате длительной болезни⁴³.

Во многих учреждениях аутопсии производятся, если случай смерти пациента не ясен. На аутопсию необходимо согласие близких, получение которого часто проблематично, поскольку они не хотят давать разрешение. В отдельных случаях мнения родственников о производстве аутопсии противоположны, что усложняет проблему. ЛЦПЧ констатировал, что в нескольких больницах существует порядок, согласно которому родственники заявлением выражают свою волю – не производить аутопсию. В заявление включается

41 Правила Кабинета министров №1036 от 21 декабря 2004 года "Порядок организации и финансирования здравоохранения".

42 Ответное письмо VOAVA И.Леймане-Велдмейере №2820 "О расчете койко-дней для пациентов психоневрологических больниц".

43 Интервью ЛЦПЧ с председателем правления БОГООО «Акнисткая ПНБ» Натой Гайбишели и главной сестрой Леонардой Клинтс 7 марта 2006 года.

гарантия, что родственники не будут предъявлять претензий и в дальнейшем. В соответствии с информацией, представленной учреждениями, преимущественно диагноз случаев смерти и их обстоятельства ясны и лечебный персонал учреждения заполняет все необходимые документы без аутопсии.

Право ознакомления с историей болезни

В отношении права пациента на ознакомление со своей историей болезни и информирование о поставленном диагнозе, применяемом лечении и медикаментах, что неоднозначно оценивается в Латвии лечебным персоналом, во всех посещенных учреждениях администрация информировала, что пациенты очень редко проявляют интерес к записям в их истории болезни и диагнозу. Вецпиебалгская ПНБ информировала, что пациенты иногда интересуются, какая терапия им назначена. В таких случаях врач или медицинская сестра объясняет это⁴⁴. Стренчская ПНБ утверждала, что не отказывает пациентам в информации, относящейся к состоянию их здоровья (эпикризу), но пациенту не показываются записи, включающие информацию, данную о пациенте третьим лицом. В Стренчской ПНБ был один случай, когда по распоряжению MADEKKI пациенту была выдана копия истории болезни⁴⁵. И в ГАДЗ также был один случай, когда пациенту скопировали всю историю болезни. Если пациент хочет познакомиться с документами, он пишет заявление, в котором указывает, хочет ли он знать только диагноз или же желает получить копию всей истории болезни. На основании заявления пациенты могут получить и копии решений консилиумов. ГАДЗ отказывает только в случаях судебной психиатрии. Во время интервью ГАДЗ отметило, что отсутствуют правила, в которых было бы оговорено, какая информация в отношении третьих лиц (давших информацию о пациенте) может быть разглашена пациенту и каким образом⁴⁶. ЛЦПЧ положительно оценивает практику, введенную ГАДЗ по рекомендации MADEKKI, помещать информацию, предоставленную третьими лицами, в конверт с надписью – КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – и приклеивать его на внутреннюю сторону задней обложки истории болезни пациента. Если пациент хочет получить информацию из своей истории болезни, ему копируют запрошенную информацию за исключением содержания конверта⁴⁷. В то же время администрация Даугавпилсской ПНБ, в отличие от других больниц, отметила,

44 Интервью ЛЦПЧ с директором Вецпиебалгской ПНБ Гунарсом Килдишсом и социальным работником Маритой Озолой 15 февраля 2005 года.

45 Интервью ЛЦПЧ с председателем правления Стренчской ПНБ Виталием Родиным, заместителем председателя правления Андрисом Арайсом и главной медицинской сестрой Екатериной Еремеевой.

46 Интервью ЛЦПЧ с руководителем департамента лечебных услуг ГАДЗ др. Киеце и главной медицинской сестрой Инарой Линтмане.

47 Там же.

что пациенты могут познакомиться с результатами анализов и других обследований, но не с анамнезом болезни и психическим состоянием, потому что больница имеет право не показывать пациенту информацию, которая может ухудшить состояние его здоровья. Администрация больницы считает, что копии истории болезни следует выдавать только в порядке, предусмотренном ст. 50 Закона о лечебной деятельности, – суду, прокуратуре и др. учреждениям, но не самому пациенту⁴⁸.

Соматическая медицинская помощь

В тех случаях, когда пациентам психиатрических больниц необходима стационарная помощь другого профиля, больные из психоневрологических больниц переводятся в региональные, локальные многопрофильные или специализированные больницы. Обычно перевод больных обеспечивают бригады неотложной медицинской помощи, его частота колеблется от 2 до 12 раз в месяц в зависимости от необходимости. Расстояние до ближайшей соматической больницы у четырех психоневрологических больниц не превышает 50 км, а четыре психоневрологических больницы находятся в одном городе с соматическими больницами, поэтому на процесс перевода расстояние не влияет. Отдельные соматические больницы требуют предварительной связи между больницами о случаях перевода, и часто приходится преодолевать сопротивление переводу со стороны соматических больниц. При приеме переведенных пациентов соматические стационары требуют от трех психиатрических больниц обеспечить пост наблюдения, независимо от состояния психического здоровья пациента. Так как документы, регламентирующие подобные ситуации, не разработаны, психиатрические больницы зачастую вынуждены выделять персонал для работы в другом лечебном учреждении, несмотря на то, что больной при переводе выписан из психоневрологической больницы и в надзорном режиме необходимости нет. Особенно затруднительно выполнение этих требований в тех случаях, когда соматический и психоневрологический стационар находятся не в одном городе.

48 Интервью ЛЦПЧ с заместителем председателя правления Даугавпилсской ПНБ Вадимом Кулаковым 19 мая 2006 года.

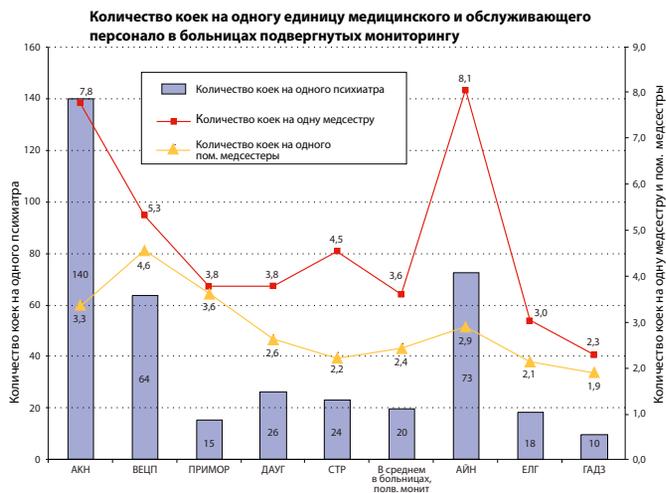
Обеспеченность медицинского обслуживания персоналом и доступность услуг

Таблица 4 – Обеспеченность персоналом

Больница	АЙН	ВЕЦП	АКН	СТР	ПРИ-МОР	ГАДЗ	ГИНТ	ДАУГ	Всего в больн., подв. мониторингу
Количество персонала, находящегося в прямом контакте с пациентами	117	35	195	290	125	736	415	490	2403
Психиатры в стационарах	2	1	3	17	13	63	26	26	151
из них дежурных	1	1	1	1	1	2	1	1	9
Интернисты	в Алопеди-атр	в Вецпиебалге	1	1	1	2	1	3	9
Количество медсестер	18	12	54	88	53	271	158	181	835
в т.ч. сертифицированных	нет сведений	12	45	нет сведений	нет сведений	227	138	164	586
1. Помощники сестер	50	14	126	180	55	328	224	261	1238
в т.ч. дипломированные	нет сведений	нет сведений	15	1	21	40	2	87	166
2. Психологи	0	0	0	2	2	11	6	4	25
3. Социал. работники	0	0	1	4	1	12	4	2	24
4. Эрготерапевты	0	0	0	1	0	8	0	2	11
5. Психотерапевты	0	0	0	0	0	0	2	0	2
6. Социальные педагоги	0	0	1	0	0	1	0	0	2
7. Кинезиотерапевты	0	0	1	0	1	1	0	0	3
8. Инструкторы по труду	0	2	0	0	0	0	10	5	17
9. Социальные реабилит.	0	0	0	0	0	0	5	0	5
10. Муз. терапевты	0	0	0	1	1	0	0	0	2
11. Няни, воспитатели	8	не нужны	не нужны	не нужны	0	не нужны	8	00	16
12. Соц. сиделки	0	1	5	0	0	0	0	0	6
Необходимо	логопед, педагоги 4, 7, 10	8, 9	психиатры, 2, 4, 5, 9	психиатры, 2, 3, 4, 5	1, 2, 4	психиатры, сестры, помощники сестер	психиатры, сестры, помощники сестер	психиатры, сестры, помощники сестер	психиатры – 5х; сестры – 4х; пом. сестер – 4х; эрготер. – 4х; психол. – 3х; соц.пед. – 2х

В подвергнутых мониторингу психоневрологических больницах на одну койку стационара приходится в среднем 1,25 единиц обслуживающего персонала, работающего в прямом контакте с пациентами. Самая плохая обеспеченность обслуживающим персоналом в больницах с длительно болеющими пациентами – Акнистская ПНБ (2,15) и Вецпиебалгская ПНБ (1,83). Лучшая в целом обеспеченность обслуживающим персоналом в больницах, оказывающих преимущественно неотложную психиатрическую помощь, а самая лучшая обеспеченность в ГАДЗ – 0,84 единицы обслуживающего персонала на одну койку. При более детальном рассмотрении обеспеченности психиатрами, медицинскими сестрами и помощниками медицинских сестер ситуация остается сходной. Особенно плохая обеспеченность психиатрами в Акнистской, Айнажской и Вецпиебалгской ПНБ, где на одного психиатра приходится 140, 73 и 64 койки соответственно. Обеспеченность медицинскими сестрами и помощниками медсестер здесь также существенно хуже, чем в среднем в больницах, подвергнутых мониторингу (см. диаграмму). Интернистами обеспечены все психоневрологические больницы. О нехватке лечебного персонала свидетельствуют потребности, выраженные руководством больниц, по которым в 5 больницах не хватает психиатров, в 4 больницах – медсестер, помощников медсестер и эрготерапевтов, в 3 больницах – психологов и в 2 больницах – социальных педагогов. В учреждениях, подвергнутых мониторингу, сертифицировано 70% всех медицинских сестер и только 13% помощников медсестер имеют дипломы.

За исключением Психоневрологической клиники Приморской больницы, обеспечивающей супервизию психологов своего учреждения, в остальных учреждениях в настоящее время возможности супервизии сотрудникам не предлагаются. Вопрос о возможностях супервизии для персонала учреждений следовало бы начинать решать по возможности скорее, принимая во внимание возрастающую эмоциональную и физическую нагрузку на сотрудников в условиях дефицита человеческого ресурса.



Занятость / работа

Возможности реабилитации в разных больницах были различны. Более широкие возможности ЛЦПЧ констатировал в Елгавской, Акнистской, Стренчской больницах. Меньшие же возможности были констатированы в Психоневрологической клинике Приморской больницы и ГАДЗ, предлагающих возможности реабилитации в основном пациентам судебно-психиатрического отделения и отделения принудительного лечения (в Риге, на ул. Лактас), а также амбулаторным пациентам в Зиепниекалнсе и на Югле.

Несмотря на то, что лечебно-трудовая терапия занятостью психиатрических больных утверждена в качестве психиатрической технологии⁴⁹, более обширное пояснение этой технологии недоступно. Не определена граница, где кончается терапия занятостью и начинается работа, за которую пациент должен получать плату. Реабилитация как услуга медицинского обслуживания в психиатрии не оплачивается, однако руководители некоторых учреждений считают, что реабилитационные мероприятия должны быть интегрированы во все этапы лечения психических болезней. Так как пациенты ПНБ находятся как в остром состоянии, так и длительно лечатся, пациентам необходимо поддержание, тренировка и развитие навыков, способствующих интеграции в общество.

ЛЦПЧ констатировал, что, по мере возможности пациентам в учреждении предлагаются различные работы, за которые они не получают платы. Например, это работы по приведению в порядок территории (Айнажская ПНБ, Приморская клиника), отопление помещений (Вецпиебалгская ПНБ), работа в картонном и швейном цехе (Даугавпилсская ПНБ).



49 Распоряжение №2 департамента здоровья Министерства благосостояния ЛР от 20 января 2003 года "Об утверждении медицинских технологий".

Следует положительно оценить начатый 1 июля 2005 года ГАДЗ и его партнерскими организациями проект EQUAL, в рамках которого в 7 ПНБ на два года (до 1 июля 2007 года) заняты 75 пациентов. В рамках проекта с пациентами заключаются трудовые договора о частичной нагрузке (3 часа в день). Пациенты за произведенную работу получают минимальную зарплату (в 2006 году - 33 лата после уплаты всех налогов). В основном пациенты выполняют обязанности помощника ремонтного рабочего, уборщика окружающей территории. В двух учреждениях пациенты в рамках EQUAL работают в швейных мастерских. Айнажская ПНБ дала возможность своим пациентам, включенным в проект EQUAL, работать в Айнажском информационно-туристическом центре. В качестве положительных результатов занятости пациентов персонал, участвующий в проекте, отмечает, что пациенты начинают понимать смысл труда и зарабатывания денег, у них улучшилось самосознание и качество коммуникации.

Акнистская ПНБ является единственным учреждением, давшим нескольким пациентам возможность воспользоваться мероприятиями Государственного агентства занятости по активной занятости для инвалидов-безработных (т.н. субсидированного труда). Общество «Paspārne» обеспечивает четверем пациентам Акнистской ПНБ субсидированные рабочие места – в кафе, открытом в центре Гарсенской волости, и в магазине изделий пациентов. В то же время Акнистская ПНБ обеспечивает на своей территории рабочие места для четырех пациентов. В дополнение к пятнадцати занятым в проекте EQUAL и восьми занятым на субсидированной работе пятнадцать пациентов Акнистской ПНБ выполняют различные вспомогательные работы в больнице (например, в теплицах, на погрузке щепы и т.д.) и получают минимальную плату (также трехчасовой рабочий день). Подобная практика занятости пациентов осуществляется в Акнистской ПНБ уже 10 лет. Руководство больницы во время мониторинга ЛЦПЧ признало, что, хотя и приходилось слышать различные мнения о законности найма пациентов, это все-таки правильно и справедливо по отношению к ним.

Как хороший пример следует оценить аудит занятости, осуществленный в Елгавской ПНБ «Гинтермуйжа» в декабре 2005 года по инициативе ее директора. В рамках этого аудита пациенты были исследованы в целях реабилитации с оценкой доступных реабилитационных мероприятий в острых, субострых, а также хронических отделениях. В острых отделениях в реабилитационные мероприятия включены 53%-100% пациентов, в субострых – 93-95%, а в хронических – 48-100%. В качестве реабилитационных мероприятий назывались чаепития, экскурсии, работа в саду, навыки уборки помещений. В то же время в гериатрическом отделении, где в реабилитационные мероприятия включены 100% пациентов, основными мероприятиями назывались попытки взбодрить пациента, посадить его, погулять, прибрать, настольные игры и др.

Только в Даугавпилсской и Стренчской ПНБ в настоящее время созданы мастерские. В Стренчи мастерские были созданы в 2006 году при поддержке финансирования Европейского социального фонда ЕС. Мастерские Даугавпилсской ПНБ, в состав которых входит швейный и картонажный цех, действуют с 1961 года. В швейном цехе пациенты шьют постельное белье для медицинских учреждений. Персонал информировал ЛЦПЧ, что пациенты работают ненормированное время, потому что, если человек чувствует себя плохо, он может прекратить работу. Даугавпилсская ПНБ разработала положение о медицинских производственных мастерских, которое утвердил департамент общественного здоровья Министерства здравоохранения и которое согласовано с Латвийской ассоциацией психиатров. Положение определяет, что «основной целью медицинских производственных мастерских является применение методов трудовой терапии к пациентам с нервными и психическими заболеваниями, в связи с чем деятельность мастерских полностью подчинена задаче – лечению трудом»⁵⁰. Согласно Положению, в задачи мастерских входит как трудовое обучение с целью освоения пациентами новой профессии, так и устройство пациентов на работу по окончании курса трудовой терапии и освоения новой профессии. В Положении ничего не упоминается об оплате пациентов. Опыт Франции, например, также свидетельствует о том, что пользователи психиатрических услуг т.н. защищенных мастерских (sheltered workshops) получают плату за сделанную работу. Так как в Латвии не разработана нормативная база⁵¹ для создания мастерских, которая дала бы строгое руководство также и в отношении вопросов оплаты труда, в настоящее время создаются различные проекты мастерских, а их каждое учреждение осуществляет по собственному усмотрению.

Другие вопросы прав человека

В соответствии со стандартами СРТ и ст. 3 Европейской конвенции по правам человека очень существенно реализовать превентивные механизмы, которые помогли бы устранить возможность дурного обращения с пациентами. В качестве превентивных механизмов СРТ оценивает, существуют ли в учреждении порядок рассмотрения жалоб, документирование применения средств фиксации; каковы возможности общения с внешним миром; каков внешний надзор учреждений – механизмы инспектирования.

50 Положение о медицинских производственных мастерских психоневрологических больниц (учреждений), утвердил заместитель директора департамента общественного здоровья Министерства здравоохранения А. Чивчс, 17.06.2003.

51 Единственный регулятор специализированных мастерских имеется в Законе о социальных услугах и социальной помощи, где специализированные мастерские определяются как «мастерские, в которых созданы рабочие места и обеспечена поддержка специалистов инвалидам по зрению и слуху или лицам с нарушениями душевного характера» (пункт 25 ст.1) http://www.socpp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 02.07.2006)

Поэтому во время своих визитов ЛЦПЧ обращал внимание и на другие существенные для пациентов вопросы прав человека, например, механизм рассмотрения жалоб в учреждениях, право на коммуникацию – телефонную связь, почтовые услуги, обеспечение избирательного права, право практиковать религию и др.

Особое внимание ЛЦПЧ обращал на внутренние механизмы жалоб в учреждениях, которые во многих учреждениях не были созданы. Существует неформальный порядок, когда пациент может обратиться к старшей сестре, или главному врачу отделения, или же к администрации больницы, но этот порядок недоступен в письменной форме и не разъясняется пациентам. Только Даугавпилсская ПНБ информирует часть пациентов (задержанных против своей воли), что в случае претензий можно обращаться к заместителю председателя правления больницы⁵². Во многих учреждениях не было общедоступной брошюры о правах пациентов. Руководство СРТ для психиатрических учреждений устанавливает, что «при приеме каждого пациента ему, как и членам его семьи, следует давать информацию, в которой описан принятый распорядок учреждения и права пациента»⁵³. Во многих больницах в настоящее время при приеме пациента проводится информирование его о правилах внутреннего распорядка, но в них не отражаются права человека и возможности обращения с жалобами в пределах больницы или рассмотрения жалоб вне больниц. В то же время в одном из проведенных во время мониторинга интервью пациентка признала, что брошюры о правах пациента появляются в отделении тогда, когда кто-то приезжает в гости.



52 Изданная ГООО «Даугавпилсская психоневрологическая больница» памятка пациентам, госпитализированным в порядке неотложной госпитализации.

53 The European Committee for the Prevention of Torture (CPT), The CPT Standards, „Substantive” sections of the CPT’s General Reports, <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.doc>, pp. 60 (последний просмотр 02.07.2006)

О неинформированности пациентов свидетельствует опрос пациентов, проведенный ЛЦПЧ в июле-августе 2005 года, в котором было констатировано, что 51% пациентов ПНБ из 266 опрошенных респондентов не знает, куда обращаться за помощью, если пациента не удовлетворяет порядок помещения в больницу, получаемое лечение, отношение врачей или больничного персонала, бытовые условия в больнице. Только 2%, или 5 пациентов, отметили, что обратились бы в МАДЕККИ, и 2%, или 5 пациентов, указали, что обратились бы в ГБПЧ.

В трех учреждениях – в Акнисте, Вецпиебалге и Стренчи – созданы советы пациентов. Самый активный и самый старый совет пациентов действует в Акнистской ПНБ, где в 2000 году на базе совета пациентов реабилитационного отделения был создан совет пациентов всей больницы, в который были избраны представители всех шести отделений больницы. Для совета пациентов разработано положение, регулирующее его деятельность и место в структуре учреждения. Совет сотрудничает с администрацией больницы, решая вопросы о режиме дня, питании пациентов, анализирует высказанные пациентами пожелания, оценивает бытовые условия пациентов, а также рассматривает их жалобы⁵⁴. В рамках мониторинговых визитов ЛЦПЧ встречался с Советом пациентов Акнистской ПНБ и обсудил интересующие пациентов вопросы.

ЛЦПЧ встретился и с попытками создать советы пациентов в отделениях. Например, в 3-м отделении Даугавпилсской ПНБ (женское отделение длительного обслуживания) создан совет пациентов, в задачи которого, по рассказу персонала отделения, входит контролировать утренний подъем, еду и собственную гигиену пациентов⁵⁵.

Право на коммуникацию

Возможности доступа к телефону и политика его использования в различных учреждениях отличается. В Вецпиебалгской ПНБ не оборудован телефон-автомат, поэтому пациентам разрешается использовать телефон в сестринской комнате, предварительно договорившись с медсестрой о наиболее подходящем времени звонка, которое обычно бывает по вечерам или после обеда. Разговоры пациентов регистрируются в тетради, и после получения пенсии пациенты рассчитываются за сделанные звонки.

В нескольких учреждениях персонал озаботился использованием мобильных телефонов и поинтересовался, является ли ограничение или запрещение использования

54 Акнистская ПНБ. Совет пациентов – это решимость, 2002 год http://www.humanrights.org.lv/upload_file/Mental%20Projekt%20Atskaites/PaspalidzibasGrupasIII.pdf (последний просмотр 02.07.2006)

55 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в Даугавпилсскую ПНБ 19 мая 2006 года.

мобильных телефонов нарушением прав человека. В настоящее время в учреждениях нет однозначной политики – разрешать или запрещать пациентам использование мобильных телефонов. ЛЦПЧ проинформировал учреждения, что в любом случае при принятии решения об ограничении какого-либо права оно должно быть легитимным, обоснованным в правилах внутреннего распорядка и, самое главное, должно быть понятным образом объяснено и обосновано пациенту.

Стренчская ПНБ проинформировала во время визита, что издано распоряжение о том, что в отделении принудительного лечения нельзя пользоваться мобильными телефонами, потому что какой-то пациент этого отделения позвонил в структуру внутренних дел и признался, что убил 10 человек, по поводу чего структура внутренних дел начала расследование⁵⁶. Приморская больница сообщила, что пациенты должны сдавать мобильные телефоны на хранение, чтобы они не пропали. В каждом отделении есть телефон-автомат, на который можно позвонить и пациента позвонит к телефону. Пациентов не зовут к телефону только тогда, когда звонят по служебному телефону, за исключением тех случаев, когда звонят из-за границы⁵⁷. В то же время ПНБ «Гинтермуйжа» информировала, что пациентам разрешено пользоваться мобильными телефонами, но по вечерам надо выключать звонок, чтобы он не мешал другим пациентам⁵⁸.

В отношении писем и почтовых отправлений политика в учреждениях в основном сходная, корреспонденция пациента отправляется и принимается. За отдельными исключениями, исходящие и входящие письма не контролируются. Айнажская ПНБ проинформировала, что почтовые отправления (посылки) для детей получает на почте персонал больницы. Обычно старшая сестра приглашает ребенка, которому адресована посылка, и посылка вскрывается в его присутствии – присутствие персонала необходимо для безопасности ребенка, надо, например, проверить, нет ли в посылке не пригодных для пищи продуктов и т.п.

Право жить в обществе

Хотя формально в Латвии только 3 долгосрочных ПНБ (2 взрослых и 1 детская), на самом деле и во всех остальных ПНБ содержатся долговременные пациенты: часть – по социальным обстоятельствам, поскольку ждут очереди в специализированный центр социального обслуживания, а жить негде, часть – не подходит центрам социального обслуживания из-за противопоказаний. Руководство учреждений признало, что при

56 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в Стренчскую ПНБ 29 марта 2006 года.

57 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в психоневрологическую клинику Приморской больницы 6 апреля 2006 года.

58 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в ПНБ «Гинтермуйжа» 16 мая 2006 года. 56 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в Стренчскую ПНБ 29 марта 2006 года.

наличии достаточно развитого выбора услуг охраны душевного здоровья, опирающихся на общество, часть пациентов могла бы жить в обществе. Например, Вецпиебалгская ПНБ упомянула, что примерно половине пациентов учреждения не следовало бы находиться в больнице, если бы в Латвии были развиты службы амбулаторного обслуживания и доступны групповые дома и дневные центры. В то же время ПНБ «Гинтермулжа» заметила, что при таких условиях из больницы можно было бы выписать 1/3 пациентов учреждения. В целом, по оценке администрации посещенных ПНБ, в обществе могло бы жить примерно 320 теперешних пациентов больниц, находящихся на длительном обслуживании.

В отношении деинституционализации и права пользователей психиатрических услуг, а также жить в обществе многообещающей является разрабатываемая ООН конвенция о правах лиц с инвалидностью. Включенная в проект конвенции ст. 19 о праве на независимую, самостоятельную жизнь будет гарантировать право лиц с инвалидностью жить в обществе, получая для этого всю необходимую поддержку. В недавно принятой Рекомендации Совета Европы странам-участницам от 10 октября 2004 года Rec(2004) 10 также в отношении защиты прав человека и достоинства лиц с душевными нарушениями включен принцип наименее ограничивающей среды, согласно которому лица с душевными нарушениями имеют на это право⁵⁹. Принимая во внимание как стандарты прав человека, так и установки Хельсинкской декларации и Плана действий ВОЗ, Латвии следовало бы в будущем, вместо того чтобы делать инвестиции в расширение ныне существующих больших психиатрических больниц, уделить больше внимания развитию услуг амбулаторной психиатрической помощи, поддерживаемых жилищ и программ занятости. Это дало бы возможность избежать попадания в институции пользователей психиатрических услуг, а обитателям действующих институций – вернуться к жизни в обществе.

59 Council of Europe, Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> (последний просмотр 02.07.2006)

РЕКОМЕНДАЦИИ

Правительству Латвии

1. Необходимо обеспечить поддержку оказания лицам с нарушениями психического здоровья услуг, опирающихся на общество.
2. Необходимо утвердить Основные положения по улучшению душевного здоровья населения на 2006-2016 год и разработать План действий по их введению.
3. Срочно необходимо принять новый закон об охране душевного здоровья, включив в него нормы прав человека, обязательные для Латвии.
4. Необходимо сформировать независимую систему надзора за учреждениями охраны душевного здоровья.
5. Необходимо ратифицировать подписанную в 1998 году Конвенцию Совета Европы о защите прав и достоинства человека в биологии и медицине.

Министерству здравоохранения

1. Необходимо издать нормативно-правовой акт, предусматривающий регулирование процесса использования средств фиксации и изоляции, а также оборудование изоляционных помещений.
2. Необходимо разработать единые для всех учреждений требования к порядку приема пациентов, принимаемых против собственной воли.
3. Необходимо в каждой из психоневрологических больниц создать подростковое отделение.
4. Необходимо разработать единый порядок, руководство для случаев перевода пациентов психиатрических больниц в соматический или другой психиатрический стационар.
5. Необходимо взвесить осуществимость дискуссии с финансирующими здравоохранение институциями о возможности врачей стационара выписывать своим пациентам амбулаторные медикаменты.

6. Необходимо укрепить потенциал реабилитационных услуг в психоневрологических больницах и рассмотреть возможности возобновления реабилитационных отпусков.
7. Необходима подготовка человеческого ресурса для психиатрического медицинского обслуживания.

Министерству юстиции

1. Необходимо обеспечить юридические инструменты европейского уровня в случаях госпитализации и лечения против воли пациента.
2. Необходимо обучать судей и прокуроров по вопросам, связанным с госпитализацией против воли пациента.

Психоневрологическим больницам

1. Необходимо включать в статистические данные сведения о пациентах, принятых в больницу против собственной воли.
2. Необходимо обеспечивать право пациента на информированное согласие (informed consent) на процесс лечения, избранную терапию и применяемые медикаменты.
3. Необходимо разрабатывать индивидуальные планы реабилитации для каждого пациента.
4. Необходимо обеспечить в больницах доступ к информации о правах пациента.
5. Необходимо взвесить возможность проводить перед выпиской пациента согласование терапии с тем, кто будет обслуживать его на следующем этапе.

V. Мониторинг центров социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера в 2004-2005 году

Во втором и третьем году проекта мониторинг продолжался и в центрах социального обслуживания (далее в тексте ЦСО) для лиц с нарушениями душевного характера. Мониторинговая команда побывала в 16 учреждениях, где наблюдение велось в полном объеме, и в 2 учреждения ЦСО – «Руя» и «Елгава» – по просьбе руководства учреждений для решения конкретных вопросов. Всего в этих 16 учреждениях 1729 мест, что составляет примерно 40% общего количества мест в специализированных ЦСО Латвии. На момент визита в них находилось 1706 обитателей. В 2005 году в 30 государственных центрах социального обслуживания для взрослых лиц с нарушениями душевного характера содержалось 4133 человек. Одним из посещенных ЦСО было учреждение длительного обслуживания для детей «Веги». Чтобы уменьшить очереди в специализированные ЦСО, Кабинет министров в апреле 2006 года решил реорганизовать детский ЦСО «Веги», разрешив создать в нем отделение для совершеннолетних обитателей¹.

Все специализированные ЦСО находятся в ведении Министерства благосостояния, их деятельность контролирует Управление социальных услуг МБ. Главной задачей учреждений длительного социального ухода является обеспечение их обитателей жилищем и социальное обслуживание для удовлетворения основных потребностей человека. Деятельность центров социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера регулируют Закон о социальных услугах и социальной помощи, принятый 31 октября 2002 года, правила КМ №278 от 27 мая 2003 года *Порядок получения социальных услуг и социальной помощи*, правила КМ №431 от 12 декабря 2000 года *Гигиенические требования к учреждениям социального обслуживания* и правила КМ №291 от 3 июля 2003 года *Требования к оказывающим социальные услуги*.

Хотя согласно *Закону о социальных услугах и социальной помощи*² с 2005 года оказывать услуги социального ухода могут только те учреждения, которые зарегистрированы в специальном Регистре, по информации, предоставленной Управлением социальных услуг в январе 2006 года, 11 специализированных государственных центров социального обслуживания там еще не были зарегистрированы.³

1 Поправки к Правилам Кабинета министров №665 от 3 августа 2004 года «Положение о детском центре социального обслуживания «Веги» приняты 25 апреля 2006 года

2 Ст. 17 Закона о социальных услугах и социальной помощи, http://www.socpp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 10.07.2006)

3 Интервью Иевы Леймане-Велдмейере с заместителем директора УСУ Дзинтрой Михайловой и заведующим отдела контроля качества УСУ Каспарсом Ясинкевичом 25 января 2006 года

До 31 декабря 2007 года планируется реорганизовать все государственные центры и пансионаты длительного социального обслуживания в предприятия самоуправления⁴. Реформа в связи с передачей всех государственных учреждений социального обслуживания в ведение самоуправлений планировалась уже давно. Тем не менее срок реорганизации неоднократно переносился. Это связано с завершением реформы самоуправлений, продолжающейся в Латвии уже несколько лет. После передачи этих учреждений самоуправлениям придется выбирать, продолжать ли содержать большие центры социального обслуживания или развивать альтернативное, обеспечивая обитателей ЦСО групповыми домами и дневными центрами.

В рамках мониторинга посещались следующие учреждения длительного социального ухода для лиц с нарушениями душевного характера:

№	Центр социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера (ЦСО)	Дата, год	Тема (если не все учреждение)
1.	Айзвики (Лиепайский район)	8 июня 2004 года	
2.	Реги (Кулдигский район)	8 июня 2004 года	
3.	Рауна (Цесисский район)	9 июня 2004 года	
4.	Нитауре (Цесисский район)	9 июня 2004 года	
5.	Веги (Талсинский район)	20 июля 2004 года	
6.	Дундага (Талсинский район)	20 июля 2004 года	
7.	Лубана (Мадонский район)	13 августа 2004 года	
8.	Специализированное отделение ЦСО пенсионеров города Резекне (Резекненский район)	13 августа 2004 года	
9./10.	БОГООО ЦСО и здравоохранения «Субате» (в т.ч. часть в Илуксте) (Даугавпилсский район)	22 сентября 2004 года	
11.	Отделение пансионата для лиц с нарушениями душевного характера БПС «Слокская больница» (Юрмала)	19 октября 2004 года	
12.	Ильги (Лиепайский район)	19 октября 2004 года	
13.	Литене (Гулбенский район)	15 февраля 2005 года	Повторный визит для знакомства с целью выяснения изменились ли условия проживания клиентов
14.	Иле (Добельский район)	16 февраля 2005 года	
15.	Зиедкалне (Елгавский район)	16 февраля 2005 года	
16.	Елгава (Елгавский район)	25 февраля 2005 года	Обсуждение случая клиентки А.
17.	Руя (Валмиерский район)	4 апреля 2005 года	Обсуждение конфликта между ЦСО «Руя» и Валмиерским ТВ
18.	Елгава (Елгавский район)	12 апреля 2005 года	Встреча с клиенткой А.
19.	Общее агентство самоуправлений, центр социальных услуг «Пиладзис» (Даугавпилсский район)	8 сентября 2005 года	
20.	ЦСО «Калупе» (Даугавпилсский район)	8 сентября 2005 года	

4 Закон о социальных услугах и социальной помощи, Переходные правила, http://www.socprp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 10.07.2006)

Параллельно мониторинговым визитам летом 2005 года ЛЦПЧ в сотрудничестве с Объединением психиатрических сестер ЛСО проводил анкетирование в 7 центрах: «Атсауциба», «Ропаж», «Елгава», «Дундага», «Ильги», «Крастини» и «Литене», в котором участвовало 142 обитателя. А во время визитов мониторинговая команда ЛЦПЧ проинтервьюировала 14 обитателей.

Информация о бюджете

В настоящее время длительное пребывание в учреждениях для лиц с нарушениями душевного характера оплачивается из государственного бюджета, за использованием которого следит Управление социальных услуг. В среднем месячное содержание одного человека в 2005 году составляло 190,82 лата. Наибольшие затраты на содержание одного человека в месяц в 2005 году из посещенных учреждений для взрослых были в ЦСО «Нитауре» – 307,29 лата, а наименьшие в отделении ЦСО пенсионеров города Резекне – 142,13 лата. Сравнительно высокие расходы в 2005 году были и в ЦСО «Иле» – 250,67 лата, ЦСО «Рауна» – 236,08 лата и ЦСО «Лубана» – 213,87 лата на человека. На медикаменты в 2005 году учреждения в среднем тратилось 0,18 лата, а на продукты – 1,10 лата в день на человека⁵.

Несмотря на распространенное мнение, что обитатели ЦСО находятся на полном государственном обеспечении, каждый из них платит за обслуживание 85% своей пенсии. Взносы поступают в общий бюджет учреждения, и каждый месяц обитатель получает только 15%, или в среднем 8-10 латов, на свои личные потребности. С вступлением в силу *Закона о социальных услугах и социальной помощи*⁶ с января 2003 года улучшилось положение тех обитателей, которые являются инвалидами с детства и вместо пенсии по инвалидности до поступления в ЦСО получали государственное социальное пособие, право на которое они утрачивали, начав получать услуги государственного учреждения по длительному уходу. Этим людям теперь выплачивается пособие в объеме 15% от размера государственного пособия социального обеспечения – в среднем в объеме 6 латов.

5 Данные Управления социальных услуг, использование финансовых средств на одного человека в 2005 году, http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_8_2.xls (последний просмотр 10.07.2006)

6 Закон о социальных услугах и социальной помощи, ст. 29 Права обитателей, проживающих в учреждениях длительного социального ухода и социальной реабилитации, http://www.socpp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 10.07.2006)

Порядок поступления

С 1998 года поступление в центры социального обслуживания происходит централизованно через Управление социальных услуг Министерства благосостояния (УСУ). Поступление происходит в соответствии с *Законом о социальных услугах и социальной помощи* и правилами КМ №278 (27.05.2003) – *Порядок получения социальных услуг и социальной помощи*. С августа 2004 года в такие учреждения принимаются только лица с тяжелыми нарушениями душевного характера или лица, которым определена инвалидность 1-й или 2-й группы.

Для устройства в ЦСО лицо или его законный представитель прежде всего должны обратиться с заявлением в социальную службу самоуправления, предъявив дополнительно справку от семейного врача о состоянии здоровья и отсутствии медицинских противопоказаний, а также заключение психиатра об отсутствии медицинских противопоказаний⁷. Противопоказания определяются правилами КМ №278 (27.05.2003.) – *Порядок получения социальных услуг и социальной помощи, которые планируется пересмотреть в ноябре 2006 года*.

Социальная служба в течение пяти рабочих дней рассматривает представленные документы и потребности лица и принимает решение о подходящем для него виде социальной услуги. В течение трех рабочих дней эта же служба направляет свое решение и все документы, полученные по поводу данного лица, в Управление социальных услуг, которое в течение пяти рабочих дней принимает решение о начале предоставления услуги или постановке лица в очередь. В январе 2006 года в очереди на место в ЦСО для лиц с нарушениями душевного характера находилось 890 человек. По словам сотрудников УСУ, женщинам обычно приходится ждать от полугода до года, мужчинам – 2 года. Лиц с нарушениями душевного характера в учреждения длительного ухода принимают в порядке очереди, при этом предыдущее место жительства и связь с родственниками, находящимися далеко, обычно не учитывается. Поэтому коммуникация клиента с близкими и сохранение социальных связей зачастую затруднены.

7 Противопоказаниями для приема в учреждении длительного социального обслуживания являются: туберкулез легких в активной стадии, острые инфекционные, сексуально-трансмиссивные заболевания, психические болезни или психические нарушения с выраженной стабильной и устойчивой к медикаментам симптоматикой: нарушения личности и поведения с социальной дезадаптацией, задержкой влечений и побуждений, склонностью к агрессии, насилию и конфликтам, а также с деструктивным поведением, включая попытки самоубийства. Противопоказанием для приема в ЦСО являются также психические нарушения у лиц, которым по решению суда определены принудительные средства медицинского характера.

В отличие от психоневрологических больниц, при приеме в учреждение длительного социального ухода добровольное согласие лица обязательно должно быть подкреплено его подписью. Однако на практике ЛЦПЧ все-таки сталкивался с ситуациями, когда попечитель недееспособного лица подавал заявление о приеме в ЦСО длительного ухода, хотя само оно категорически противилось помещению в центр обслуживания.

Таблица 1– Характеристика учреждений и клиентов социального обслуживания по нескольким показателям

Учреждения социального обслуживания	Движение клиентов и распределение по возрасту				Распределение клиентов по диагнозам			Состав клиентов по функциональности		
	Количество мест	Число обитателей			шизофрения	органические наруш., др. диагнозы	умственная отсталость	соответствует учреждению СО	подходят для психбольницы	подходят для интеграции в общество или пансионата для престарелых
		Всего	муж.	женщ.						
СГПСО «Айзвики»	80	80	42	38	24	24	32	79	5	5-6
СГПСО «Реги»	84	84	38	46	21	11	52	70	4	10
СГПСО «Рауна»	65	65	17	48	27	16	22	63	2	нет сведений
СГПСО «Нитауре»	34	29	18	11	8	10	13	26	1	2 панс. для престарелых
СГЦСО «Веги»	118	103	57	46	1	3	99	78	10	15 (4 наруш. коммуник.)
СГЦСО «Дундага»	100	100	47	53	36	21	43	76	5	4-6
СГЦСО «Лубана»	58	58	27	31	18	14	26	50	4	4 панс. для престарелых
Резекненский	10	10	7	3	4	3	3	7	1	2 панс. для престарелых
ГЦСО «Субате», часть в Илуксте	70	70	43	27	25	25	20	69	1	0
Отделение пансионата БПС «Слокская больница»	55	54	25	29	31	16	7	48	5	7 (2 употребляют алкоголь)
ГЦСО «Ильги»	310	308	155	153	нет сведений			298	3	4
ЦСО «Литене»	310	309	156	153	104	45	160	219	60	до 30
ЦСО «Иле»	80	78	51	29	18	41	21	72	0	7
ЦСО «Зиедкалне»	150	150	77	73	7	8	135	105	5	до 40
«Пиладзис»	30	29	15	15	20	6	4	21	2	6
ЦСО «Калупе»	175	178	74	104	55	44	79	175	3	0
Всего	1729	1705	848	857	399	287	716	1456	111	139

Деинституционализация

В 2001-2002 году по распоряжению Министерства благосостояния и при поддержке Всемирного банка была произведена оценка соответствия клиентов в государственных специализированных центрах социального обслуживания. В результате было установлено, что из 4138 обитателей, подвергшихся оценке, 89% или 3688, соответствуют условиям в центрах социального обслуживания, 4%, или 183 клиентам, подходит альтернативное обслуживание – домашнее обслуживание или в дневном центре (если бы такие услуги были доступны по месту жительства), 5%, или 189 обитателям, подходит обслуживание в пансионате для престарелых (если бы самоуправление оплачивало их содержание), а 2%, или 78 обитателям необходимо медицинское обслуживание в психоневрологической больнице⁸.

Во время мониторинга, проведенного в 2004-2005 году, ЛЦПЧ также обратился с просьбой к руководству учреждений высказать свое мнение о соответствии обитателей. Несмотря на то, что от МБ часто можно услышать мнение, что в ЦСО много таких, кому более подошел бы длительный уход в ПНБ (в основном имеются в виду обитатели с тенденцией к агрессии или частым обострениям болезни), во время визитов каждое учреждение назвало лишь небольшое количество людей (от 1 до 5), которых следовало бы перевести в психоневрологическую больницу. Наибольшее число подходящих для ПНБ, было названо в ЦСО «Веги» – 10 клиентов (из 103) и в ЦСО «Литене» – 60 клиентов из 310.

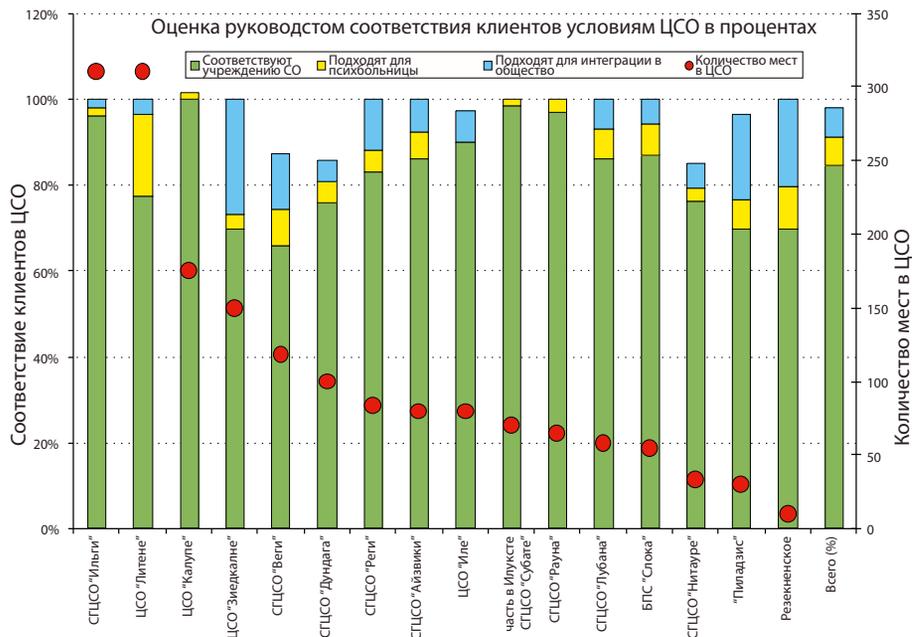
В нескольких учреждениях как большую проблему, по которой ведется поиск решений, называли алкоголизм клиентов.

Мониторинговой команде ЛЦПЧ во время визита 8 сентября 2005 года в ЦСО «Калупе» сообщили об обитателе, регулярно употребляющем алкоголь и угрожающем клиентам и персоналу. В один из последних таких случаев он разгуливал по ЦСО с ножом. Руководство учреждения сообщило, что, хотя обитатель и лечится от алкогольной зависимости, но это не дало ожидаемых результатов. Полиция, установившая опасные действия этого человека, воздерживается от его задержания. Управление социальных услуг информировало ЦСО «Калупе», что если учреждение хочет перевести обитателя в другой ЦСО, необходимо согласие его самого⁹.

8 Фонд социальной помощи, Сообщение об изучении соответствия клиентов в государственных специализированных центрах социального обслуживания, 31 мая 2002 года

9 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в ЦСО «Калупе» 8 сентября 2005 года.

Приведенная ниже диаграмма отражает мнение администраций наблюдаемых ЦСО о соответствии обитателей учреждению длительного социального ухода:



Однако на практике мало случаев, когда обитатели возвращаются ЦСО к жизни в обществе. Статистика 2004 и 2005 года показывает, что из лиц с нарушениями душевного характера за оба года всего выписан 671 человек. Из них умерли 558, а в семьи вернулись 38. В лечебные же учреждения было переведено 15 человек¹⁰.

До 25 мая 2006 года, когда были приняты поправки к Закону о социальных услугах и социальной помощи, для учреждений фактически не предусматривались возможности выписать обитателя ЦСО оттуда, если он изъявлял такое желание или по поведению не подходил для учреждения. Поправки впервые предусмотрели в законе, что человек может сам попросить о прекращении оказания услуги и выписке из ЦСО; также впервые закон предусматривает, что обитатель может быть выписан из ЦСО, если он систематически нарушает условия заключенного договора. В законе уточнен и порядок выписки. Учреждения ранее сталкивались со случаями, когда обитателей невозможно было выписать, потому что за ними не сохранялось прежнее место жительства. Поправки предусматривают, что руководитель ЦСО принимает решение

¹⁰ Данные управления социальных услуг о лицах, выбывших из институций в 2004 году, http://www.socpp.lv/lv/files/PA_tab_4_1_a_izst.xls (последний просмотр 10.07.2006) и в 2005 году, http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_4_1_a_izst.xls (последний просмотр 10.07.2006)

о выписке «когда самоуправление, из бюджета которого оплачивается эта услуга или на административной территории которого человек проживал до поступления в учреждение, письменно удостоверило, что соответствующему лицу будет обеспечено жилье на административной территории этого самоуправления»¹¹.

В основном персонал учреждений высказывал сомнение, что их обитатели будут способны жить в обществе. Поэтому следует положительно оценить работу, начатую в рамках Национальной программы «Улучшение инфраструктуры и оборудования учреждений социального обслуживания и социальной реабилитации», которую разработало в 2004 году МБ. Работу поддержал финансированием Европейский фонд регионального развития (ЕФРР) по созданию в шести ЦСО для лиц с нарушениями душевного характера - так наз. домов «на полпути»¹². Находящиеся в таких домах обитатели в течение полугода пройдут подготовку к самостоятельной жизни в обществе, чтобы после этого они могли переселиться в групповые дома, которые будут создаваться в соответствующих самоуправлениях.

В июле 2006 года дома «на полпути» уже были открыты в ЦСО «Калупе» и ЦСО «Руя». В декабре 2006 года планируется открыть такой дом в ЦСО «Елгава». Но существенным недостатком этих домов является то, что они создаются в помещениях учреждений. Например, в Руе был отремонтирован второй этаж центра обслуживания, в Ильги для нужд дома «на полпути» пристраивается третий этаж. Такая ситуация позволяет учреждениям предусматривать в проектах финансирование не только для создания подобных домов, но и для ремонта крыш, котельных и др.

Предполагается, что отобранные лица в течение полугода освоят навыки самостоятельной жизни и после пребывания в доме «на полпути» будут выписаны из ЦСО в групповой дом, который создается в каждом из шести самоуправлений. Так как Национальная программа больше сосредоточена на улучшении условий и инфраструктуры конкретных шести центров социального обслуживания, ЛЦПЧ в своем ежегодном сообщении о положении с правами человека в 2004 году уже высказывал опасения, что программа не предусматривает механизма переквалификации персонала центра обслуживания для содействия переходу обитателей ЦСО на услуги, опирающиеся на общество¹³.

11 Ст. 28 Закона о социальных услугах и социальной помощи, поправки от 25 мая 2006 года, http://www.socpp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 10.07.2006)

12 Дом «на полпути» – жилище на время до шести месяцев, находящееся вне учреждения, для лиц с нарушениями душевного характера, имеющее целью восстановление и совершенствование навыков независимой жизни перед выпиской домой или на групповую/ социальную квартиру.

13 Латвийский центр по правам человека и этническим исследованиям, Права человека в Латвии в 2004 году, сс. 19-20, <http://www.humanrights.org.lv/html/lv/aktual/publ/28367.html?yr=2005> (последний просмотр 10.07.2006)

В 2005 году общество «Паспарне» получило финансирование ЛЦПЧ и программы Фонда Сорос-Латвия «Защита интересов людей с нарушениями душевного развития и душевнобольных» на разработку учебных материалов и организацию семинаров во всех шести ЦСО, где создаются дома «на полпути». Учебные семинары планируется провести во второй половине 2006 года.

Однако несмотря на программу шести домов «на полпути», обслуживание в специальных учреждениях все еще является единственной доступной услугой, поскольку в стране отсутствуют групповые жилища и дневные центры, чем и объясняется теперешний огромный спрос на услуги длительного социального ухода.

Бытовые условия клиентов

Таблица 2 – Благоустройство среды

Учреждения социального обслуживания	Помещения					
	наибольшее количество коек в комнате (количество комнат в ЦСО)	наименьшее количество коек в комнате (количество комнат в ЦСО)	площадь на одного клиента (м ²) в 2005 г. ¹⁴	осмотровый кабинет психиатра	количество семейных комнат	количество учебных кухонь
СГПСО «Айзвики»	10	2 (3)	9,03	медпункт	0	1
СГПСО «Реги»	8	2 (4)	5,34	нет	0 (4 квартиры)	0
СГПСО «Рауна»	6	2 (3)	6,06	каб. старшей сестры	0	0
СГПСО «Нитауре»	3	1 (2)	6,67	нет сведений	0 (были)	0
СГЦСО «Веги»	9	2	14,06	сестринская комната	0 (будут)	0 (будут?)
СГЦСО «Дундага»	6	2 (1)	5,22	сестринская комната	0 (нужны 3 помещения)	0
СГЦСО «Лубана»	9	2 (1)	4,36	медпункт	0	1
Спец. отделение Резекненского ЦСО	2 (5)	2 (5)	12,1	1 для всех ЦСО	0	0
ГЦСО «Субате» и часть в Илуксте	5 (1)	1 (9)	7,7	сестринская комната	4	есть плита
Отделение пансионата БПС «Слокская больница»	4 (6)	1 (1)	5,03	сестринская комната	0 (были)	1 (редко)
СГЦСО «Ильги»	6	1 (1)	5,92	кабинет фельдшера	4	0
ЦСО «Литене»	8 (2)	2 (5)	5,5	есть	2	0
ЦСО «Иле»	6	1 (1)	5,89	есть	0	0 (были)
ЦСО «Зиедкалне»	4 (19)	2 (13)	5,48	каб. старшей сестры	0	1
ЦСУ «Пиладзис»	4 (2)	1 (3)	10,3	сестринская комната	3	1
ЦСО «Калупе»	7 (3)	1 (7)	8,13	есть	6	0

¹⁴ Управление социальных услуг, данные 2005 года о помещениях, площади и количестве жилых комнат в учреждениях, http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_12_1_2.xls (последний просмотр 10.07.2006)

В проводившемся ЛЦПЧ в сотрудничестве с Объединением психиатрических сестер ЛСА анкетировании из 142 интервьюированных 98%, или 137 клиентов, отметили, что помещения центра обслуживания чисто прибраны и проветрены¹⁵. Тем не менее мониторинговая команда ЛЦПЧ убедилась, что бытовые условия во всех посещенных центрах обслуживания, как и в психоневрологических больницах, различны. Несколько учреждений постарались сделать ремонт, но во многих местах помещения были в очень плохом состоянии, например, в ЦСО «Иле», «Айзвики» – изолятор (см. раздел медицинского обслуживания), «Литене» и «Ильги». На момент визита перенаселенность наблюдалась в «Литене» и «Лубана». Обитатели ЦСО живут в 2-4-местных комнатах, мало 1-местных комнат (см. табл. 2). В ряде учреждений есть даже 5-6-местные комнаты. Наиболее плотно заселены комнаты в учреждениях «Айзвики», «Веги», «Лубане», «Литене» и «Реги».

1 января 2005 года вступили в силу правила КМ №431 *Гигиенические требования к учреждениям социального обслуживания*, утвержденные 12 декабря 2000 года, пункт 27 которых устанавливает, что в учреждениях социального обслуживания для взрослых в жилой комнате – спальном помещении - следует размещать не более четырех лиц. Эти же правила определяют, что минимальный размер жилой площади на одного человека должен составлять 6 м².¹⁶ На 1 января 2006 года в среднем по стране на обитателя ЦСО приходилось 6,15 м² жилой площади. В настоящее время требованиям правил КМ №431 о размере минимальной жилой площади на одного человека не соответствуют следующие учреждения социального обслуживания: «Реги», «Дундага», отделение пансионата Слокской больницы, «Литене», «Зиедкалне», «Иле», «Ильги» и «Лубана», где жилая площадь на клиента наименьшая – 4,36 м² (см. табл. 2). В ЦСО «Литене» во время визита мониторинговая команда констатировала, что там недостаточно помещений для какой-нибудь деятельности, поэтому среди дня многие обитатели сидели на койках.



15 Данные публикуемого отдельным изданием исследования потребностей пациентов, проводившегося Латвийским центром по правам человека в июле-августе 2005 года.

16 В отношении тех центров социального обслуживания, которые начали свою деятельность до 2001 года, этот пункт вступает в силу с 1 января 2005 года. До 2008 г. двухместные комнаты ?...

Зачастую со стороны учреждений можно услышать мнение, что ЦСО для лиц с нарушениями душевного характера нельзя считать закрытыми учреждениями, потому что люди поступают в них добровольно. Но на практике в большей части учреждений свобода перемещения их ограничена. В отделениях или на этажах на дверях, как правило, отсутствуют ручки. В ЦСО «Литене» мониторинговая команда заметила также двери без ручек и в некоторых комнатах обитателей. Руководство учреждения не могло объяснить причины и принципы, в соответствии с которыми людей помещают в комнаты с такими дверями. ЦСО «Литене» в рамках этого проекта посещался 2 раза – 29 октября 2003 года и 15 февраля 2005 года. Во время первого визита мониторинговая команда констатировала, что некоторые обитателей с тяжелой душевной отсталостью содержатся в неподобающих условиях.

В ЦСО «Литене» в пользование мужчин, признанных особо агрессивными, было передано помещение 4х6 м, стены которого обшиты металлическими пластинами. Стол и скамейки – единственная мебель в помещении (тоже покрыты металлом) – были привинчены к полу. В комнате в дневное время постоянно находилось 8 человек – с 8.00 до 19.00. Во время мониторингового визита все они сидели вокруг этого стола и рисовали (у мониторинговой команды сложилось впечатление, что бумага и карандаши были выданы им в последний момент). Помещение запирается снаружи. На столе стояло несколько металлических кружек. Кроме металлических пластин на стенах и обшитой металлом печи в помещении не имелось никаких других декораций. Среди дня на этих 8 «очень агрессивных» человек был один сотрудник персонала – женщина. Персонал ЦСО «Литене» объяснил оборудование помещения как мероприятие безопасности от агрессивности клиентов. Мониторинговая команда осмотрела и спальню этих восьмерых обитателей, где заметила в одной из стен комнаты дверь, открыв которую, обнаружила еще одну небольшую комнату, запертую снаружи. В комнате лежали на койках 4 человека с признаками глубокой душевной отсталости. Здесь же находился не отделенный никакой перегородкой передвижной туалет. Персонал объяснил, что обитатели лежачие, поэтому они практически не покидают это тесное закрытое помещение¹⁷.

После визита ЛЦПЧ проинформировал Управление социальных услуг о положении этих людей, указав, что оно неприемлемо с точки зрения прав человека. 15 февраля 2005 года мониторинговая команда ЛЦПЧ посетила ЦСО «Литене» с повторным визитом, чтобы проверить, улучшило ли учреждение бытовые условия. Директор ЦСО «Литене» сообщил, что в помещении с металлической обшивкой обитателей больше не размещают и во

17 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в ЦСО «Литене» 29 октября 2003 года.

второй половине 2004 года это помещение переоборудовано под склад. Правда, ЛЦПЧ не удалось в том убедиться, потому что оно было заперто.

Во время мониторинговых визитов ЛЦПЧ установил, что и в ЦСО «Реги» двери отдельных спален были блокированы снаружи. В этих спальнях находились люди, не имевшие возможности перемещаться за пределы этих помещений. О длительном ограничении права на свободное передвижение свидетельствовал расположенный тут же в спальне стационарный унитаз.

Семейные комнаты

Всего в нескольких учреждениях (см. табл. 2) созданы семейные комнаты, где живут члены одной семьи, например, мать с сыном, или же пары (как официально зарегистрированные, так и не зарегистрированные). Мониторинговая команда ЛЦПЧ положительно оценивает создание семейных комнат.

В 2005 года ЛЦПЧ и ГБПЧ получили письмо от директора ЦСО «Иле» Д. Мелдере с информацией, что в этом учреждении есть обитатели, серьезно выразившие желание создать семью, и зарегистрировать брак. Директор акцентировала то, что в функции ЦСО «Иле» входит удовлетворение лишь основных потребностей – жилище, социальное обслуживание и социальная реабилитация. К тому же ЦСО «Иле» из-за плотной заселенности помещений не сможет обеспечить супружескую пару жилым помещением, гарантирующим приватность супружеской жизни. Принимая во внимание эти обстоятельства, директор учреждения просила пояснить, как следует поступить в подобной ситуации.

Ответ директору ЦСО «Иле» дал директор ГБПЧ О. Бруверс¹⁸, указавший, что ст. 96 Сатверсме ЛР гарантирует каждому человеку право на неприкосновенность частной жизни. Следовательно, запрещение регистрации брака дееспособных людей считается нарушением прав человека. ГБПЧ указало, что понимает ограниченные возможности учреждения в обеспечении отдельной жилой площадью, поэтому рекомендует перед регистрацией брака проинформировать людей, что комната семье может быть выделена только со временем. ГБПЧ посоветовало также директору ЦСО связаться с другими учреждениями социального обеспечения, чтобы они оценили возможность принять семью и создать ей подходящие условия.

18 Ответное письмо ГБПЧ от 19 апреля 2005 года №1.1-4/56 директору Центра социального обслуживания «Иле» Д. Мелдере.

Гигиенические помещения

Как и в психоневрологических больницах, в некоторых центрах длительного обслуживания ЛЦПЧ констатировал необеспеченность приватности в туалетных помещениях. Например, в нескольких туалетах ЦСО «Айзвики» и ЦСО «Реги» не было простенков и/или дверей. Во многих учреждениях в спальнях находятся стационарные унитазы, обычно стоящие посреди комнаты и никоим образом не огражденные. В двух из посещенных ЦСО «Дундага» и «Лубана» обитателям доступны только сухие туалеты. В ЦСО «Реги» в бане всех, в том числе и мужчин, нуждающихся в помощи, обслуживают только сотрудницы персонала. Понятно, что в учреждении не хватает работников, но руководству все-таки следовало бы думать об обитателях: мужчины могут испытывать неудобство, когда помощь во время интимной процедуры они получают от представительниц противоположного пола.

Туалетное помещение в одном из ЦСО для лиц с нарушениями душевного характера

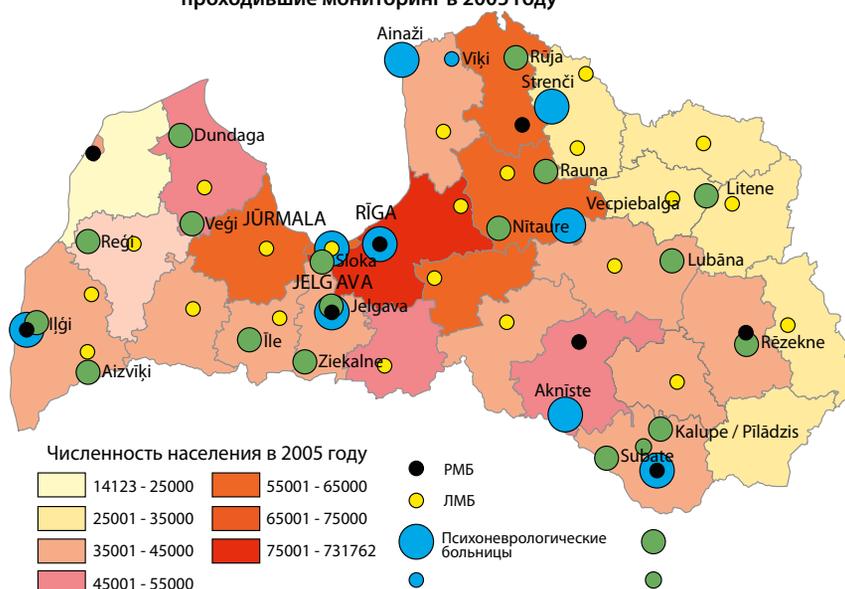


Медицинское обслуживание

Виды и объем предоставляемого медицинского обслуживания зависят от состояния здоровья, возраста, пола и других обстоятельств обитателей ЦСО. Эти обстоятельства связаны не только с нынешним положением людей, находящихся в учреждении, но, по большей части, с жизненными обстоятельствами, перенесенными болезнями и привычками в течение всей жизни – до помещения в учреждение социального ухода. Чтобы в рамках мониторинга оценить оказываемые и доступные услуги медицинского обслуживания, собрана и обобщена информация о составе обитателей таких учреждений по различным показателям (см. табл. 1). Наблюдаемые ЦСО очень отличаются по количеству (от 310 до 10), среднему возрасту находящихся там (от подростка до пенсионного

возраста), однако по пропорции полов и диагнозов психических нарушений большая часть учреждений сходна. Диагноз - умственная отсталость - имеет половина обитателей, 30% - с диагнозом шизофрения и 20% имеют нарушения психической деятельности органического происхождения или др. Из-за различия в возрасте обитателей меняется необходимость в услугах медицинского обслуживания при соматических нарушениях. Так как нарушения психического здоровья взрослых сходны, услуги психического здравоохранения, оказываемые почти во всех ЦСО, похожи, меняется только их объем в зависимости от количества пребывающих в учреждении.

Специализированные центры социального обслуживания и психоневрологические больницы, региональные и местные многопрофильные больницы в Латвии, проходившие мониторинг в 2005 году



Первичное и вторичное медицинское обслуживание

Все обитатели наблюдаемых ЦСО зарегистрированы у врачей первичного медицинского обслуживания (см. табл. 3), и во время мониторинга не поступало жалоб по поводу трудностей с организацией помощи на уровне первичного медицинского обслуживания. Практики врачей первичного медицинского обслуживания находятся в непосредственной близости от ЦСО или на небольшом расстоянии от них. Врачи не отказываются ни от осмотра пациентов, ни от направлений в лечебные учреждения. Несмотря на то, что во время мониторинга не получено прямых ссылок на то, что были отказы в выписке компенсируемых государством медикаментов для амбулаторного лечения, однако, эта процедура иногда связана с преодолением сопротивления

из-за ограничения финансовых средств, которыми располагают врачи первичного обслуживания. Обитателям двух центров врачи выписывают и психотропные медикаменты - по рекомендации психиатра.

Более крупные ЦСО приняли на работу нескольких специалистов – гинеколога, зубного врача, или заключили договоры о плановых проверках и лечении. Лабораторные, рентгеновские исследования и чаще встречающиеся консультации специалистов (зубной врач, гинеколог, невролог, окулист) обитателям всех наблюдаемых центров обеспечиваются на месте или в отдельных случаях в медучреждениях на расстоянии 20 км. Консультации более специфических специалистов (эндокринолог, онколог, кардиолог, травматолог) обычно обеспечиваются в медучреждениях, расположенных в радиусе 40-50 км. В отдельных случаях обитателей на консультации или обследования по направлению семейного врача или специалиста возят к специалистам в Ригу.

Таблица 3 – Доступность медицинского обслуживания для клиентов учреждений социального обслуживания

Учреждения социального обслуживания	Амбулаторное медицинское обслуживание				Стационарное медицинское обслуживание				
	ПМО		доступность амбулаторных специалистов	частота вызовов НМП, пункт НМП	Соматическое обслуживание		Психиатрическое обслуживание		
	количество врачей	расстояние от практики врача (км)			км до больницы, город	частота лечения	км до больницы, город	частота лечения проблемы в стационаре в год (результат +/-)	количество клиентов в больнице во время визита
СГПСО «Айзвики»	3	20 км – 2 в Приекуле, 14 км – 1 в Вайнеде	20 км в Приекуле, Rtg., лаборатория, зубной, глазной врач, гинеколог, эндокринолог	1 х в год в Приекуле	20 км в Приекуле; Лиепая	редко	60 км, Лиепая	4-5 (+)	2
СГПСО «Реги»	1	5 км, в Алсунге	25 км, в Кулдиге Rtg, лаборат, ЛОР, онкол., стоматолог	в Алсунге	25 км, в Кулдиге, Рига	нерегулярно	100 км, Лиепая 170 км, Елгава	5-8, в Елгаве (+)	2
СГПСО «Рауна»	1	1 км, Рауна	25 км, в Цесисе, в Рауне лаборат., стоматолог, флюор., гинеколог в ЦСО	3-4 х в г., в Цесисе	25 км, в Цесисе	нерегулярно	55 км, в Стренчи	2-3 (+ -) слишком короткое время лечения в больнице	0
СГПСО «Нитауре»	1	5 км, в Нитауре	5 км гинеколог, флюорография 1 х в год в Нитауре, др. - 45 км, в Цесисе	в Цесисе	45 км, в Цесисе	нерегулярно	100 км, Стренчи; 90 км, Рига	1-2 (+)	1

СГЦСО «Веги»	1	9 км, в Сабиле педиатр	9 км Rtg в Сабиле, 138 км в Риге - кардиолог, гепатолог, онколог, невролог	в Талси	35 км, в Талси (посты) в Риге	нерегулярно	120 км, Елгава; 138 км Рига; 240 км, Айнажи	7-8 (+ -) неудовлетворительная больничная среда и выбор медикаментов	5
СГЦСО «Дундага»	3	1 км, в Дундаге	1 км Rtg гинеколог, стоматолог, окулист, ЛОР, 40 км в Талси эндокринолог	очень редко, в Дундаге	35 км, в Талси, в Риге 2-ая больница	нерегулярно	160 км, Елгава и Лиепая	4-6 (+ -) неудовлетворительный выбор медикаментов	0
СГЦСО «Лубана»	1	2 км, в Лубане	2 км в Лубане Rtg, лаборатория, окулист, 50 км, Мадона	1-2 в мес., в Лубане	50 км, Мадона	2 х в год	200 км, Стренчи	2-3 (+ -) слишком короткое время лечения в больнице и неудовлетворительный выбор медикаментов	0
Спец. отд. Резекненского ЦСО	1	3 км, в Резекне	3 км, в Резекне лаборатория, rтg-1 х в год	в Резекне	3 км, в Резекне	нет	90 км, Даугавпилс	2-3 (+)	2
ГЦСО «Субате», часть в Илуксте	2	1 км, в Субате и в Илуксте	1 км и 30 км, в Илуксте Rtg, невролог, гинеколог, окулист, дерматолог	5-10 в г. в Илуксте	60 км, в Даугавпилсе	5-10 х в год	30 и 60 км, Даугавпилс	около 20 (+)	11
Отделение пансионата БПС «Слокская больница»	2	2 км, в Каугури	100 м, в Слокской больнице, в Каугури rтg, онколог, гинеколог, хирург	в Юрмале	20 км, в Булдури	2-3 х в месяц	55 км, Рига	12-15 (60% +) слишком короткое время лечения в больнице	10 (5 в Стренчи tbc)
СГЦСО «Ильги»	1	1 км, в Гробине	1 км, стоматолог в Гробине, Rtg выезжает 1 х в год, 12 км в Лиепаяе	2 х в мес. в Лиепаяе	30 км, Приекуле 12 км, Лиепая	4 х в месяц	18 км, Лиепая	15-20 (+ -) слишком короткое время лечения в больнице	8
ЦСО «Литене»	1	1 км, в Литене	15 км, Гулбене	в Гулбене	15 км, Гулбене	нерегулярно	110 км, Стренчи	нет сведений	1
ЦСО «Иле»	1	3 км, в Иле	30 км в Добеле Rtg, лаборатория	в Добеле	30 км, в Добеле Ауце, Риге	2-3 х в год	60 км, Елгава	4-6 (+)	1
ЦСО «Зиедкалне»	1	3 км, в Вилце	40 км, стоматолог и др. спец. в Елгаве, 10 км лаборатория в Элее, Fl. 1 х в год	5-6 х г. в Елгаве	40 км, в Елгаве	3-4 х в год	40 км, Елгава	8-10 (+ -) неудовлетворительный выбор медикаментов	1
ЦСУ «Пиладзис»	1	0,4 км, в Калупе	35 км, в Даугавпилсе, Калупе лаборатория, стоматолог	3-4 х г. в Даугавпилсе	35 км, в Даугавпилсе	редко	35 км, Даугавпилс	5-6 (+)	2
ЦСО «Калупе»	1	0,4 км, в Калупе	35 км, в Даугавпилсе, Калупе лаборатория, стоматолог	6 х в год, в Даугавпилсе	35 км, в Даугавпилсе	6 х в год	35 км, Даугавпилс	20-25 (+)	4

Стационарное медицинское обслуживание в случаях соматических и психических нарушений

Если в случае соматических заболеваний обитателю ЦСО необходимо стационарное лечение, бригада неотложной медицинской помощи или центр социального обслуживания на своем транспорте и с направлением врача первичного медицинского обслуживания доставляет его в региональные или локальные многопрофильные больницы, находящиеся для большинства учреждений на расстоянии 20-40 км (см. табл. 3). Дальше всего – в 50 и 60 км от больниц – находятся ЦСО «Лубана» и «Субате», однако это не расценивалось как препятствие для доставки их обитателей в больницу. После лечения из больницы обратно в ЦСО обычно доставляют на собственном транспорте центра.

Чаще, чем в соматических больницах, обитатели ЦСО лечатся в психоневрологических больницах, и во время мониторинга там находилось 52 человека. Во многих случаях они становятся пациентами психоневрологической больницы, куда их доставляют бригады неотложной медицинской помощи. Отказов в госпитализации обитателей не было. Расстояния от центров социального обслуживания до ближайших психоневрологических больниц – от 18 км (СГЦСО «Ильги») до 200 км (СГЦСО «Лубана»).

Длительность лечения в психоневрологических больницах обычно от нескольких недель до месяца, в отдельных случаях дольше. Гораздо продолжительнее лечение в туберкулезном отделении Стрэнчской ПНБ. Как слишком короткое время лечения в психоневрологических больницах оценили руководители четырех ЦСО, обитатели которых лечились в Стрэнчской (2), Приморской (1) больнице и ГАДЗ (1). В трех ЦСО выбор медикаментов стационарного лечения оценен как неудовлетворительный, потому что в центре социального обслуживания продолжать терапию, рекомендованную в больнице, невозможно. Работники ЦСО «Веги» общую обстановку психиатрического стационара оценили как неудовлетворительную, не уточнив название лечебного учреждения. Что касается самого лечения обитателей в психоневрологических больницах и его результатах, то у работников половины наблюдаемых центров сложилось положительное мнение.

Обеспеченность медикаментами

В целом обеспеченность центров социального обслуживания медикаментами можно оценить как удовлетворительную (см. табл. 4). Большую часть медикаментов для лечения соматических болезней центр социального обслуживания приобретает на свои средства. Отдельные больные, имеющие соответствующий диагноз, получают для амбулаторного

лечения медикаменты, компенсируемые государством, которые им выписывают врачи первичного медицинского обслуживания или специалисты. Если обитателю в связи с психическим заболеванием полагаются медикаменты, компенсируемые государством, обеспечение их в центрах социального обслуживания осуществляется в трех вариантах. Если психиатр центра социального обслуживания имеет договорные отношения с больничной кассой (VOAVA), он в рамках своих финансовых возможностей выписывает компенсируемые медикаменты для части обитателей (в 8 ЦСО). Если психиатр центра социального обслуживания не состоит в договорных отношениях с VOAVA, он не имеет права выписывать компенсируемые медикаменты, и все лекарства, необходимые для лечения психических болезней, приобретает центр социального обслуживания за счет собственных средств (в 5 ЦСО). В двух центрах независимо от договорных отношений с VOAVA психиатр назначает пациентам психотропные медикаменты, а врач первичного медицинского обслуживания, руководствуясь этим, выписывает компенсируемые психотропные медикаменты. Сотрудник центра по выписанным рецептам компенсируемых государством медикаментов получает лекарства в аптеке и доставляет их в учреждение для хранения и распределения.

Таблица 4 – Доступ к технологиям обслуживания в учреждениях социального обслуживания и их использование

Учреждения социального обслуживания	Доступность компенсируемых медикаментов		Отпуска клиентов		Использование в учреждениях изоляционных помещений	
	для лечения соматических болезней	для лечения психических болезней и нарушений поведения	дольше 24 часов	порядок использования отпусков, преобладающая длительность	устройство/ потребность в них	порядок использования, документация
СГПСО «Айзвики»	врач ПМО – больным диабетом, туберкулезом	не получают	используют	есть, до месяца	есть, используется 1х в мес.	есть частично
СГПСО «Реги»	врач ПМО выписывает	получает 1 клиент, кулдигский психиатр	используют	есть, до месяца	нет и не надо	нет
СГПСО «Рауна»	ПМО выписал бы, но нет необходимости	получают 27 клиентов, цесисский психиатр	используют, 10 клиентов	есть, до месяца	нет и не надо	нет
СГПСО «Нитауре»	не получают	получают, цесисский психиатр	используют редко	нет	нет и не надо	нет
СГЦСО «Веги»	врач ПМО выписывает некоторым	получают ограниченно 2 медикамента	используют, 6 клиентов	есть, 2-14 дней	нет, но надо	протокол
СГЦСО «Дундага»	врач ПМО 3 клиентам	не получают	используют, 6	есть, 7-10 дней	нет, но надо	нет

СГЦСО «Лубана»	врач ПМО 3 клиентам	2 клиента, мадонский психиатр	используют, 7 клиентов	есть	нет, но надо	нет
Спец. отд. Резекненского ЦСО	врач ПМО 1 клиенту	частично, антидепрессанты	используют, 2 клиента	каждому клиенту 1х в год месяца	нет и не надо	нет
ГЦСО «Субате», часть в Илуксте	врач ПМО 5 клиентам	некоторые медикаменты некоторым, даугавпилский психиатр	используют, 10 клиентов	есть	нет, разное отношение	нет
Отделение пансионата БПС «Слокская больница»	врач ПМО 4 клиентам	не получают	используют, 7 клиентов	есть, до месяца	нет и не надо	нет
СГЦСО «Ильги»	врач ПМО 16 клиентам	выписывает врач ПМО по рекомендации психиатра	используют	есть, с разрешения заведующего отделением	есть	есть
ЦСО «Литене»	нет необходимости	не получают	используют	есть, с разрешения социального работника, психиатра	есть	нет
ЦСО «Иле»	ПМО выписал бы, но нет необходимости	выписывает врач ПМО по рекомендации психиатра	используют	есть, до месяца	есть	нет
ЦСО «Зиедкалне»	врач ПМО 2 клиентам	не получают	используют, 20 клиентов	есть, до 3 недель	нет и не надо	нет
ЦСУ «Пиладзис»	врач ПМО 4 клиентам	получают 6 клиентов	используют, 6 клиентов	есть, до 1 недели	нет и не надо	нет
ЦСО «Калупе»	врач ПМО, получают 8 клиентов	не получают	10 клиентов	есть, до 30 дней	нет и не надо	нет

Изучая доступность психотропных медикаментов, мониторинговая команда установила, что этот вопрос в большой мере связан также с доступностью психиатра. Учреждения нанимают психиатров на частичную ставку в качестве штатных работников или же договариваются с районными психиатрами об обслуживании пациентов из ЦСО. Консультацию психиатра в основном получают в учреждении на месте, куда с регулярными интервалами (от одного раза в неделю до одного раза в месяц) является психиатр. На фоне всех посещенных учреждений неудовлетворительно следует оценить доступность психиатра в ЦСО «Лубана», где, по предоставленной информации, психиатр Мадонского района др. Дреймане бывает в учреждении лишь раз в год, когда требуется подготовить направление на врачебную комиссию по экспертизе здоровья и трудоспособности (ВКЭЗТ) для установления инвалидности. Отдельных обитателей в случае необходимости возят к районному психиатру в Мадону (50 км), а остальным из-за столь редких визитов психиатра он практически не доступен, а значит и не соблюдается принцип соответствия и непрерывности медицинского обслуживания.

Отпуска обитателей

Из всех наблюдаемых центров социального обслуживания только в ЦСО «Нитауре» не применяются отпуска обитателей. Длительность отпуска зависит от желания самого обитателя и его близких, но обычно не дольше месяца. В четырех центрах социального обслуживания отпуск бывает 1-2 недели (см. табл. 4). Разрешение на отпуск дает, а также и его продолжительность определяет руководитель ЦСО после оценки информации о состоянии обитателя, цели отпуска и возможных рисков в отпуске. Центр социального обслуживания на время отпуска обеспечивает отпускника необходимыми медикаментами.

Изоляционные помещения

В 2002 году, при принятии Закона о социальных услугах и социальной помощи, в него впервые была введена норма, которая позволяет находящимся в учреждениях длительного ухода изолировать на время до 24 часов. Согласно закону решение об изоляции может принимать руководитель учреждения или уполномоченное им лицо в тех случаях, когда человек своими действиями угрожает собственному здоровью или жизни или здоровью или жизни других лиц. Изоляция может применяться не более чем на 24 часа, и факт этот должен быть отмечен в личном деле. Для изоляции должно быть специально оборудованное помещение, где изолированному обеспечивается необходимый уход и непрерывное наблюдение¹⁹. Более подробного регулирования в нормативных актах по поводу того, как должен быть оборудован изолятор и как следует производить изоляцию, нет, несмотря на то, что ЛЦПЧ неоднократно призывал МБ и Управление социальных услуг разработать руководящие положения по этому вопросу. На практике каждое учреждение осуществляет изоляцию по своему усмотрению и уровню информированности. Для улучшения понимания учреждениями вопросов изоляции и фиксации, ЛЦПЧ 26 октября 2004 года организовал для персонала ЦСО учебный семинар, который посетили 90 участников. Во время семинара заведующий отделением экспертиз судебной психиатрии и принудительного лечения ГАДЗ (бывшего Центра психиатрии) Игорь Васин предложил советы и рекомендации по поводу оформления документов о применении изоляторов и средств фиксации²⁰.

¹⁹ Закон о социальных услугах и социальной помощи, ст. 31. Ограничение прав лица в учреждении длительной социальной опеки и социальной реабилитации, http://www.socpp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 10.07.2006)

²⁰ Материалы семинара на латышском языке доступны на домашней странице ЛЦПЧ, <http://www.humanrights.org.lv/html/lv/jomas/28859.html> (последний просмотр 10.07.2006)

На момент мониторинговых визитов ЛЦПЧ в большинстве учреждений изоляционные помещения не были созданы. Они имелись в 4 ЦСО, и в двух из них более или менее полно документально определен порядок использования таких помещений. Во время мониторинга ЛЦПЧ не мог ознакомиться с порядком использования изоляторов в ЦСО «Иле», где такой порядок просто не был определен. Не оборудованы изоляторы в 11 наблюдаемых центрах социального обслуживания. Мнение, что необходимости в них нет, выразило руководство 7 центров, в четырех центрах придерживались взгляда, что изоляционные помещения необходимы, высказывалось и согласие их оборудовать.

На необходимость единого регулирования порядка изоляции указывает документированное во время визита ЛЦПЧ описание изолятора ЦСО «Айзвики»:

Во время визита ЛЦПЧ ключ от двери изолятора невозможно было найти, что показывает: в учреждении не определена система использования помещения. Директор заявил, что ключи должны находиться у дежурной сестры. Когда ключ наконец найден, мониторинговая команда, войдя в помещение, установила, что в изоляторе находятся две койки, не прикрученные к полу (а это необходимо, т.к. человек в агрессивном состоянии может сломать койку, при этом может нанести травмы как себе, так и сотруднику учреждения). Окно, выходящее в коридор жилого корпуса, где почти не затихает движение, было лишь частично замуровано. Звуковая изоляция недостаточна и, если в изоляторе кто-то шумит, обитателям, чьи комнаты примыкают к этому же коридору, слышен шум. В помещении стоял неприятный запах, освещение было скудным. Администрация учреждения пояснила, что время максимального изолирования – 12 часов. Помещение используется раз в месяц для изоляции тех обитателей, которые будучи в состоянии опьянения, вызывают беспорядок. Мониторинговую команду информировали, что положение по использованию изолятора разработано и находится на доске объявлений. В то же время одна обительница, находившаяся в коридоре, рассказала, что положение появилось на доске объявлений только утром и, вероятнее всего, исчезнет сразу же, как только мониторинговая команда уедет. ЛЦПЧ констатировал также, что случаи помещения в изолятор не регистрируются в предназначенном для этого журнале²¹.

Применение фиксации не регулируется, и почти ни в одном учреждении она не применяется, за исключением ЦСО «Веги», где для усмирения агрессивных обитателей применяются самодельные рубахи, которые завязываются особым образом. Во время мониторингового визита в ЦСО «Веги» не могли показать ни одного документа, который определял бы порядок применения фиксирующей рубашки.

21 Внутреннее сообщение ЛЦПЧ о мониторинговом визите в ЦСО «Айзвики» 8 июня 2004 года.

Смертность и расследование случаев смерти

Общее число умерших во всех ЦСО для лиц с нарушениями душевного здоровья в 2005 году составило 273 человек. Наибольшее количество случаев смерти из посещенных учреждений зарегистрировано в ЦСО «Литене» (20 случаев смерти) и «Ильги» (22 случая смерти)²². В большинстве учреждений администрация сообщила, что в случае смерти аутопсия и расследование не производятся, поскольку в том нет необходимости. Только три учреждения: ЦСО «Зиедкалне», «Литене» и ЦСО «Веги» информировали, что аутопсия осуществляется в случае необходимости. В «Ильги» аутопсия проводилась обитателю ЦСО, умершему после его внезапного исчезновения из центра обслуживания.



Обслуживающий персонал

Доступность услуг персонала центров социального обслуживания оценивалась количеством обитателей на одну единицу персонала в одном ЦСО по сравнению со средним показателем по всей группе учреждений социального обслуживания, подвергшихся мониторингу. Поскольку наиболее значимыми лицами в таких учреждениях социального обслуживания являются медицинские сестры и сиделки, в следующей таблице показаны учреждения, лучше и хуже обеспеченные таким персоналом.

²² Данные Управления социальных услуг о движении клиентов в 2005 году, http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_4_1_a_izst.xls (последний просмотр 10.07.2006)

Обеспеченность персоналом	Медицинскими сестрами		Сиделками	
	учреждения социального обслуживания	количество клиентов на одну медсестру	учреждения социального обслуживания	количество клиентов на одну сиделку
наилучший	ГЦСО «Субате»	6	СГЦСО «Веги»	2
	ЦСУ «Пиладзис»	10	ЦСО «Зиедкальне»	4
	Спец. отд. Резекненского ЦСО	10	ЦСО «Нитауре»	4
	В среднем	18	В среднем	5
наихудший	ЦСО «Иле»	27	ЦСО «Иле»	9
	ЦСО «Нитауре»	29	Спец. отд. Резекненского ЦСО	10
	ЦСО «Зиедкальне»	30	ГЦСО «Субате»	10

По данным, представленным в таблице, видно, что учреждений с наибольшим количеством находящихся в них нет ни в группе лучше всего обеспеченных центров, ни в группе хуже обеспеченных, и это указывает, что в учреждениях с большим количеством обитателей эти показатели ближе к средним, что оценивается положительно.

Самая большая проблема - в обеспеченности обитателей социальными работниками (см. табл. 5). В среднем в наблюдаемых центрах на одного социального работника приходится 52 человека, лучше всего такими кадрами обеспечен ЦСО «Пиладзис» (30); «Калупе» (35) и «Иле» (40), хуже – СГЦСО «Веги» (103), «Айзвики» (80) и «Зиедкальне» (75), вообще нет социальных работников в 3 ЦСО – в отделении пансионата БПС «Слокская больница», «Лубана» и «Нитауре».

Таблица 5 – Обеспеченность центров социального обслуживания работниками

Учреждения социального обслуживания	Персонал		Медсестры		Сиделки, няни		Социальные сиделки		Социальные работники		Психиатры		Потребность учреждений в ресурсах персонала
	Всего	в непосредственной работе с клиентами	Количество	клиенты на одну медсестру	Количество	клиенты на одну сиделку	Количество	клиенты на одну соц. сиделку	Количество	клиенты на одного соц. работника	объем нормального рабочего времени	частота доступа (раз в месяц)	
СГПСО «Айзвики»	53	27	6	13	16	5	5	16	1	80	0,5	4	сиделка, обучение социальных сиделок на курсах
СГПСО «Реги»	40	20	5	17	17	5	2,5	34	2	42	0,5	12	психолог для клиентов и сотрудников

СГПСО «Рауна»	38	20	4	16	11	6	3	22	1	65	0,5	4	2 социальных сиделки, соц. работник
СГПСО «Нитауре»	29	11	1	29	8	4	1	34	0	0	0,5	4	социальный работник, психолог
СГЦСО «Веги»	161	120	7	15	67	2	16	14	3	103	консу- льтант	4	сиделки, курсы для нянь и сиде- лок
СГЦСО «Дундага»	56	13	7	14	13	8	3	33	2	50	1	8	
СГЦСО «Лубана»	41	21	3	19	12	5	3	19	0	0	0	1х в год	медсестра с 24 ч. време- нем работы, социальный работник, психолог для персонала
Спец. отд. Резекненс- кого ЦСО	5	5	1	10	2	5	1	10	1	5	0,25	1х4 в мес.	эрготера- певт, соци- альный реа- билитатор
ГЦСО «Субате», часть в Илуксте	50	24	11	6	7	10	2	35	0	0	1	4	социальный работник, психолог
Отделение пансионата БПС «Слокская больница»	25	18	5	11	6	9	2	28	1	55	0,25	4	3 социальных сиделки, 3 социальных работника
СГЦСО «Ильги»	150	90	13	24	57	5	10	31	6	52	1	4	инструкторы по труду, специалисты по жизнен- ным навы- кам
ЦСО «Литене»	169	109	14	22	48	7	13	24	5	62	1	20	нет сведений
ЦСО «Иле»	56	27	3	27	7	12	2	40	2	40	консу- льтант	4	10 сиделок, 3 соц. сиделки, обучение сотрудников
ЦСО «Зиедкалне»	93	40	5	30	26	4	5	30	2	75	0,8	2	сиделки
ЦСУ «Пиладзис»	23	14	3	10	6	5	1	30	2	15	0,3	2	психолог для клиентов, сотрудников
ЦСО «Калупе»	98	49	8	22	29		6	29	5	35	1	20	психолог для клиентов, сотрудников
Всего	1087	608	96	285	332	92	75,5	429	33	679	1087	608	

Занятость/работа

При посещении ЦСО ЛЦПЧ констатировал четыре вида занятости: занятость в самом учреждении без заключения трудового договора, занятость за вознаграждение, занятость в самом учреждении с трудовым договором и занятость вне учреждения. Труд без заключения трудового договора используется наиболее широко - в ЦСО «Айзвики» 30 обитателей участвуют в работах по уборке территории и заготовке дров. В пяти учреждениях - в «Реги», «Рауне», «Дундаге», «Лубане», «Ильги» - имеются огороды или вспомогательные хозяйства, где может быть использован труд обитателей этих учреждений. Во всех посещенных учреждениях работники говорили: несмотря на то, что работающие не получают оплату, их стараются вознаградить за труд - сигаретами (3), сладостями (5), кофе (3), экскурсиями (6 учреждений). В «Дундаге» им выплачивают премии, в «Ильги» за хорошую работу могут выделить небольшой участок земли для обработки.

По трудовому договору работают обитатели из 7 ЦСО: «Айзвики» (1), «Реги» (4), «Рауна» (4), Слокской больницы (3), «Литене» (3), «Иле» (6) и «Зиедкальне» (28 человек). В двух ЦСО – «Лубана» и «Субате» – руководители сказали, что не поддерживает работу обитателей за вознаграждение, потому что это незаконно, принимая во внимание, что они находятся на полном обеспечении государства.

Хотя большинство учреждений разрешает своим обитателям работать на случайных работах за пределами учреждения (в близлежащих крестьянских хозяйствах), делают они это редко. В ЦСО «Зиедкальне» сложилась практика каждый год перед началом летних полевых работ проводить встречу с владельцами близлежащих хозяйств, когда администрация ЦСО рассказывает о заболеваниях, которых следует опасаться, о том, что надо делать, например, в случае приступа эпилепсии и т.п. Для получения разрешения работать обитатель ЦСО должен подать заявление и заполнить специальный бланк, в котором указывается информация о крестьянском хозяйстве и возможность контактов с ним. Объем вознаграждения и порядок оплаты ЦСО не контролирует, потому что, если хозяин не заплатит, наемный работник больше не пойдет к нему работать. В тех случаях, когда руководство учреждения получает информацию о неподходящих условиях труда или быта, персонал ЦСО «Зиедкальне» является к работодателю и проверяет ее.

Другие вопросы прав человека

Дееспособность/попечительство

До 2004 года во всех ЦСО для лиц с нарушениями душевного характера было относительно немного таких, кто по суду признан недееспособным. В 2005 году их было примерно 12%, или 515 человек, из них 462 был назначен попечитель²³. Во время визитов 2004 года несколько руководителей учреждений сообщили мониторинговой команде ЛЦПЧ, что в 2003 году они получили письмо МБ, призывавшее всех директоров ЦСО «оценить потенциальных обитателей, которых следует лишить дееспособности». К тому же, принимая во внимание, что сиротские суды испытывают трудности с поиском попечителей, МБ предложило, что попечителями могли бы стать сотрудники центров социального обслуживания, - в основном социальные сиделки и социальные работники. Правда, ЛЦПЧ в сообщении 2004 года о положении с правами человека в стране указал, что практикуемое возведение социальных работников в статус попечителя потенциально создает конфликт интересов, ибо социальные сиделки являются непосредственными контактными лицами в обеспечении подобающего обслуживания обитателей. ЛЦПЧ сообщал также, что на конец 2004 года в ЦСО «Литене» по решению суда недееспособными были признаны 93 человека, из них попечители назначены 38 (20 обитателям попечителями назначены 2 социальных работника учреждения – т.е. каждому в попечительство передавалось 10 обитателей ЦСО). Остальным 55 обитателям «Литене» попечители не были назначены, а это значит, что эти люди не имели права получать свои ежемесячные пенсии (15%) и пособия²⁴.

Во время повторного визита ЛЦПЧ 15 февраля 2005 года директор ЦСО «Литене» Янис Клявиньш сообщил, что ежемесячные карманные деньги обитателям, которым не назначены попечители, накапливаются на банковском счете «Литене». Руководитель ЦСО добавил также, что обитателям трудно объяснить, почему они больше не получают свои ежемесячные карманные деньги, потому очень недовольны таким положением, ибо деньги им нужны для удовлетворения личных потребностей, в том числе на сладости и сигареты, а не для накопления на банковском счете. Директор ЦСО сообщил также, что практически еще 24 человека следовало бы признать недееспособными, но, принимая во внимание имеющийся неудачный опыт, руководство учреждения боится возбуждать дело о лишении их дееспособности.

23 Данные Управления социальных услуг, http://www.socpp.lv/lv/files/Tab_9.xls (последний просмотр 10.07.2006)

24 Латвийский центр по правам человека и этническим исследованиям, Права человека в Латвии в 2004 году, с. 20, <http://www.humanrights.org.lv/html/lv/aktual/publ/28367.html?yr=2005> (последний просмотр 10.07.2006)

Попечительство обеспечивает положение, когда душевнобольной, у которого отсутствуют все или большая часть умственных способностей, сможет выражать свою истинную волю, вступать в правовые отношения, представлять себя, управлять своим имуществом и распоряжаться им. Целью попечительства является не ограничение лиц, находящихся под социальной опекой, а как раз наоборот, осуществление их интересов. Мониторинговая команда ЛЦПЧ считает, что неназначение попечителя дискриминирует обитателей ЦСО «Литене», поскольку Латвия взяла на себя положительную обязанность защищать права недееспособных согласно Регулированию института попечительства, установленному в ст. 355-364 Гражданского закона²⁵.

Принимая во внимание, что сиротским и волостным судам очень трудно найти попечителей для людей, находящихся в центрах социальной опеки, ЛЦПЧ рекомендует вместо попечительства находить другие средства для реализации прав таких людей. Эти средства должны быть менее ограничивающими, а их процедура применения – более простой. В Латвии Гражданский закон не предусматривает возможности признать лицо частично дееспособным. ЛЦПЧ считает, что частичная дееспособность, признание которой успешно применяется в других странах, могла бы быть одним из решений в положении обитателей ЦСО «Литене». В 2006 году ЛЦПЧ начал работу над исследованием о частичной дееспособности, которое будет включать в себя и положительные примеры из практики других стран. Весной 2007 года ЛЦПЧ планирует организовать дискуссию за круглым столом для чиновников Министерства юстиции и Министерства по делам детей и семьи, чтобы она послужила началом более широкой дискуссии о необходимости признания в Латвии определения частичной дееспособности.

Механизмы жалоб

В большинстве мониторинговых объектов обитатели информированы о том, что с жалобами можно обращаться к старшей сестре, социальному работнику или директору учреждения. К тому же во всех учреждениях социального обслуживания используются следующие механизмы жалоб:

- 1) Собрания обитателей проводятся в большинстве посещенных учреждений. В основном собрания используются для информации обитателей о планируемых мероприятиях, но в некоторых учреждениях собрания используются и для разрешения споров, возникающих между самими обитателями. Как правило,

²⁵ Сообщение юриста команды мониторинга психиатрических учреждений ЛЦПЧ Лауриса Нейкена о визите в ЦСО «Литене» 15 февраля 2005 года.

собрания проводятся по мере необходимости, хотя 2-3 учреждения сообщили, что собрания происходят один-два раза в год, и этого недостаточно, если собрание обитателей используется как механизм рассмотрения жалоб;

- 2) Ящики для жалоб. Во всех ЦСО оборудованы ящики для жалоб, куда обитатель может опустить письменную жалобу, в т.ч. анонимную. Правда, персонал учреждений сообщает, что эту возможность обитатели используют редко;
- 3) Совет социального обслуживания. Создание таких советов устанавливается *Законом о социальных услугах и социальной помощи*, который определяет, что в компетенцию советов социального обслуживания входит согласование правил внутреннего распорядка ЦСО, подать предложения по улучшению его деятельности, рассмотрение конфликтов между обитателями и администрацией и участие в оценке качества услуг, оказываемых учреждением. Закон устанавливает также, что в состав совета должны включаться как лица, проживающие в учреждении длительного социального ухода, так и их родственники, а также сотрудники самого учреждения и представители местного самоуправления. Решения совета носят рекомендательный характер²⁶. Создание советов в ЦСО облегчает *Типовое положение о совете социального обслуживания учреждения длительного социального ухода и социальной реабилитации*, утвержденное распоряжением КМ №24 от 19 февраля 2003 года. Во время визитов ЛЦПЧ советы социального обслуживания были созданы практически во всех учреждениях, хотя несколько их директоров отметили, что совет имеет скорее формальный характер. В основном он используется для рассмотрения жалоб обитателей, разрешения конфликтов между ними, а также для организации разных культурных и спортивных мероприятий. К включению обитателей в совет социального обслуживания в учреждениях относятся очень скептически. Мониторинговая команда ЛЦПЧ пришла к выводу, что советы социального обслуживания недостаточно обеспечивают привлечение обитателей ЦСО к принятию решений в основном из-за отношения персонала, ибо считается, что обитатели не способны выразить осмысленное мнение, тем более представлять интересы других. Мониторинговая команда ЛЦПЧ считает, что было бы целесообразно во всех ЦСО создать советы обитателей, где действуют только они. Здесь можно рекомендовать опыт Совета пациентов Акнистской ПНБ.

26 Ст. 30 Закона о социальных услугах и социальной помощи, http://www.socpp.gov.lv/lv/files/Socialo_pakalpojumu_un_socialas_palidzibas_likums_ar_grozij_2006.doc (последний просмотр 10.07.2006)

Право на коммуникацию

Во всех посещенных учреждениях, за исключением ЦСО «Иле», персонал не контролирует корреспонденцию обитателей. В правилах внутреннего распорядка ЦСО «Иле» на момент визита ЛЦПЧ было установлено, что обслуживающий персонал центра имеет право проверять содержание приходящих обитателям писем и посылок. Руководство ЦСО пояснило, что подобное ограничение прав необходимо, поскольку были случаи, когда родственники или близкие присылали медикаменты, не являвшиеся для обитателя необходимыми. Правда, в правилах внутреннего распорядка не указано, что именно не разрешается включать в почтовые посылки или передачи.

Доступность телефонной связи в учреждениях различна. Есть учреждения, где оборудованы телефоны-автоматы, обитатели сами покупают телекарты и пользуются телефоном, когда пожелают. Но во многих учреждениях, находящихся в сельских районах, телефоны-автоматы не оборудованы, поэтому обитателям позволяют пользоваться телефоном, обычно находящимся в сестринской комнате. Разговоры обитателей регистрируются и в конце месяца они оплачивают свои звонки из пенсии или пособия. Администрация ЦСО «Реги» сообщила, что клиентам разрешено звонить по телефону учреждения один раз в неделю. Руководитель учреждения Ирена Хартмане информировала ЛЦПЧ, что «если у обитателя есть родственники, то разрешаем позвонить им, а если клиент хочет только развлечься, то не разрешаем»²⁷. Мониторинговая команда предполагает, что разговоры обитателей не могут вестись приватно, потому что телефон находится в кабинете директора.

²⁷ Интервью ЛЦПЧ с директором ЦСО «Реги» Иреной Хартмане 8 июня 2004 года

Рекомендации

Министерству благосостояния и Управлению социальных услуг

1. Срочно необходимо разработать правила об изоляторах в центрах социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера и о порядке помещения в изолятор.
2. Принимая во внимание, что последняя оценка соответствия обитателей в ЦСО производилась в 2002 году и ее рекомендации в отношении тех, кто может жить в обществе, практически выполнены, необходимо провести повторную оценку и создать возможности для тех обитателей, которые приспособлены для жизни в обществе, по обеспечению их групповыми или социальными жилищами.
3. Необходимо обеспечить в ЦСО для лиц с нарушениями душевного характера более широкий выбор программ реабилитации и занятости, поскольку нынешнее предложение неудовлетворительно.
4. Необходимо ввести расследование каждого неясного случая смерти клиента как обязательное условие.
5. Необходимо развивать сотрудничество между министерствами, особенно с МЗ, как по улучшению качества медицинского обслуживания обитателей ЦСО, так и по развитию для лиц с нарушениями психического здоровья, особенно для долговременных пациентов психоневрологических больниц, социальных услуг, опирающихся на общество.

Министерству юстиции/Министерству по делам детей и семьи

1. Необходимо ограничить возведение сотрудников ЦСО в статус попечителей клиента.
2. Необходимо оценить существующие нормы Гражданского закона, регулирующие признание лица недееспособным, и дополнить эти нормы определением частичной дееспособности.
3. Необходимо обеспечить контроль качества деятельности сиротских и волостных судов, принимая во внимание, что зачастую в учреждениях очень формально

и поверхностно осуществляют контроль деятельности попечителей, который обычно ограничивается получением ежегодного отчета об использовании денежных средств недееспособного лица.

Самоуправлениям

1. Необходимо начать планирование передачи ЦСО, оценив, не целесообразнее ли уменьшить количество мест в этих учреждениях при параллельном развитии услуг, опирающихся на общество, - групповые жилища, дневные центры и программы занятости.

Центрам социального обслуживания для лиц с нарушениями душевного характера

1. Необходима более глубокая дискуссия о выборе оптимального графика работы медицинских сестер: 24, 12 или 8 часов, ночные или домашние дежурства, поскольку в каждом учреждении в настоящее время действуют по собственным взглядам и мнениям.
2. Необходима дискуссия о возможностях использования компенсируемых медикаментов для обитателей ЦСО с нарушениями душевного характера.
3. Необходимо решать проблемы занятости обитателей ЦСО и недостаточности мероприятий реабилитации.
4. Необходимо разработать положения об изоляции и фиксации в учреждениях, где осуществляются эти процедуры.
5. Необходимо больше привлекать обитателей ЦСО к принятию решений. Рекомендуется создавать в учреждениях советы обитателей ЦСО.
6. Необходимо обеспечить права недееспособных обитателей ЦСО, которым не назначены попечители.

Психоневрологическим больницам

1. Необходимо сотрудничать с ЦСО по отдельным вопросам о выборе дальнейшего местонахождения лиц, не подходящих для условий учреждения длительного ухода.
2. Необходимо регулярно сотрудничать с медицинским персоналом ЦСО для устранения проблем с продолжением лечебной терапии в постстационарный период.