

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПОРАДНИК ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ, ЩО БАЗУЄТЬСЯ НА СТАНДАРТАХ ПРАВ ЛЮДИНИ



Клайв М'ю
Микола Гнатовський

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОРАДНИК ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ,
ЩО БАЗУЄТЬСЯ НА СТАНДАРТАХ
ПРАВ ЛЮДИНИ

Клайв М'ю та Микола Гнатовський

Погляди, висловлені у цій публікації, є відповідальністю авторів і не обов'язково відображають офіційну політику Ради Європи.

Цей poradnik підготовлено в рамках проекту Ради Європи «Посилення імплементації європейських стандартів прав людини в Україні».

Усі запити щодо відтворення або перекладу будь-якої частини цієї публікації повинні направлятися до Директорату комунікації (F-67075 Strasbourg Cedex або publishing@coe.int).

Уся інша кореспонденція щодо цієї публікації повинна направлятися до Головного Директорату з прав людини та верховенства права.

© Рада Європи, 2019 рік

Друк: видавництво «K.I.C»

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ I. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ	7
Належна якість догляду	7
Безпека пацієнтів	7
Уникнення неналежного поведіння	8
Форми неналежного поведіння	8
Професійні межі	9
Реагування на неналежне поведіння	11
Запобігання агресії та насильству між пацієнтами	12
Запобігання нелюдському поведінню та поведінню, що принижує гідність	12
Забезпечення якомога менш обмежувального середовища	13
Сприяння деінституціоналізації	13
Підтримка дестигматизації	14
Уникнення дискримінації	14
РОЗДІЛ II. ЛІКУВАННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО РЕЖИМУ	15
Загальні принципи	15
Забезпечення персоналізації й індивідуалізації	15
Початкове прийняття та огляд пацієнтів	16
Проблеми діагностики	18
Оцінювання клінічних ризиків	18
Біологічне лікування психічних розладів	18
Електроконвульсивна терапія (ЕКТ)	19
Лікування соматичних розладів	20
Контрацепція	21
Психосоціальна терапія та реабілітація	21
Забезпечення контактів із зовнішнім світом	23
Духовна підтримка	24
Клінічна документація	25
Індивідуальні плани лікування, викладені в письмовому вигляді	25
Огляд лікування	26
Особливі потреби окремих груп пацієнтів	27
Підготування до виписання/переведення	29

РОЗДІЛ III. ЗАСТОСУВАННЯ ОБМЕЖУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ (ІЗОЛЯЦІЯ ТА ГАМУВАННЯ)	30
Загальні принципи.....	30
Зниження рівня напруження	33
Застосування механічних і фізичних засобів гамування.....	33
Застосування ізоляції.....	34
Гамування за допомогою медичних препаратів	36
Гамування на власну вимогу пацієнта.....	37
Обговорення за результатами застосування засобів гамування	37
Навчання працівників застосування заходів гамування	37
РОЗДІЛ IV. НЕОБХІДНІ МАТЕРІАЛЬНО-ПОБУТОВІ УМОВИ	38
Загальні принципи.....	38
Середовище відділення	39
Кімнати для перебування вдень	40
Зони просто неба.....	40
Зони трудової терапії	43
Кімната(и)/зона для відвідувань	43
Кухня та їжа.....	44
Аптека	44
Пральня	44
Транспортування	45
Подолання потенційних матеріальних труднощів	45
РОЗДІЛ V. ПИТАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	46
Загальні принципи.....	46
Медичні працівники	47
Парамедичний персонал	48
Медсестринський персонал	48
Мультидисциплінарний клінічний персонал.....	49
Неклінічний персонал	50
Набір і навчання персоналу	51
Забезпечення консультацій, підтримки та безпеки персоналу	52
Подолання потенційних труднощів з кадровим забезпеченням	52
РОЗДІЛ VI. ЗАСОБИ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ (ЮРИДИЧНІ ГАРАНТІЇ)	55
Необхідність юридичних гарантій	55
Інформація для пацієнтів та їхніх родин	55
Добровільна госпіталізація особи до закладу з надання психіатричної допомоги	56
«Де-факто недобровільна госпіталізація».....	57
Примусова госпіталізація особи до закладу з надання психіатричної допомоги (цивільний процес)	57

Госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги як примусовий захід медичного характеру (кримінальний процес)	59
Забезпечення прав осіб при наданні психіатричної допомоги	60
Оскарження рішень, що стосуються надання особі психіатричної допомоги	60
Визнання особи із психічним розладом недієздатною	61
Призначення опікуна особі, визнаної судом недієздатною	62
Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю	62
РОЗДІЛ VII. ІНШІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ	64
Механізми розгляду скарг	64
Забезпечення інформаційними матеріалами	65
Заохочення зовнішніх перевірок	65
Випадки смертей серед пацієнтів	66
Правила операційної діяльності	66
Участь у дослідженнях	66
ПРИКІНЦЕВІ КОМЕНТАРІ	67
ПОДЯКИ	69
ДОДАТОК I. ОСНОВНА ДОВІДКОВА ДОКУМЕНТАЦІЯ КОМІТЕТУ ІЗ ЗАПОБІГАННЯ КАТУВАНЬ (КЗК) РАДИ ЄВРОПИ	70
ПРО АВТОРІВ	71

Робота в галузі охорони психічного здоров'я – одна з найвдячніших сфер професійної діяльності. Утім ця робота також може бути однією з найскладніших.

Робота в галузі охорони психічного здоров'я – одна з найвдячніших сфер професійної діяльності. Втім ця робота також може бути однією з найскладніших.

Цей poradnik, розроблений для керівного складу медичних працівників, що працюють у психіатричних закладах України, та спрямований на надання рекомендацій щодо основних стандартів і підходів, застосування яких повинні прагнути працівники при забезпеченні догляду та лікування пацієнтів у стаціонарних закладах психічного здоров'я¹. Його мета полягає в тому, щоб за умови дотримання запропонованих практичних підходів, наведених у poradniku, можна було уникати недбалого та неналежного поводження з пацієнтами, а також забезпечувати якісну психіатричну допомогу.

Хоча висловлені тут погляди суто авторські, вони ґрунтуються на європейських стандартах прав людини та міжнародних стандартах клінічної практики в поєднанні з досвідом клінічного та правового практичного застосування цих стандартів авторами. Безумовно, автори брали до уваги українське та міжнародне право та Конвенцію про права осіб з інвалідністю (КПОІ), втім вони б хотіли окремо наголосити на важливості застосування основних стандартів і документальної бази КЗК² в психіатрії (див. Додаток І), які лягли в основу цього poradnika.

Тут ми вживаємо термін «заклад охорони психічного здоров'я», бо цей poradnik може використовуватися не лише в психіатричних лікарнях (цивільних і спеціальних), а й у психіатричних відділеннях, що входять до структури лікарень загального профілю, та у закладах соціального захисту, які забезпечують догляд за підопічними з психіатричними розладами (хоча скрізь використовується термін «пацієнт», а не підопічний, користувач чи бенефіціар послуги). Слід зазначити, що, хоча цей poradnik не призначений для використання (та не має використовуватися) як настанови з лікування психічних розладів у в'язницях чи інших місцях перебування (наприклад, місцях утримання нелегальних мігрантів), деякі з описаних принципів усе ж можуть бути застосовані і в таких закладах.

1 Відзначимо, що законодавство України використовує термін «заклад з надання психіатричної допомоги».

2 Європейський комітет із запобігання катуванням і нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню або покаранню.

РОЗДІЛ I.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ

Лікування може бути ефективним, лише якщо воно безпечне і якісне.

Належна якість догляду

Під час перебування в психіатричній установі всі пацієнти повинні мати повний спектр безпечного, якісного, індивідуалізованого, міждисциплінарного лікування та догляду, якого вони потребують. Таке лікування і догляд мають надавати, відповідно до законодавства, кваліфіковані та навчені працівники в якомога менш обмежувальному середовищі із забезпеченням належної клінічної практики та захисту прав пацієнтів.

Належна якість догляду має ґрунтуватися на забезпеченні стандартів клінічної практики. Отже, якщо виявлено серйозний інцидент (наприклад, фізичний напад, значний випадок самоушкодження, самогубство, несподівану смерть, допущення істотних помилок тощо) або виявлено неналежну практику (наприклад, через скаргу), такий інцидент/проблему має розслідувати та розглядати міждисциплінарна група керівного медичного персоналу, яка має зустрічатися регулярно (приміром, щомісяця) з тим, щоб запроваджувати навчання та відповідні зміни в клінічну практику та процедури задля безперервності процесу клінічного вдосконалення якості догляду за пацієнтами.

Безпека пацієнтів

Необхідно гарантувати безпеку всіх пацієнтів стаціонарних закладів. Це передбачає захист вразливих пацієнтів від ушкоджень (наприклад, коли вони їх завдають собі самі, або до цього причетні інші особи, або внаслідок вживання нелегальних речовин та алкоголю тощо) та/або експлуатації. Слід гарантувати лікування з застосуванням методів доказової медицини в безпечних і належних умовах, забезпечити достатню кількість кваліфікованих і підготовлених працівників, що дотримуються узгодженої політики та процедур. Безпека в установі охорони психічного здоров'я базується не лише на фізичних/матеріальних умовах, а й на процедурних заходах безпеки та службових відносинах, які практикують працівники. Лікування може бути справді ефективним, лише якщо воно безпечне і якісне.

Один з дуже серйозних ризиків у закладах охорони психічного здоров'я – ризик самогубства пацієнтів. До обов'язків працівників, які доглядають догляд, входять будь-які дії щодо запобігання самоушкодженню пацієнтів; усе інше вважатиметься терапевтичною недбалістю. Отже, працівники мають пройти підготування щодо розуміння проблем самогубства та самоушкодження; простір, в якому перебувають пацієнти, має бути вільним від засобів перев'язування

та максимально звільнений від предметів, що їх можуть використовувати для самоушкодження; якщо існує серйозний ризик заподіяння самоушкодження пацієнтом, необхідно мати достатньо працівників для забезпечення частого (наприклад, кожні 15 хвилин) або постійного спостереження за таким пацієнтом і надання психологічної підтримки. Якщо пацієнт із ризиком самоушкодження розміщується в захищенішому середовищі, необхідно забезпечити збереження його гідності.

Уникнення неналежного поводження

Неналежне поводження та недбале ставлення до пацієнтів у психіатричних закладах можуть набувати багатьох різних форм і їх за жодної обставини не можна допускати.

Значна більшість працівників у більшості закладів охорони психічного здоров'я повністю віддані забезпеченню належного догляду за пацієнтами. Часто це особливо помітно, коли рівень забезпечення працівниками і наявні ресурси обмежені. Проте всі працівники закладів охорони психічного здоров'я мають усвідомлювати, що через низку можливих факторів (індивідуальних та/або системних) догляд за стаціонарними пацієнтами іноді може вийти з-під контролю навіть у ситуації належного забезпечення психіатричного закладу ресурсами та відповідного керування. Хоча вкрай мало ймовірно, що в закладах охорони психічного здоров'я відбуватиметься катування як таке, на жаль, можуть траплятися випадки неналежного поводження з пацієнтами, навіть якщо значна більшість співробітників мають найкращі наміри щодо своїх пацієнтів. За складніших обставин, наприклад, коли бракує фінансових, людських і матеріальних ресурсів, пацієнти стаціонарів можуть виявитися ще вразливішими.

Хоч би якою була причина неналежного поводження з пацієнтами, такого ніколи не можна допускати. Тому керівництво закладів охорони психічного здоров'я повинно діяти на випередження, щоб запобігти неналежному поводженню з пацієнтами з боку працівників, забезпечувати постійну пильність та регулярно нагадувати своїм співробітникам про те, що до пацієнтів стаціонарних відділень слід завжди ставитися з повагою, та що неналежне поводження з пацієнтами в будь-якій формі (вербальній чи фізичній) абсолютно неприйнятне, і за нього може бути відповідне покарання.

Керівництво закладу має підтримувати своїх співробітників у тому, щоб вони виконували свою роботу належним чином, і запобігати нехтуванню потребами тих пацієнтів, за яких заклад узяв на себе відповідальність.

Форми неналежного поводження

Неналежне поводження з пацієнтами стаціонарів з боку працівників закладів охорони психічного здоров'я може мати різні форми наприклад:

- ▶ вербальне неналежне поводження (приміром, неповага, крики, образи, грубість, словесне приниження);
- ▶ фізичне неналежне поводження (а саме штовхання, ляпаси, удари, побиття, удари ногами, застосування палиць);
- ▶ психологічне неналежне поводження (як-от цькування, приниження);

- ▶ сексуальний контакт або експлуатація;
- ▶ агресія та насильство між пацієнтами (наприклад, цькування, відкрите фізичне або сексуальне насильство);
- ▶ застосування медичних препаратів для неклінічних, каральних цілей;
- ▶ застосування ізолювання та/або засобів фізичного/механічного гамування для неклінічних, каральних цілей;
- ▶ недбалість, що призвела до тяжких наслідків (скажімо, бракує необхідного соматичного або психіатричного лікування та догляду, що призводить до значного погіршення стану здоров'я);
- ▶ нелюдські та/або принизливі умови перебування;
- ▶ брак належного харчування;
- ▶ незабезпечення права на приватність та неповага до гідності.

Професійні межі

Працівники повинні завжди дотримуватися професійних меж.

Хоча важливо, щоб працівники дружньо ставилися до пацієнтів, яким забезпечують догляд, водночас працівники мають пам'ятати про необхідність дотримання професійних меж. Враховуючи вразливість, притаманну стаціонарним пацієнтам у закладах охорони психічного здоров'я, розподіл повноважень між працівниками, терапевтичне значення довіри та неможливість забезпечити отримання явної згоди, занадто фамільярні особисті стосунки (або будь-які сексуальні контакти) між працівником та пацієнтами, яким забезпечують догляд, неприпустимі, неприйнятні та недопустимі. Подібну поведінку з боку працівника треба завжди розглядати як зловживання повноваженнями, і вона повинна викликати відповідну реакцію.

Працівники мають усвідомлювати, що, ймовірно, виникатимуть особливі ситуації, коли вони можуть піддаватися небезпеці через ставлення, поведження або поведінку пацієнтів, яких вони доглядають. Коли виникають подібні ситуації, може зростати ризик неналежного поведження такого працівника з пацієнтом, у вербальній або фізичній формі. Якщо працівник здатний належним чином визначити сутність ситуації з високим ступенем ризику, ймовірність неналежного фізичного та вербального поведження з пацієнтами значно менша; тут важливо підвищувати рівень об'єктивності через спостереження. Такі ситуації підвищеного ризику можуть виникати, якщо пацієнт:

- ▶ безпосередньо використовує непристойну лексику й ображає працівників або інших пацієнтів;
- ▶ безпосередньо вербально або фізично погрожує працівникам або іншим пацієнтам;
- ▶ фізично нападає на працівників;
- ▶ має тяжкі психічні або фізичні розлади (зокрема розгальмованість);
- ▶ має комунікаційні труднощі (зокрема внаслідок порушення здатності до навчання або розладу особистості);

- ▶ постійно порушує правила перебування в відділенні;
- ▶ постійно скаржиться;

або працівник:

- ▶ втомлений/виснажений;
- ▶ перебуває в стані додаткового персонального або професійного стресу;
- ▶ відчуває, що поведінка пацієнта може призвести до його звільнення з посади через потенційні звинувачення у професійній недбалості (наприклад, після спроби пацієнта втекти);
- ▶ вважає, що має виконувати обов'язки, які не відповідають його посаді, без необхідних вмінь або інструментів.

Такі ситуації можуть ускладнюватися ще більше, якщо:

- ▶ працівник залишається безкарним;
- ▶ бракує належним чином підготовлених та кваліфікованих працівників;
- ▶ нема належного керівництва працівниками.
- ▶ заклад дуже віддалений або ізольований, нема його зовнішнього контролю;
- ▶ нема правових та інших запобіжників;
- ▶ неналежні матеріальні умови (які можуть посилювати неповагу та брак гордості);
- ▶ працівник демонструє принизливе, цинічне, каральне, вороже, зневажливе ставлення;
- ▶ працівник не дотримується професійних меж або займає захисну позицію, позицію уникання або надмірної легковажності;
- ▶ працівник не розуміє належним чином значення концепцій «перенесення» та «контрперенесення»;
- ▶ наявна дискримінація.

Іноді в закладах охорони психічного здоров'я може виникати корупція. Це може статися, якщо працівник має конфлікт інтересів, або якщо працівники (наприклад, медичні працівники) залучаються до отримання фінансової винагороди від пацієнтів чи їхніх родичів у зв'язку з прийняттям або виписанням пацієнта. Крім того, можуть трапитися випадки експропріації особистих фінансових коштів пацієнта. Така поведінка абсолютно неприйнятна і потребує вжиття негайних заходів у разі виявлення, а працівники, помічені в цьому, мають бути відповідним чином покарані.

Усвідомлюючи, що заклади охорони психічного здоров'я можуть приймати пацієнтів з потенційними психічними розладами, а працівники, звісно, мають дотримуватися порядку, слід, втім, використовувати довші підходи, ніж ті, що спираються суто на розподіл ролей між працівниками і пацієнтами. Такі підходи повинні на додаток до медикаментозного лікування пропонувати повний спектр таких терапевтичних, некаральних підходів, як психосоціальні заходи, заохочення та консультування пацієнтів у дусі плідної співпраці з метою допомогти їм зрозуміти переваги та наслідки для себе й інших дотримання рекомендацій щодо лікування та просоціальної поведінки в моменти, коли вони відчувають, що стикаються з викликами (що також допомагає їм, із психосоціального боку, навчатися методів досягнення цього).

Будь-які підозри щодо неналежного поводження з пацієнтами необхідно належним чином розслідувати.

Якщо пацієнт закладу охорони психічного здоров'я скаржиться на неналежне фізичне поводження, його має розпитати про це особа, що не залежить від імовірного(их) агресора(ів), а якщо наявні видимі сліди насильства, лікар має провести ретельне медичне обстеження, а ушкодження слід сфотографувати. Медичне обстеження треба проводити з дотриманням умов суворої конфіденційності. Отриману інформацію, об'єктивні медичні висновки та висновки лікаря слід ретельно зафіксувати в медичній картці пацієнта, а наявні ушкодження слід відобразити на схемі тіла. Потрібно надати необхідне лікування/підтримку та поінформувати відповідні органи.

Будь-який працівник закладу, який стає свідком неналежного поводження з пацієнтом (або отримує вірогідну інформацію про випадки неналежного поводження від інших), зобов'язаний втрутитися, щоб запобігти такому поводженню, та має повідомити про це керівника.

Керівник, який дізнається про ймовірне неналежне поводження з пацієнтом (наприклад, зі скарги пацієнта або звіту працівників), повинен терміново розпочати дисциплінарне розслідування таких звинувачень і вжити заходів для того, щоб працівник(и), який(і) ймовірно вчинив(ли) такі дії, більше не мав(ли) контактів із цим(и) пацієнтом(ами) під час проведення розслідування. В разі необхідності потрібно передбачити тимчасове відсторонення відповідного співробітника.

Недбалою поводження з пацієнтами можуть припускатися всі категорії працівників. Хоч до неналежного фізичного/словесного поводження з пацієнтами можуть бути причетні й лікарі та медсестри, найчастіше неналежним чином діють менш кваліфіковані допоміжні працівники у відділеннях³. Робота санітарів складна, тому їх важливо ретельно добирати, вони мають проходити відповідне підготування з питань гуманного та безпечного поводження з пацієнтами перед тим, як почнуть виконувати свої обов'язки, та продовжувати відповідне безперервне навчання без відриву від роботи. Крім того, для забезпечення належного догляду завжди необхідно передбачати суворий контроль за такими працівниками з боку кваліфікованих медичних працівників (та підпорядкування їм), а також передбачити можливість надання консультації та підтримки таким працівникам задля уникнення вигорання.

Ймовірність того, що працівники не будуть неналежно поводитися, менша, якщо вони мають спочуття, дотримуються належних процедур, діють послідовно (і роблять те, що обіцяють робити), спокійно, витримано, терпляче і вміють добре спілкуватися.

Крім того, запобіжниками від неналежного поводження в клінічній практиці можуть бути:

- ▶ ефективне керівництво та лідерство в медичній практиці;
- ▶ дотримання професійної незалежності працівників клінічного закладу;
- ▶ навчання працівників;
- ▶ можливості для рефлексії;
- ▶ підтримка з боку міждисциплінарної клінічної групи;

3 Іноді цих працівників називають «санітарами».

- ▶ уникнення дискримінації;
- ▶ удосконалення процесу розгляду скарг.

Запобігання агресії та насильству між пацієнтами

Конфлікти між пацієнтами – особливо серйозна проблема в ситуаціях браку контролю за недостатньої кількості працівників.

Хоча час від часу певні незгоди, крики та штовханина неминуче виникатимуть між пацієнтами, серйозніші випадки цькування, експлуатації, агресії, бійок і насильства серед них можуть стати значною проблемою та завдати психологічних і фізичних травм пацієнтам у закладах охорони психічного здоров'я. Це особливо серйозна проблема в закладах з низьким рівнем контролю через недостатню кількість працівників.

Обов'язок керівництва закладу охорони психічного здоров'я дбати про пацієнтів передбачає й відповідальність за їх захист від інших пацієнтів, які можуть завдати їм шкоди. Отже, працівники мають уважно спостерігати за поведінкою пацієнтів і бути готовими діяти рішуче та мати належне підготування в разі необхідності втрутитися. Також необхідно забезпечити постійну присутність належної кількості працівників, особливо вночі й у вихідні дні. Крім того, мають бути вжиті належні заходи, коли йдеться про особливо вразливих пацієнтів, наприклад потурбуватися про те, щоб не поселяти та не залишати їх наодинці з іншими пацієнтами, чия поведінка визначається як агресивна.

Запобігання нелюдському поводженню та поводженню, що принижує гідність

Нелюдське поводження та поводження, що принижує гідність, – зазвичай результат низки негативних факторів ...

Незалежно від того, чи піддаються пацієнти безпосередньо формам жорстокого фізичного/вербального поводження, в закладах охорони психічного здоров'я вони також можуть потрапляти в ситуації, які становлять нелюдське та принизливе поводження. Часто (хоч і не завжди) умови, які становлять нелюдське або принизливе поводження з особою, полягають у тому, що пацієнт змушений зазнавати впливу комплексу принизливих, несприятливих та інших факторів (протягом тривалого часу, що супроводжується втратою надії), яких ігнорують працівники, що врешті призводить до повної втрати гідності. Прикладами таких факторів можуть бути:

- ▶ бруд та/або дуже погані/незадовільні умови перебування (зокрема наявність паразитів);
- ▶ бруд/дуже погані умови особистої гігієни (зокрема наявність паразитів);
- ▶ надмірна перенаселеність без особистого простору та гарантування приватності;

- ▶ проживання в приміщеннях, де нема належного освітлення та/або вентиляції, та/або неприйнятна температура для проживання;
- ▶ нема доступу (або дуже погані умови доступу) до санітарних засобів;
- ▶ повна втрата гідності;
- ▶ ізолювання від контактів з іншими людьми;
- ▶ ізоляція та обмеження шляхом поміщення до дуже аскетичних (часом тісних) приміщень (без доступу свіжого повітря);
- ▶ відсутність необхідного фізичного або психіатричного лікування та догляду, що призводить до значного погіршення стану здоров'я;
- ▶ повна відсутність індивідуалізації (зокрема спільний одяг);
- ▶ повна відсутність будь-яких меблів;
- ▶ відсутність наряддя для їжі.

Проживання в умовах дії певної сукупності таких факторів також можна вважати негуманним щодо пацієнта(ів).

Забезпечення якомога менш обмежувального середовища

Лікування пацієнтів має відбуватися в найменш обмежувальних умовах.

Лікування стаціонарних пацієнтів має відбуватися в найменш обмежувальних умовах. Отже, необхідно забезпечити різні варіанти догляду, лікування та підтримки за різних режимів інтенсивності нагляду (та режимів безпеки, якщо це необхідно). Пацієнти повинні мати можливість користатися такими варіантами (що мають забезпечувати постійний і однаково якісний рівень послуг), щоб їхнє перебування в закладі передбачало максимально широкий спектр можливостей лікування та реабілітації, а термін стаціонарного лікування зводився до мінімуму.

Сприяння деінституціоналізації

З метою поліпшення якості життя пацієнтів і зниження потенційного ризику неналежного поведіння (чи нелюдського або такого, що принижує гідність, поведіння) з ними, необхідно докладати всіх зусиль для деінституціоналізації на місцевому, регіональному та національному рівнях, щоб великі заклади охорони психічного здоров'я (часто розташовані віддалено) поступово відходили в минуле. Насправді надання належної допомоги в сфері охорони психічного здоров'я, можливості перебування та соціальної підтримки в громаді для пацієнтів із проблемами психічного здоров'я – пріоритет, що наполегливо рекомендує Всесвітня організація охорони здоров'я (та необхідна умова, якщо країна має намір виконувати свої зобов'язання, що випливають з Конвенції ООН про права людей з інвалідністю).

Керівники великих закладів охорони психічного здоров'я, що мають управлінські та керівні обов'язки, мають докладати всіх зусиль для сприяння розвитку систем допомоги своїм

пацієнтам на рівні громад, навіть якщо зрештою це призведе до скорочення (або навіть закриття) їхніх закладів. Ті ж пацієнти все одне потребуватимуть лікування, а персонал, який доглядав їх у стаціонарних відділеннях, зможе адаптувати свої навички та продовжувати надавати допомогу й за інших умов.

Розміщення в громадах, коли це потрібно для пацієнтів із проблемами психічного здоров'я, має відбуватися в форматі забезпечення невеликих житлових приміщень у громаді (краще в містах, де під рукою будуть усі відповідні зручності). Переведення пацієнта з великої психіатричної лікарні до великого закладу соціальної допомоги насправді не деінституціоналізація як така або належна реінтеграція пацієнта до громади. Такої трансінституціоналізації не повинно бути.

Підтримка дестигматизації

Пацієнтів з проблемами психічного здоров'я часто стигматизують у їхні громадах через те, що їх сприймають як інших (і небезпечних) людей, що створює зайві стреси для пацієнтів і їхніх родин. Боротьба з таким явищем зазвичай потребує загальнонаціонального стратегічного підходу зі значною політичною підтримкою та впливом медіа. Проте кваліфіковані медичні працівники, що працюють у сфері охорони психічного здоров'я, не повинні забувати, що вони також мають можливості впливати на сприйняття суспільством проблем психічного здоров'я, та мають робити все можливе (чи на індивідуальному рівні, чи ширше; іноді це можуть бути навіть такі прості речі, як використання певних слів) для зниження рівня стигматизації осіб із психічними розладами. Зрештою, психічні розлади такі поширені, що зіштовхнутися з ними може кожен, незалежно від статі, етнічного походження чи віку.

Уникнення дискримінації

Пацієнти з проблемами психічного здоров'я часто внаслідок своїх психічних розладів піддаються дискримінації. Важливо, щоб, коли таких пацієнтів доглядають і лікують у закладах охорони психічного здоров'я, вони не наражалися на дискримінацію внаслідок своєї статі, етнічного походження або сексуальної орієнтації, чи в зв'язку зі своїми політичними або релігійними переконаннями. Необхідно сприяти всеохопності.

РОЗДІЛ II.

ЛІКУВАННЯ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО РЕЖИМУ

Уникання неналежного поводження зі стаціонарними пацієнтами, які перебувають у закладах охорони психічного здоров'я, – це більше ніж гамування та запобігання явному неналежному поводженню з ними ... це й гарантування того, щоб таким пацієнтам надавали повний спектр якісних міждисциплінарних послуг лікування в безпечному та гідному середовищі з метою задоволення їхніх потреб.

Загальні принципи

Лікування – це більше ніж гамування та уникання випадків неналежного поводження з пацієнтами, які перебувають у стаціонарах закладів охорони психічного здоров'я. Це забезпечення їхнього права на належне лікування (а отже й уникання недбалого поводження з ними) шляхом надання їм повного спектра сучасних, високоякісних, орієнтованих на пацієнтів, міждисциплінарних послуг лікування (не лише тих, що ґрунтуються переважно на фармакотерапії, а й з повним спектром психосоціальної терапії) в безпечному та гідному середовищі. Лікування має відповідати їхнім індивідуальним потребам та орієнтуватися на всю сукупність їхніх симптомів і проблем зі здоров'ям. Терапевтичний режим – це завжди поєднання належного середовища та відповідних медичних працівників.

Пацієнт державного або підтримуваного державою закладу охорони психічного здоров'я не повинен ніколи оплачувати жодної діагностичної та лікувальної процедури (зокрема медикаментозного або соматичного лікування), які інакше надавалися б йому безплатно.

Забезпечення персоналізації й індивідуалізації

Усіх пацієнтів треба лікувати індивідуалізовано, персоналізовано.

Усіх пацієнтів треба лікувати індивідуалізовано, персоналізовано, що повністю виправдане саме для цієї особи. Не можна застосовувати загальних лікувальних підходів до всіх пацієнтів без винятку.

Для того щоб пацієнти могли проходити лікування індивідуально, всі вони повинні мати особистого психіатра, який відповідатиме за їхнє лікування, а також особисту кваліфіковану медсестру («основну» медсестру), яка детально обізнана з їхньою історією хвороби, до якої вони можуть звернутися як до першої контактної особи, якщо хочуть обговорити умови свого догляду.

Окремі пацієнти, як і всі люди, мають відчувати, що їхній голос чують люди навколо в їхній спільноті, та що вони мають певний контроль над своєю долею. Окрім виділення часу для індивідуального спілкування з працівниками, залученими до догляду за пацієнтом, й створення ефективного механізму розгляду скарг (див. нижче), може бути доцільно організовувати щоденні (або принаймні щотижневі) засідання на рівні відділень, куди запрошувати всіх пацієнтів і заохочувати їх до участі, щоб вони могли надавати відгуки та ставити питання, що стосуються режиму та зручностей у відділенні. Це не складно запровадити і така ініціатива може також піти на користь працівникам, бо вона надаватиме пацієнтам конкретну можливість порушувати питання, які стосуються всієї спільноти у відділенні, які потім можна буде розв'язувати. Такі збори спільноти можна проводити під головуванням пацієнта, їх можуть відвідувати медсестри й інший клінічний персонал. Також можна вести короткі нотатки (наприклад, у журналі), вказуючи там зобов'язання, які беруть на себе пацієнти або працівники щодо розв'язання певних конкретних проблем.

Забезпечення персоналізованого перебування всім пацієнтам стаціонарних закладів охорони психічного здоров'я має сприяти підвищенню їхньої самооцінки. Пацієнтів слід підтримувати в їхньому самовираженні, зокрема щодо зовнішнього вигляду. Наприклад, попри необхідність підтримувати стандарти гігієни та знижувати ризик педикюльозу, не треба змушувати всіх пацієнтів мати майже ідентичні (та дуже короткі) стрижки (а пацієнти з тривалішим терміном перебування повинні мати доступ у межах закладу до перукаря й обирати власний стиль). Крім того, пацієнти не повинні бути зобов'язані весь день носити піжами, їх слід заохочувати носити денний одяг – якщо це можливо, то власний (або, якщо одяг має забезпечувати заклад, то його треба належним чином добирати та залишати в пацієнта протягом усього періоду перебування, а не збирати в купу та безповоротно не губити при кожному пранні).

Крім того, якщо стаціонарні пацієнти не загрожують іншим і не становлять для них ризику, вони повинні мати право сповідувати свої релігійні та політичні погляди в закладах охорони психічного здоров'я. Вони також повинні бути в змозі безпечно проявляти себе сексуально, як інші дорослі особи в громаді, зокрема мати можливість мастурбувати на самоті, якщо вони того схочуть.

Початкове прийняття та огляд пацієнтів

Якісне оцінення стану пацієнтів – основна запорука подальшого ефективного та безпечного лікування.

Перший огляд пацієнтів після їхнього прийняття до стаціонарного відділення задля належного планування їхнього лікування можна проводити в спеціальному приймальному відділенні або в звичайних лікувальних відділеннях.

При прийнятті пацієнта потрібно скласти опис його особистих речей та передати їх на належне зберігання. Зберігання в палатах заборонених предметів не допускається. Пацієнт повинен бути поінформований в усній або письмовій формі про свої права. Для пацієнта слід провести ознайомчий обхід відділення. Якщо необхідно провести особистий огляд пацієнта, це має робити з

повагою до гідності та з дотриманням конфіденційності персонал тієї ж статі, який пройшов підготування з проведення особистого огляду.

Кваліфіковане оцінення стану пацієнта – основна передумова його подальшого ефективного та безпечного лікування. Оцінення має виявити основні проблеми, з якими стикається пацієнт, а також зафіксувати вихідні дані про стан пацієнта, від яких і буде вимірюватися прогрес. Ба більше, успішна первинна оцінка стану пацієнта має сприяти формуванню терапевтичної взаємодії з ним на основі довіри. Крім знайомства з пацієнтом, за наявності відповідної згоди/дозволу, медичні працівники можуть отримати необхідну інформацію про пацієнта від належних інформаторів (наприклад, родичів, друзів, лікаря, поліції тощо).

Початкова психіатрична оцінка має охоплювати:

- ▶ опис заявлених скарг(и);
- ▶ повний анамнез (а саме родина, дитинство, трудова діяльність, стосунки, медичні, психіатричні обставини, вживання психоактивних речовин, судимості, соціальні та фінансові обставини);
- ▶ оцінку психічного стану (зокрема ризиків самоушкодження/самогубства);
- ▶ оцінку клінічних ризиків (ризиків для себе й інших);
- ▶ подальші огляди (наприклад, оцінку IQ, особистості тощо).

Початкова оцінка фізичного стану має охоплювати:

- ▶ основні показники (маса, пульс, артеріальний тиск, температура);
- ▶ повний медичний огляд;
- ▶ оцінку будь-яких фізичних обмежень (інвалідність);
- ▶ аналіз крові (наприклад, загальний аналіз крові, функції нирок і печінки, глюкоза, функція щитовидної залози тощо);
- ▶ електрокардіограму (ЕКГ);
- ▶ оцінку ризику венозної тромбоемболії;
- ▶ додаткові дослідження, якщо це показано (наприклад, рентген грудної клітки, електроенцефалограму (ЕЕГ), МРТ тощо).

Оцінка фізичного стану повинна проводитися протягом 24 годин після прийняття.

Слід вказати всі медикаменти (від психіатричних і соматичних розладів), які регулярно вживає пацієнт і продовжити вживання за призначенням.

Після початкового оцінення стану пацієнта слід розробити план медсестринського догляду та план керування ризиками.

Якщо новоприбулий пацієнт у закладі охорони психічного здоров'я скаржиться на неналежне поводження з боку тих, хто його супроводжував до установи (наприклад, поліції), його необхідно розпитати щодо цього, а якщо наявні видимі сліди насильства, слід провести ретельний медичний огляд і сфотографувати ушкодження. Медичне обстеження треба проводити з дотриманням умов суворої конфіденційності. Отриману інформацію, об'єктивні медичні висновки та висновки лікаря слід ретельно задокументувати в медичній картці пацієнта, а за наявності тілесних ушкоджень їх слід вказати на схемі тіла. Необхідно надати необхідне лікування/підтримку та поінформувати відповідні органи.

Проблеми діагностики

Усіх пацієнтів слід діагностувати за МКХ-10, і діагноз (або діагнози) необхідно вказати в їхньому індивідуальному плані лікування в письмовій формі.

Одна з передумов забезпечення високоякісного та належного лікування – встановлення точного діагнозу пацієнта.

Усіх пацієнтів слід діагностувати за МКХ-10⁴, і діагноз (або діагнози) необхідно вказувати в їхньому індивідуальному плані лікування в письмовій формі (див. нижче).

Оцінювання клінічних ризиків

При розгляді ризиків, пов'язаних зі стаціонарним пацієнтом, слід не просто застосовувати систему класифікації пацієнтів (наприклад, за низьким, середнім або високим рівнем ризиків), необхідно застосовувати складніший підхід, що дозволить точніше визначати ризики, зокрема, які саме це ризики, кому вони загрожують, коли, де та чому. Це має допомогти ефективніше керувати ризиками, пов'язаними з пацієнтами. Оцінювання клінічних ризиків слід проводити з застосуванням як клінічних, так і актуарних підходів. Попри наявність деяких статичних факторів, оцінка ризиків динамічна, тому її слід регулярно переглядати, якщо відбуваються зміни ситуації.

Часто, коли відбуваються серйозні неприйнятні інциденти (наприклад, напади, серйозне самошкодження, самогубство тощо), виявляється, що відповідні ризики вже були відомі, але цю інформацію ефективно не поширили та не повідомили. Комунікація щодо ризиків між працівниками, залученими до догляду за пацієнтом, надзвичайно важлива.

Біологічне лікування психічних розладів

Медикаменти

Медичні працівники повинні мати доступ до постійного резерву та відповідного асортименту антипсихотичних та антидепресивних препаратів нового покоління, а також анксиолітичних, гіпнотичних, що стабілізують настрій та антиепілептичних препаратів, які вони можуть призначати своїм пацієнтам.

Коли йдеться про вживання ліків, слід дотримуватись інструкцій. Це гарантуватиме, що препарат введений належним чином відповідному пацієнтові згідно із призначенням, а також ведеться запис вживання ліків.

4 Міжнародна класифікація хвороб. Том 10. Всесвітня організація охорони здоров'я.

Через те що в пацієнтів, які вживають препарат елозапін⁵, може розвинути побічний ефект у формі зниження кількості білих кров'яних клітин, що може призвести до смерті (гранулоцитопенія), вони потребують регулярного та досить частого, систематичного моніторингу кількості лейкоцитів у крові. Крім того, медичний персонал повинен бути обізнаний з ранніми ознаками побічних ефектів клозапіну.

Що стосується медикаментів PRN⁶, доцільним виглядає застосування підходу, коли лікар призначає їх заздалегідь і медичні працівники надають їх конкретному пацієнтові протягом обмеженого періоду часу, коли виникає така необхідність. Однак загальне застосування препаратів PRN без систематичного контролю з боку медичних працівників не допускається, бо обмежує можливість лікаря оцінити реальні потреби пацієнта в медикаментозному лікуванні та накладає занадто велику відповідальність на медсестринський персонал. Якщо препарат PRN застосовано за необхідності, слід зафіксувати його вживання і негайно повідомити лікаря.

Електроконвульсивна терапія (ЕКТ)

ЕКТ – прийнятний і визнаний метод лікування пацієнтів з певними психічними розладами. Проте необхідно дуже уважно стежити за тим, щоб таке лікування було введене до індивідуального плану лікування пацієнта, а його застосування має супроводжуватися відповідними запобіжними заходами.

Усі заклади охорони психічного здоров'я, в яких застосовують ЕКТ, повинні мати необхідний персонал, обладнання та засоби, які дозволять застосовувати цей вид терапії в модифікованій формі (тобто при анестезіологу, використовуючи як знеболювач, так і м'язовий релаксant) ефективно та з повагою до гідності.

Щоб гарантувати, що ЕКТ використовується лише за належних показань і виконується належним чином, чіткі, детальні та обов'язкові для виконання правила щодо застосування ЕКТ мають бути доступні та відомі медичним працівникам закладу охорони психічного здоров'я, де використовують такий метод лікування. Правила повинні передбачати такі запобіжники:

- ▶ ЕКТ проводять лише спеціально навчені медичні працівники.
- ▶ Весь процес супроводжує кваліфікований анестезіолог, забезпечується належний моніторинг фізичного стану (зокрема електроенцефалографія та електрокардіографія), наявне обладнання для реанімації.
- ▶ Отримано письмову поінформовану згоду пацієнта (або опікуна, якщо особа, про яку йдеться, позбавлена судом правоздатності) на застосування ЕКТ та пов'язану із застосуванням цього методу анестезію, базуючись на наданій повній та зрозумілій інформації. Така згода зберігається у справі пацієнта. Крім виняткових обставин, чітко та суворо визначених законом, лікування проводиться не може, доки не буде згоди на кожний сеанс лікування в межах курсу.
- ▶ ЕКТ проводять поза полем зору інших пацієнтів (бажано в кімнаті або приміщенні, виділеному й обладнаному для цієї мети).

5 Також відомий як: Alemoxan, Azaleptine, Azaleptol, Cloment, Clonex, Clopin, Clopine, Clopsine, Cloril, Clorilex, Clozamed, Clozapex, Clozapin, Clozapina, Clozapine, Clozapinum, Clozapyl, Clozarem, Clozaril, Denzapine, Dicomex, Elcrit, Excloza, FazaClo, Froidir, I hope, Klozapol, Lanolept, Lapenax, Leponex, Lodux, Lozapine, Lozatric, Luften, Medazepine, Mezapin, Nemea, Nirva, Ozadep, Ozapim, Refract, Refraxol, Schizonex, Sensipin, Sequax, Sicozapina, Sizoril, Syclop, Syzopin, Tanyl, Uspen, Versacloz, Xenopal, Zacro, Zapenia, Zapine, Zaponex, Zaporil, Ziproc, Zopin.

6 Pro re nata (по потреби).

- Застосування ЕКТ детально документується в окремому журналі, а також вноситься до індивідуального плану лікування в письмовій формі, що додається до медичної картки пацієнта.

Застосування ЕКТ в немодифікованій формі (тобто без анестезії та м'язових релаксантів) у сучасній психіатричній практиці неприйнятне та не дозволяється. Застосування такого застарілого методу ЕКТ тягне за собою підвищений ризик емоційного розладу, непотрібне заподіяння болю та підвищений ризик небажаних медичних ускладнень у пацієнта.

Лікування соматичних розладів

Пацієнти, які перебувають у закладах охорони психічного здоров'я, також потребують задоволення потреб їхнього фізичного здоров'я та лікування (зокрема стоматологічних послуг та лікування інфекційних захворювань). Це вимагатиме залучення різних категорій медичних працівників, зайнятих у закладі, а також зовнішніх спеціалістів. Принаймні необхідно забезпечити еквівалентне медичне обслуговування, тобто пацієнти в закладах охорони психічного здоров'я не повинні отримувати медичні послуги гіршої якості, ніж вони б мали в громаді.

Медичні працівники повинні мати доступ до постійного резерву та достатнього асортименту препаратів для лікування фізичного здоров'я, які вони зможуть призначати своїм пацієнтам.

Доступною має бути профілактична медична допомога (наприклад, скринінг на предмет серцево-судинних захворювань, діабету, огляд грудей і гінекологічний скринінг) і консервативна реставраційна стоматологія, пацієнти повинні проходити періодичні фізичні медичні огляди (наприклад, пацієнти з тривалим терміном перебування – принаймні щороку).

У закладі має бути кваліфікований персонал та обладнання для реанімації пацієнтів.

Інфекційні захворювання

Задля уникнення істотних ризиків для персоналу, пов'язаних з інфекційними захворюваннями, рекомендується застосування принципу обережного поводження з усіма пацієнтами та їхніми біологічними рідинами, виходячи з припущення, що вони можуть містити інфекції.

Щодо конкретних інфекцій:

- **Туберкульоз (ТБ).** У районах, де туберкульоз – ендемічне захворювання в громадах (або у в'язницях), у яких проживають пацієнти, останніх слід обстежувати на предмет туберкульозу при прийнятті до закладу, а якщо вони ТБ-позитивні, їм слід надавати відповідне медикаментозне лікування, керуючись затвердженою програмою DOTS+. Якщо пацієнти мають відкриту форму туберкульозу, їх слід утримувати окремо в спеціальних палатах (з переведенням до іншого закладу, якщо це потрібно). Пацієнтам, хворим на туберкульоз, слід забезпечити належним чином посилену дієту, додатковий простір і доступ до свіжого повітря. Необхідно докласти всіх зусиль для постійного захисту від інфекції медичних працівників, які працюють у відділеннях з пацієнтами, хворими на туберкульоз.
- **ВІЛ.** Пацієнтів з ВІЛ-інфекцією слід у разі потреби забезпечувати антиретровірусними препаратами. Їх не слід ізолювати від інших пацієнтів (якщо тільки цього не вимагає їхній медичний стан) або піддавати іншим формам стигматизації.
- **Гепатит С.** Пацієнтів з хронічною інфекцією вірусом гепатиту С слід по потребі забезпечувати противірусними препаратами прямої дії (ПППД). Їх не слід ізолювати від інших пацієнтів (якщо цього не вимагає їхній медичний стан).

Пацієнти з фізичними обмеженнями, з обмеженням мобільності та нетриманням сечі

Потреби пацієнтів з фізичними обмеженнями, обмеженням мобільності та/або нетриманням сечі слід забезпечувати так, щоб їхнє лікування було рівноцінне лікуванню інших осіб. Слід максимально підтримувати їхню незалежність і безпеку. Такі пацієнти можуть бути ще більше схильні до депресії чи тривожності, а це вимагає додаткової уваги до цих аспектів.

Умови проживання пацієнтів з фізичними обмеженнями слід адаптувати до їхніх потреб (наприклад, ідеться про відповідні санітарні засоби, що дозволяють їм сидіти; підйомачами для ванн; пандуси; робочі підйомачі на перший поверх тощо); їх треба забезпечити відповідними допоміжними засобами для пересування (наприклад, інвалідними візками, рамками для ходіння тощо).

Лежачим пацієнтам слід забезпечити матраци з профілактикою пролежнів і боковини для ліжок (для запобігання падінням).

Пацієнтам, схильним до нетримання сечі, слід надавати спеціальні прокладки та матраци з пластиковим покриттям, а також необхідний додатковий одяг і гігієнічні засоби.

Персонал повинен надавати допомогу пацієнтам, які мають труднощі з самостійним харчуванням (або ковтанням).

Контрацепція

Деякі пацієнти можуть на момент надходження до закладу охорони психічного здоров'я застосовувати якісь засоби контрацепції. Якщо медичних протипоказань немає, їх вживання слід продовжити, а якщо протипоказання є, то після обговорення з пацієнтом можуть бути запропоновані альтернативні заходи.

Серед пацієнтів у закладах охорони психічного здоров'я необхідно проводити освітні заходи з питань безпечної сексуальної поведінки, їм має бути доступна медична підтримка, якщо вони захочуть обговорити питання контрацепції або своє занепокоєння з приводу вагітності. Належною практикою вважалось б забезпечення пацієнтів таких закладів безплатними презервативами (як для цілей контрацепції, так і для контролю поширення інфекцій).

Паліативна допомога

Будь-яка психіатрична установа, в якій пацієнтам необхідно забезпечувати паліативний догляд (наприклад, якщо в цій установі передбачається тривале перебування, догляд літніх або фізично кволих/немічних пацієнтів тощо), повинна розробити чіткі методики та практичні підходи, що гарантуватиме повагу до гідності пацієнта, а також забезпечити належну аналгезію.

Психосоціальна терапія та реабілітація

Пацієнтам необхідно надати можливість бути залученими до клінічно виправданої реабілітаційної психосоціальної терапії та діяльності, що підготує їх до незалежнішого життя та/або повернення до їхніх сімей. Сюди мають входити психологічна, трудова терапія та соціальна реабілітація, а також відповідні рекреаційні та спортивні заходи додатково до контактів із зовнішнім світом.

Психологічна терапія

Пацієнтам, які цього потребують, має бути доступне психологічне лікування, що охоплюватиме серію відповідних індивідуальних і групових терапевтичних методів лікування.

Окрім оцінення психічного стану (наприклад, що стосуються особистості, розумових здібностей та ризиків), пацієнтам, які цього потребують, має бути надана можливість психологічної терапії, зокрема психоосвіти та індивідуальної і групової психотерапії. Потрібно передбачити доступ до таких специфічних доказових методів, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка застосовується у разі депресії та діалектична поведінкова терапія (ДПТ) – у разі самоушкодження. Також варто застосовувати терапію для розв'язання таких проблем, як тривожність, що особливо актуально для спеціальних закладів з надання психіатричної допомоги), проблем, пов'язаних з жорстокістю та агресією, а також сексуально девіантною поведінкою.

Для пацієнтів, які мають проблеми із зловживанням речовинами (нелегальними наркотиками й алкоголем), крім біологічної терапії та недоступності таких речовин, мають бути передбачені програми профілактики рецидивів.

Через серйозні, небезпечні для життя та здоров'я ризики вживання тютюну пацієнтам закладів охорони психічного здоров'я, які палять, слід наполегливо рекомендувати кинути куріння, а якщо в закладі палити заборонено, новоприбулі пацієнти мають дістати підтримку в спробі утримуватися (та відмовитися) від тютюну. З цією метою таким пацієнтам може знадобитися психоосвіта та психологічна підтримка, а також забезпечення засобами, що замінюють нікотин⁷, якщо це показано. Ні за яких обставин медичні працівники не мають пропонувати пацієнтам у закладах охорони психічного здоров'я сигарети як винагороду за виконання певного завдання або поведінку.

Серйозні небажані інциденти у відділенні (наприклад, напади, випадки серйозного самоушкодження, самогубства тощо) можуть викликати сильний стрес у пацієнтів, які там перебувають. Отже, після подібних інцидентів слід проводити сесії-обговорення з групою пацієнтів, які зазнали впливу, зокрема психологічну роботу. Крім того, окремим пацієнтам за показаннями слід пропонувати психологічні консультації.

Трудова терапія, соціальна реабілітація та рекреаційні можливості

Пацієнти не повинні залишатися день за днем без діла. Їм має бути запропонована серія повноцінних трудових і рекреаційних можливостей.

Трудова терапія й освітні заходи – важливий складник програми лікування, особливо для пацієнтів з тривалим терміном перебування в закладі охорони психічного здоров'я; вони створюють мотивацію, розвивають навички навчання та взаємодії, допомагають набути певних компетенцій та поліпшити самосприйняття. Стаціонарним пацієнтам не слід дозволяти день за днем просто лежати чи сидіти. Натомість їм слід запропонувати серію трудових, освітніх і рекреаційних можливостей.

⁷ Наприклад, гумкою, пластирем, спреями, інгаляторами, пастилками.

Крім формальніших трудових і творчих терапевтичних занять (наприклад, художнього мистецтва, музики, драматургії), соціальної реабілітації й освітніх можливостей, для пацієнтів у закладах охорони психічного здоров'я необхідно також передбачити широкий спектр рекреаційних можливостей. Пацієнти повинні мати доступ до настільних і карткових ігор, музики, радіо, телебачення, друкованих матеріалів для читання (газет, журналів і книг, зокрема з бібліотеки) та інтернету (через телефон або комп'ютер). Зміст матеріалів для ознайомлення, звісно, має бути легальним і нешкідливим для них самих та інших. Гарантувати це може бути непросто, особливо якщо йдеться про доступ до інтернету, але запрошення пацієнта до терапевтичного обговорення цієї теми та досягнення домовленості з цих питань може дати той самий результат, як і спроби встановити обмеження, які буде важко реалізувати на практиці.

Спортивні заходи

Доведено, що фізичні вправи покращують психічне та фізичне здоров'я людини. Пацієнтам (чий медичний стан це дозволяє) слід забезпечити можливості фізичного виховання, фізичних вправ і занять спортом. Сюди має входити доступ до тренажерного обладнання, в ідеальному разі в великому тренажерному залі, а також до місць (бажано в приміщенні та на відкритому повітрі), де пацієнти зможуть займатися спортом (наприклад, бадмінтоном, баскетболом, футболом тощо).

Забезпечення контактів із зовнішнім світом

Щоб зменшити шкідливий вплив інституціоналізації, необхідно докладати значних зусиль для підтримки контактів пацієнтів із зовнішнім світом.

Щоб зменшити шкідливий вплив інституціоналізації, закладам охорони психічного здоров'я необхідно докладати значних зусиль, щоб підтримувати усвідомлення пацієнтів про зовнішній світ та їхній зв'язок з ним. Хоча деякі пацієнти можуть не мати ніяких сімейних зв'язків, слід докладати зусиль для розвитку контактів з громадою. Це можна зробити за допомогою:

- ▶ доступу до телефона;
- ▶ спрощеного режиму відвідувань;
- ▶ доступу до місцевої громади, магазинів і грошей.

Доступ до телефона

Пацієнти, які перебувають у відділеннях закладів охорони психічного здоров'я, повинні мати приватний і частий доступ до телефона, якщо вони цього хочуть. Належною практикою вважається дозволяти пацієнтам залишати при собі власні мобільні телефони (бо телефон – часто невіддільний складник повсякденного життя й ідентичності особи, він використовується для підтримання контактів, збереження особистої інформації й організації повсякденної діяльності). Якщо з причин безпеки необхідно передбачити обмеження доступу до мобільного телефона (наприклад, у спеціальних закладах з надання психіатричної допомоги), такі обмеження повинні бути чітко регламентовані, пацієнтові їх слід пояснити та запропонувати ефективні альтернативи. Якщо пацієнт не може мати доступу до мобільного телефона, слід забезпечити можливість доступу до стаціонарного/платного телефона. Пацієнти ні за яких обставин не повинні

розраховувати на користування мобільними телефонами, що належать працівникам. Пацієнтам, які не мають коштів на телефонний зв'язок, слід надавати відповідну допомогу для телефонування родичам, зв'язку з адвокатом тощо.

Дозвіл на відвідування та географічна близькість

Пацієнти відділень закладів охорони психічного здоров'я повинні мати можливість просто та часто приймати відвідувачів, а тривалість відвідувань не слід без потреби обмежувати (особливо якщо родич або друг мав заради відвідування подолати велику відстань та не може приїжджати часто). За винятком надзвичайних обставин (наприклад, у спеціальних закладах з надання психіатричної допомоги), якщо пацієнт становить серйозну небезпеку, або існує серйозна підозра щодо контрабанди нелегальних речовин), замість застосування «закритих» приміщень для відвідувань, де люди говорять через екран, не торкаючись одне одного, пацієнт повинен мати можливість вільно сидіти з відвідувачем (приміром, з різних боків столу). Якщо медичний працівник залишається, щоб наглядати під час візиту, він має триматися на такій відстані, щоб не чути розмови.

Якщо пацієнтам необхідно перебувати в лікарні, розміщення їх у закладах, що географічно максимально наближені до їхніх сімей (або опікунів/близьких друзів за відсутності родичів) дозволить їм підтримувати контакти з родиною/опікунами/друзями. Тому, якщо пацієнт потрапляє до закладу охорони психічного здоров'я, який розташований далеко від його дому, необхідно передбачити можливість переведення до найближчого до його місцевості закладу.

Якщо заклад охорони психічного здоров'я приймає пацієнтів без жодного зовнішнього контакту (родичів або друзів), слід розглянути можливість складання графіку їх добровільних відвідувань місцевими громадськими групами, щоб кожен пацієнт мав можливість прийняти відвідувача.

Доступ до місцевої громади, магазинів і грошей

Щойно пацієнти, які утримуються в закладах охорони психічного здоров'я, досягнуть достатнього прогресу в лікуванні, складником їхньої психосоціальної реабілітації мають стати відвідування місцевої громади. Це допоможе їм заново розвивати свої навички повсякденного життя, а також дозволить медичними працівниками переоцінити готовність пацієнтів до виходу з лікарні та життя в громаді.

Якщо стаціонарний пацієнт не може мати доступу до громади, а отже й місцевих магазинів, він, втім, повинен зберегти за собою можливість купувати речі (наприклад, для особистого споживання/використання) всередині закладу (в магазині в межах закладу) або зовні (через інтернет або за допомогою персоналу).

Стаціонарні пацієнти повинні мати доступ до власних фінансів, зокрема будь-яких виплат у зв'язку з інвалідністю або пенсії. Якщо наявні занепокоєння щодо здатності пацієнта безпечно керувати власними фінансами внаслідок його психічного стану або інших вразливих моментів, слід впровадити запобіжники, щоб легально призначений опікун міг мати доступ до коштів від його імені. Будь-які грошові кошти пацієнтів, що зберігає заклад, мають прозоро обліковуватися та бути відкритими для зовнішнього аудиту.

Духовна підтримка

Пацієнти в закладах психічного здоров'я повинні мати можливість задовольняти свої духовні потреби. Тому необхідно забезпечити доступ до відповідних релігійних текстів (наприклад, Біблії, Корану, Тори тощо), а також місце для молитви; це може, приміром, бути молитовна кімната для тих, хто сповідує різні релігії, та/або окремий простір для вірян конкретних віросповідань. Крім

того, стаціонарні пацієнти повинні мати можливість зустрічатися з представниками своєї релігії (наприклад, священиком, імамом, рабином тощо).

Клінічна документація

На всіх пацієнтів закладів охорони психічного здоров'я повинна бути в письмовому вигляді сформована індивідуальна справа, що міститиме документацію, яка стосується їхнього перебування. Вона може формуватися в паперовому або електронному вигляді. Справа повинна містити всю відповідну інформацію, зокрема демографічні дані, діагнози, висновки огляду при прийнятті, результати психологічних тестів і перевірку фізичного стану (наприклад, результати аналізів крові, рентгенівських досліджень тощо). Туди також слід регулярно та часто вносити записи, що описують зміни психічного та фізичного стану пацієнта.

Пацієнт у закладі охорони психічного здоров'я повинен мати можливість ознайомитися зі своєю індивідуальною письмовою справою (з вилученням інформації щодо третіх сторін), якщо це не протипоказано з терапевтичного погляду. Він повинен мати право читати задокументовану інформацію про себе, стан свого здоров'я та хід лікування, а також вимагати, щоб інформація, яка міститься у справі, була надана його родичам або адвокату.

До індивідуальної письмової справи пацієнта також слід додавати правову документацію, що стосується його перебування; якщо така документація зберігається в окремому файлі та якщо це не заборонено законом, пацієнт також повинен мати доступ до таких правових документів.

Індивідуальні плани лікування, викладені в письмовому вигляді

Для всіх без винятку стаціонарних пацієнтів має бути розроблений у письмовій формі індивідуальний план лікування.

Для всіх без винятку стаціонарних пацієнтів має бути розроблений у письмовій формі індивідуальний план лікування, що враховує їхні особливі потреби та етапи госпіталізації (наприклад, гостра стадія, реабілітація тощо). Цей план слід додати до індивідуальної справи стаціонарного пацієнта (в паперовому та/або електронному вигляді). План слід регулярно переглядати. Його складанням повинен займатися психіатр, що лікує пацієнта в стаціонарі, в тісній взаємодії з медсестрами, які ведуть пацієнта, та різнопрофільними колегами-клініцистами. Пацієнта також слід залучати до розроблення плану і він має підписати його, щоб засвідчити, що з ним ознайомлений і, як передбачається, згодний з вказаними в ньому підходами до лікування. Потім цей план можна ефективно застосовувати разом з пацієнтом для моніторингу його лікування та терапії.

Хоча діагностична система DSM-4⁸ не так широко застосовується в Європі, при розробленні повного плану лікування рекомендується розглянути можливість застосування цієї діагностичної моделі з кількома осями, бо наголос у ній робиться не лише на діагностиці психічних захворювань, а й на додаткових і різноманітних потребах пацієнта (разом зі зловживанням певними речовинами, розладами особистості, факторами розвитку, зокрема IQ, фізичними станами, ситуаційними факторами та психосоціальними факторами стресу).

⁸ Діагностичний і статистичний порадник. Том 4. Американська психіатрична асоціація.

Індивідуальний план лікування пацієнта в стаціонарі, складений у письмовій формі, повинний містити такі елементи:

- ▶ ПІБ і дату народження;
- ▶ діагноз;
- ▶ ризики для самого себе й інших;
- ▶ цілі лікування;
- ▶ ліки (психіатричні та для лікування фізичних станів);
- ▶ запропоновану психологічну терапію;
- ▶ заходи соціальної реабілітації;
- ▶ плани щодо виписування/переведення;
- ▶ ознаки рецидивів і відомі тригери;
- ▶ дату перегляду.

Для кожного з основних методів лікування/терапії разом із загальним описом того, яким чином він буде забезпечуватися, слід визначити та вказати конкретного працівника, що буде відповідальний за забезпечення лікування/терапії в межах графіка, узгодженого в письмовій формі.

Огляд лікування

Усі відповідні працівники повинні намагатися бути доступними для пацієнтів, щоб ті могли обговорити свій догляд, лікування та пов'язані з цим занепокоєння.

Крім того, лікування пацієнтів у стаціонарі також слід регулярно переглядати в межах формальніших процедур:

- ▶ На **рівні відділення** медсестринський і лікарський персонал зміни, що завершується, має передавати персоналові наступної зміни **листок з оновленою інформацією** щодо будь-яких істотних змін у поведінці пацієнта, ризиків (зокрема тих, що стосуються самоушкодження) або його потреб.
- ▶ На рівні **міждисциплінарної клінічної команди** слід проводити **регулярні мультидисциплінарні клінічні зустрічі**, в яких братиме участь група клініцистів, які працюють у відділенні та представляють усі наявні клінічні дисципліни. На такому засіданні головує лікар, який веде конкретного пацієнта. Під час зустрічей обговорюють, переглядають і документають прогрес і лікування кожного пацієнта у відділенні. Такі зустрічі клінічних команд в ідеальному разі повинні відбуватися кожні 1–4 тижні.
- ▶ На рівні **міждисциплінарної клінічної команди** мають проводитися **регулярні мультидисциплінарні клінічні консилиуми** щодо кожного окремого пацієнта під головуванням лікаря, який опікується пацієнтом, і з залученням команди клініцистів усіх клінічних дисциплін, які беруть участь у лікуванні пацієнта. На таких засіданнях детально переглядають прогрес і лікування пацієнта, підтверджують діагноз, обговорюють майбутні плани та вносять будь-які зміни до лікування з відповідним переглядом індивідуального письмового плану лікування пацієнта. Такі консилиуми з клінічних випадків слід проводити після оцінення початкового стану пацієнта та в період, коли відбуваються якісь важливі для пацієнта події. Крім того, щодо пацієнтів із довгим терміном перебування в психіатричному закладі подібні консилиуми бажано проводити кожні 6 місяців (і не менше ніж кожні 12 місяців).

- ▶ На **міжкомандному рівні, перед переведенням** (до іншого відділення чи закладу, або виписанням пацієнта та поверненням до громади) має проводитися **мультидисциплінарний консилиум з приводу передання справи** пацієнта. Консилиум з розгляду питання про виписання/переведення має проводити лікар, який наразі опікується пацієнтом. У консилиумі має брати участь команда клініцистів, які були залучені до ведення пацієнта. На такому засіданні слід детально розглянути прогрес і лікування, а також узгодити майбутні плани догляду та лікування пацієнта після його відбуття. В цьому засіданні має брати участь принаймні один з провідних медичних спеціалістів (бажано лікар), який буде залучений до подальшого ведення цього пацієнта, з яким можна обговорити та виділити всі відповідні клінічні питання та ризики.

Пацієнта завжди слід запрошувати до участі принаймні в деяких обговореннях, що стосуються його лікування, під час зустрічей клінічних команд та консилиумів, щоб він міг дістати зворотний зв'язок і донести свої погляди та думки. Лікування – це не те, що роблять з пацієнтом, а те, що потрібно виконувати разом з ним, у дусі співпраці. Крім того, за згодою пацієнта, на консилиум, на якому розглядатимуть його справу, можуть бути запрошені найближчі родичі/члени сім'ї, які також мають бути обізнані з прогресом у стані близької людини та планами щодо її майбутнього.

При перегляді лікування пацієнта під час вищезазначених засідань необхідно також переглядати потреби пацієнта щодо психіатричного та фізичного лікування (біологічного та психосоціального), а також питання клінічних ризиків.

Особливі потреби окремих груп пацієнтів

Пацієнтки-жінки в стаціонарі

Пацієнтки-жінки можуть мати специфічні психічні проблеми, що потребують особливої уваги. Однак необхідно гарантувати рівність доступу до послуг.

Багато жінок мають в анамнезі травми, стали жертвами насильства й експлуатації та мають посттравматичну симптоматику; певні клінічні підходи (гамування, ізоляція, обшуки тощо) можуть реактивувати симптоми травми. Дарма що рівень фізичної агресії жінок щодо інших може бути нижчим, ніж у чоловіків, однак серед них може спостерігатися вищий рівень навмисного самошкодження та симптомів, що не мають медичного пояснення.

Необхідно забезпечити доступ до гендерно чутливого скринінгу стану здоров'я.

Ведення вагітних жінок і матерів після пологів передбачає особливий спеціалізований догляд з причини їхньої вразливості, наявності ризиків для їхніх дітей в навколишньому середовищі, вживання медикаментів, специфічних дієтичних потреб тощо. Якщо розглядається переривання вагітності, слід дотримуватися принципів правового захисту.

У місцях проживання пацієнток-жінок слід завжди зважати на співвідношення статей серед медичних працівників та залучення супровідних при огляді пацієнток, а на чергуванні завжди мають бути присутні працівниці-жінки.

Пацієнти-діти та неповнолітні

Пацієнтів-дітей і неповнолітніх не слід розміщувати в тих самих відділеннях, що й дорослих пацієнтів. Вони мають свої особливі потреби (наприклад, пов'язані з розладами поведінки, настроєм, СДУГ тощо) і вразливі до домінування й експлуатації; їхні потреби в догляді слід задовольняти в

умовах відділень, пристосованих до таких потреб та укомплектованих клінічними спеціалістами з відповідними навичками. В разі потреби пацієнтів-дітей/неповнолітніх слід переводити до відповідного закладу, що пропонує спеціальні програми догляду та лікування, а також освітні послуги, що відповідають їхнім потребам. Особливої уваги вимагає питання підтримання контактів з родиною дитини/неповнолітнього (та залучення родини до процесу терапії, якщо це доречно).

Слід докласти всіх зусиль, щоб у роботі з пацієнтом-дитиною/неповнолітнім уникати застосування будь-яких форм гамування (особливо ізоляції, механічного та хімічного гамування).

Літні пацієнти в стаціонарі

Пацієнти похилого віку можуть мати специфічні психічні та фізичні труднощі, які потребують особливої уваги (наприклад, це деменція, фізичні захворювання, фізична слабкість, обмежені можливості догляду за собою тощо). Необхідно забезпечити рівність доступу до послуг.

Особливо обережно слід застосовувати поліфармацію (призначення кількох медичних препаратів) через пов'язані з нею ризики взаємодії та побічні ефекти, зокрема делірій.

Хоча пацієнти похилого віку можуть потребувати застосування седативного психотропного препарату, призначати його слід особливо обережно, зважаючи на те, що вони схильні до втрати орієнтації і падінь, та часто страждають на закрепи.

Особливу обережність необхідно проявляти в роботі з пацієнтами похилого віку з нейрокогнітивними розладами, бо їхня згода на госпіталізацію та лікування може бути неналежно отримана або не отримана, й вони можуть бути вразливі до експлуатації.

Пацієнти в стаціонарі з порушеннями здатності до навчання

Пацієнти з порушеннями здатності до навчання мають особливі психічні труднощі, які потребують особливої уваги. Необхідно забезпечити рівність доступу до послуг.

Пацієнтів з порушеннями здатності до навчання не слід розміщувати в тих самих відділеннях, що й інших. Особи з обмеженою здатністю до навчання мають свої особливі ознаки вразливості та потреби (зокрема освітні); їх можна найкращим чином задовольняти в умовах відділення, пристосованого до їхніх потреб та укомплектованого клінічними спеціалістами з відповідними спеціальними навичками догляду.

Пацієнтам з обмеженою здатністю до навчання може бути важко розуміти правила і процедури та їх дотримуватися, вони можуть мати труднощі з донесенням своїх фізичних і психічних потреб і бути вразливими до цькування, домагань і жорстокого поводження.

Пацієнти в стаціонарі з фізичною інвалідністю/лежачі пацієнти

Будь ласка, див. вище.

Пацієнти – іноземні громадяни в стаціонарі

Заклад має забезпечити усний переклад пацієнтам – іноземним громадянам, які обмежено володіють українською мовою (або іншими загальноповживаними мовами), з метою проведення належного оцінення та забезпечення подальшого лікування. Перекладачі повинні мати відповідну кваліфікацію; загалом слід уникати залучення інших пацієнтів як перекладачів. Крім того, такі

пацієнти повинні отримати в письмовій формі інформацію щодо своїх прав мовою, яку вони можуть зрозуміти.

Якщо в таких пацієнтів немає поблизу родини, їхню потенційну ізоляцію можна пом'якшити шляхом спрощення процедури відвідування для друзів, що знаходяться поруч, та/або забезпечення телефонних або відеодзвінків родині, яка перебуває далеко (бажано за допомогою технології VoIP⁹, щоб уникнути витрат на міжнародні телефонні дзвінки), а також дозволивши їм мати доступ до письмових матеріалів (зокрема в електронному вигляді через інтернет) мовою, яку вони здатні розуміти.

Якщо потрібна репатріація, її слід організувати, зв'язавшись із відповідними органами влади в Україні та в рідній країні пацієнта.

Підготування до виписання/переведення

Як зазначено вище, зміну стану стаціонарного пацієнта (а отже й необхідність залишатися в закладі) треба регулярно переглядати й слід активно працювати над реабілітацією та ресоціалізацією.

Неприпустимо, щоб пацієнтів тримали в психіатричній лікарні через брак належного догляду/місця проживання в громаді. Перебування пацієнта в стаціонарі має припинятися, щойно цього більше не вимагає їхній психічний стан.

Безперервність догляду після виписання пацієнта з психіатричного закладу слід забезпечити за допомогою складання повного та ретельно спланованого пакету послуг, разом з медичним лікуванням, психосоціальною підтримкою, відповідним поселенням тощо.

9 Voice over Internet Protocol (протокол передавання голосу через інтернет).

РОЗДІЛ III.

ЗАСТОСУВАННЯ ОБМЕЖУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ (ІЗОЛЯЦІЯ ТА ГАМУВАННЯ)

Застосування гамівних засобів накладає на пацієнта надзвичайні обмеження ... це покладає особливу відповідальність на працівників за дотримання дуже чітких процедур, підходів і засобів захисту.

Загальні принципи

Прийнятною вважається практика, коли до збуджених пацієнтів, які можуть бути небезпечними для себе або інших, у закладах охорони психічного здоров'я іноді застосовують обмежувальні заходи. Вони можуть передбачати фізичне гамування (коли персонал гамує або знерухоплює пацієнта, утримуючи його руками), механічне гамування (знерухоплення, зазвичай за допомогою прив'язування або поясів) або ізоляцію (примусове одиночне розміщення в замкненій кімнаті). Такі пацієнти можуть також потребувати гамування за допомогою медичних препаратів (примусової седації за допомогою медичних препаратів¹⁰, які зазвичай вводять ін'єкційним шляхом), що часто поєднується з механічним гамуванням або ізоляцією.

Будь-яке гамування має відповідати принципам законності, необхідності, пропорційності та підзвітності. Гамування рухливості завжди слід застосовувати як останній з можливих заходів, який вживають, щоб у разі потреби безпечно контролювати гострі епізоди порушення психічного стану хворого та пов'язану з ним поведінку в загальному терапевтичному контексті.

Методи гамування не повинні сприймати пацієнти закладу охорони психічного здоров'я як потенційне покарання або те, що їм загрожує через порушення формальних правил їхнього відділення та неформальних кодексів прийнятої поведінки. Якщо таке сприйняття серед пацієнтів є, працівники мають працювати з ними терапевтично, щоб його позбутися. Жоден працівник у жодному разі не повинен погрожувати гамуванням або застосовувати обмеження свободи рухів як метод покарання у спробі контролювати поведінку пацієнта, за якого він відповідає, або, навпаки, формувати серед своїх пацієнтів переконання, що працівник застосує такий підхід.

Враховуючи потенційну небезпеку неналежного поводження та зловживань, пов'язану з процедурами гамування, а також через те, що застосування таких заходів створює для пацієнта, який їм піддається, надзвичайні обмеження, працівники, які беруть участь у процедурі гамування, несуть особливу відповідальність за дотримання дуже чітких процедур, підходів і засобів захисту. Основних принципів потрібно дотримуватись, а заклад охорони психічного здоров'я повинен вести реєстри випадків гамування, мати правила його застосування в письмовій формі та забезпечувати відповідне навчання працівників з питань, пов'язаних із застосуванням засобів гамування.

¹⁰ Наприклад, заспокійливих, нейролептиків, снодійних і транквілізаторів.

Гамування слід застосовувати лише після всіх інших можливих втручань для контролю гострих психічних станів і поведінки пацієнта в загальному терапевтичному контексті.

Основні принципи **застосування всіх форм** гамування передбачають таке:

- ▶ Пацієнтів гамують лише тоді, коли це останнє можливе втручання, коли методи зниження рівня напруження не подіяли.
- ▶ Пацієнтів гамують лише з метою запобігання неминучій шкоді, якої вони можуть завдати собі або іншим.
- ▶ Усі види гамування та критерії їх застосування регулюються законодавством.
- ▶ Якщо необхідно застосувати гамування до пацієнта, який лікується добровільно, й він не згоден із цим, потрібно переглядати його правовий статус.
- ▶ Засоби гамування ніколи не застосовують як покарання, для зручності, через нестачу працівників або як заміну належного догляду або лікування.
- ▶ Застосування засобів гамування в кожному окремому випадку завжди проводиться з дозволу лікаря після індивідуального оцінення стану пацієнта, або про такі випадки негайно повідомляють лікаря, щоб отримати його схвалення. З цією метою лікар повинен якнайшвидше оглянути такого хворого. Загальний дозвіл лікаря на застосування таких засобів – неприйнятний підхід.
- ▶ Застосування засобів гамування має завжди проводитися з вправністю й обережністю, щоб не загрожувати здоров'ю пацієнта та мінімізувати ризик завдання йому болю. Працівники повинні пройти належне підготування з відповідних методів, перш ніж залучатися до застосування засобів гамування.
- ▶ Під час застосування засобів гамування до пацієнта працівникам не повинні допомагати інші пацієнти.
- ▶ Після того як застосування засобу гамування припиняється, пацієнт і працівники повинні поговорити про цей випадок.

Засоби гамування в жодному разі не можна застосовувати як покарання, для зручності, через нестачу працівників або на заміну належного догляду або лікування.

Крім того, основні принципи **фізичного та механічного гамування й ізоляції** передбачають таке:

- ▶ Гамування завжди застосовують протягом якомога коротшого терміну (зазвичай від кількох хвилин до кількох годин). Коли надзвичайна ситуація, що призвела до застосування гамування, минає, пацієнта слід негайно звільнити.
- ▶ Пацієнтів не піддають гамуванню при інших пацієнтах (хіба що пацієнт чітко висловлює бажання залишатися в компанії певного іншого пацієнта), бо це порушує гідність, потенційно небезпечно та може бути загрозою для інших пацієнтів; відвідування іншими пацієнтами мають відбуватися лише за згодою пацієнта, якого гамують.

- ▶ Залишати в кімнаті одного пацієнта, підданого заходам гамування (та, можливо, збудженого), не можна. Отже, кожний пацієнт, підданий таким заходам, повинен перебувати під постійним, безпосереднім персональним наглядом працівника, який би міг реагувати на будь-які нагальні потреби пацієнта. У разі фізичного гамування працівник повинен постійно перебувати в кімнаті, щоб підтримувати терапевтичний контакт з пацієнтом і надавати йому будь-яку необхідну допомогу. Що стосується пацієнта, який перебуває в ізоляції, працівник (за межами кімнати, де перебуває пацієнт, або в сусідній кімнаті з вікном, що з'єднує з кімнатою пацієнта) повинен мати можливість постійно його бачити та чути. Системи відеоспостереження не можуть замінити постійної присутності працівників, бо вони менш надійні та не дають можливості безпосередньо особисто контактувати.

Кожний пацієнт, якого піддають заходам фізичного гамування або ізоляції, повинен перебувати під постійним, безпосереднім, особистим наглядом працівника.

Крім того, основні принципи у разі **гамування** за допомогою медичних препаратів такі:

- ▶ Застосовують лише схвалені медичні препарати короткої дії, які добре себе зарекомендували.
- ▶ Гамування за допомогою медичних препаратів у жодному разі не можна застосовувати без попереднього дозволу лікаря.

Журнали обліку випадків застосування засобів гамування та їх моніторинг

Кожний заклад охорони психічного здоров'я, який використовує або може використовувати заходи гамування, повинен мати журнали обліку таких випадків у кожному відділенні й окремий централізований реєстр, де ведеться облік усіх випадків застосування засобів гамування. Це дозволяє керівництву установи стежити за частотою застосування таких засобів і мати краще розуміння та контроль над застосуванням засобів гамування. Журнали слід вести додатково до окремих записів в особистій медичній картці пацієнта. Записи в журналі повинні чітко та детально в стандартизованому форматі зазначати: ПІБ, засіб гамування, час початку застосування заходу, а у випадках фізичного гамування, знерухомлення або ізоляції, час коли їх застосування було припинене; обставини конкретного випадку; причини застосування засобів гамування; введені медичні препарати; ПІБ лікаря, який дав наказ або схвалив застосування заходу; звіт щодо будь-яких ушкоджень, завданих пацієнтам або працівникам, а також інформацію, що підтверджує обговорення застосування засобу гамування з пацієнтом. Пацієнти повинні мати право додавати в журналі коментарі (та повинні бути поінформовані про таке право) й на вимогу отримати копію повного запису щодо будь-якого заходу гамування, якому їх піддавали.

Про частоту та тривалість випадків, коли застосовувалося гамування, слід регулярно звітувати наглядовому органу й/або відповідному органу зовнішнього контролю. Така інформація дає можливість проаналізувати ситуацію щодо застосування засобів гамування на державному рівні, що важливо при впровадженні стратегій обмеження їх частоти та тривалості.

Правила щодо гамування

Заклади охорони психічного здоров'я повинні мати послідовні, ретельно розроблені в письмовому вигляді правила щодо гамування. Ці правила повинні бути спрямовані на запобігання (скільки

це можливо) застосуванню заходів гамування та чітко визначати, які з них можна застосовувати, за яких обставин, практичні засоби їх застосування, необхідні заходи контролю та дії, які необхідно зробити після припинення застосування заходу. Ці правила також повинні містити розділи з інших важливих питань, як-от: навчання персоналу; процедури роботи зі скаргами; механізми внутрішньої та зовнішньої звітності, а також обговорення за результатами. Крім того, пацієнтам слід надавати відповідну інформацію щодо правил закладу в сфері застосування заходів гамування.

Зниження рівня напруження

Ефективне зниження рівня напруження ситуації має вирішальне значення, бо може запобігти необхідності застосування заходів гамування.

Гамування в будь-якій формі може бути застосоване лише після використання всіх можливих спроб щодо зниження рівня напруження складної ситуації, пов'язаної з пацієнтом. Отже, гамування – останній можливий засіб втручання, коли методи зниження рівня напруження не подіяли.

Якщо працівникам відомі причини, які активізують пацієнта, та ранні попереджувальні ознаки того, що пацієнт починає збуджуватися (бо вони були визначені та розповсюджені), заходи для зниження рівня напруження можна передбачити на ранній стадії, перш ніж пацієнт почне на повну силу проявляти свій гнів та агресію.

При спробах знизити рівень напруження ситуації працівники мають взаємодіяти з пацієнтом (вербально та невербально) чітко, коротко, з емпатією, без поблажливості та погроз, але наполегливо, даючи зрозуміти, що працівники хочуть допомогти, зрозуміти обставини та обговорити варіанти гнучкого розв'язання ситуації.

Застосування механічних і фізичних засобів гамування

Прийнято вважати, що застосування механічного або фізичного гамування можна розглядати як важливе та належне втручання, якщо пацієнт збуджений і/або агресивний внаслідок свого психічного розладу.

При застосуванні фізичного гамування ні за яких обставин не слід використовувати захват за шию та техніки, які можуть перекрити дихальні шляхи пацієнта, заподіяти біль або перешкоджати йому спілкуватися. Крім того, пацієнти, яких піддають механічному стримуванню, повинні завжди бути розвернуті обличчям вгору, а їхні руки мають перебувати внизу.

Зазвичай застосовують такий засіб механічного гамування, як фіксація шляхом прив'язування до каркасу ліжка¹¹. Хоча часто вдаються до застосування «м'яких засобів гамування» (бинтів або смужок тканини), пацієнтів все ж таки слід стримувати за допомогою спеціально розроблених підбитих ремінців або підбитих магнітних ременів, а в ідеальному разі, рекомендується використовувати спеціальне ліжко, призначене для гамування. Ремінці/ремени не слід затягувати

¹¹ За одне або обидва зап'ястя (фіксація в одному або двох місцях), плюс, можливо, за одну або обидві щиколотки (фіксація в трьох або чотирьох місцях), і ще, можливо, фіксація грудей (фіксація в п'яти місцях).

занадто щільно, вони повинні передбачати певну рухливість кінцівок, щоб уникнути болю або дискомфорту й будь-яких медичних ускладнень через повну статичність кінцівок (наприклад, тромбозу глибоких вен).

Хоча металеві наручники, кайдани або ланцюги все ще (хоча й рідко) використовують для механічного гамування пацієнта в закладах охорони психічного здоров'я, такі методи не можна застосовувати ні за яких обставин; прив'язування пацієнта ланцюгом – негуманне поводження, що принижує гідність і може призвести до фізичних ушкоджень.

Якщо під час гамування пацієнтові необхідно задовольнити природні потреби, це має бути забезпечене з максимальною повагою до його гідності, бажано із супроводженням пацієнта до туалету. Як альтернативу можна використовувати пляшку або судно для ліжка (у разі сечовипускання; дефекацію складно забезпечити, коли пацієнт зафіксований у положенні лежачи). Рішення вдягти на знерухомленого пацієнта прокладку від нетримання сечі неприпустиме, адже це принизливо.

Якщо під час гамування пацієнтові потрібно попити або поїсти, необхідно допомогти йому це зробити, скільки це можливо, автономно (наприклад, можна звільнити руку), або ж працівники мають допомогти пацієнтові споживати їжу або пити.

До пацієнтів, які вже зазнали фізичного або механічного гамування, можна застосовувати додаткове гамування за допомогою хімічних препаратів, лише в ситуаціях, коли існує загроза серйозних наслідків для їхнього здоров'я, якщо ліків не вжито та якщо це робиться у спробі скоротити тривалість періоду будь-якого механічного гамування.

Застосування засобів механічного гамування протягом кількох днів ставить пацієнта під загрозу та не може мати жодного медичного обґрунтування. Це – неналежне поводження.

Застосування гамівних сорочок у закладах охорони психічного здоров'я – пережиток минулого, їх не слід застосовувати. Халати для гамування, виготовлені з легких матеріалів, можна вважати доречними у виняткових випадках, наприклад, якщо до пацієнта потрібно було застосувати певну форму гамування, але він мав залишатися в амбулаторному приміщенні (приміром, щоб мати можливість вийти на прогулянку).

Метод розміщення пацієнта в ліжку-сітці або клітці¹² більше не практикується в сучасній психіатрії. Ліжка-сітки чи клітки не можна застосовувати, вони мають бути виведені з експлуатації.

Застосування ізоляції

Приміщення для ізоляції повинні бути спеціально розроблені для цих цілей і передбачати безпечні, гуманні та гідні умови перебування.

Застосування ізоляції може бути важливим і належним втручанням, якщо пацієнт збуджений і/або агресивний внаслідок свого психічного захворювання.

Приміщення для ізоляції має бути спеціально розроблене для цілей ізоляції та забезпечувати гуманні та гідні умови. Воно має бути безпечним (без засобів перев'язування та з армованими

¹² Ліжко з рамкою згори, весь каркас якого покритий сіткою або дротом, що замикає простір.

вікнами, меблями та постільною білизною, а також з вікном спостереження в дверях або в стіні, що дозволяє оглядати все приміщення) та, щоб пацієнт зберігав орієнтацію, приміщення має бути належним чином освітлене (так, щоб освітлення можна було затемнювати відповідно часу доби), й у полі зору в такому приміщенні має бути годинник (наприклад, на стіні). Приміщення має бути достатньо просторим, добре провітрюваним/опалюваним і мати окремий туалет. Середовище має бути заспокійливим, в ідеальному разі має існувати можливість трансляції в кімнаті фонову музику. Якщо є ймовірність того, що, перебуваючи безпосередньо біля приміщення, працівник може не почути пацієнта, слід передбачити дзвінок для виклику. Оптимально приміщення для ізоляції має бути частиною зони або комплексу, передбаченого для зниження рівня напруження, що дає пацієнтові можливість заспокоїтися в спеціально виділеній для цього зоні та, в кращому разі, уникнути тоді розміщення в кімнаті для ізоляції.

Будь-яке позбавлення основних приладь (наприклад, ложки для їжі, зубної щітки) має тривати протягом якомога коротшого терміну, бути виправданим відповідною оцінкою ризиків і припинитися якнайшвидше – у разі потреби, за умови додаткового нагляду з боку працівників.

Ізольованих пацієнтів слід додатково стримувати за допомогою медичних препаратів у ситуаціях, коли без їх вживання можливі серйозні наслідки для їхнього здоров'я та якщо це робиться з метою спробувати скоротити тривалість ізоляції.

Довгострокове одиночне утримання

У вкрай виняткових випадках (наприклад, у спеціальних закладах з надання психіатричної допомоги) навіть після кількох днів ізоляції стан пацієнта може достатньо ще не поліпшитися. За таких обставин і для того, щоб контролювати дуже стійкі до терапії, довгострокові, безпосередні та дуже серйозні ризики для оточення, може бути ухвалене рішення, що пацієнтові необхідне тривале профілактичне одиночне утримання (довгострокове одиночне розміщення в кімнаті). Таке втручання слід ініціювати лише з клінічно обґрунтованих причин, виходячи з чітких критеріїв, заснованих на оцінці ризиків, за суворого моніторингу та перегляду. Також слід передбачити спеціальні заходи для компенсації шкідливих впливів довгострокової ізоляції на пацієнтів, що піддаються такому заходові.

Основні принципи застосування довгострокового одиночного утримання охоплюють таке:

- ▶ Причини початку та продовження тривалого одиночного утримання пацієнта медично підтверджені й обґрунтовані, передбачають висновок мультидисциплінарної клінічної команди, ґрунтуються на ризиках і повністю задокументовані в особовій справі пацієнта як складник індивідуального плану його лікування, який крім медикаментозних препаратів, також має передбачати запропоновану психосоціальну терапію.
- ▶ Чітко описаний запланований шлях лікування, що розробляють, консультуючись із пацієнтом, і що визначає, які ретельні зусилля докладатимуться для якомога швидшої реінтеграції пацієнта до повної взаємодії з іншими в менш обмежувальному середовищі.
- ▶ Пацієнт матиме регулярний, важливий для нього, щоденний, персональний контакт із людьми, можливість брати участь у змістовних заходах (зокрема рекреаційних, з доступом до матеріалів для читання та радіо чи телебачення) і можливість підтримувати контакти з зовнішнім світом у вигляді візитів або телефоном.
- ▶ Пацієнт зможе, перебуваючи в окремій кімнаті, швидко привернути до себе увагу персоналу, наприклад, використовуючи дзвоник.
- ▶ Пацієнтові будуть запропоновані щоденні заняття просто неба (якщо немає чітких медичних протипоказань щодо цього).

- ▶ Персонал щоденно контролюватиме та документуватиме стан пацієнта, а рішення щодо продовження тривалого одиночного утримання переглядатиме та обґрунтовуватиме мультидисциплінарна команда та документуватиме принаймні щотижня.
- ▶ Якщо період профілактичного індивідуального одиночного утримання триває вже кілька місяців, передбачено офіційний незалежний зовнішній клінічний перегляд випадку пацієнта для визначення можливих альтернативних підходів.
- ▶ Пацієнт, що піддається такому заходіві, має можливість оскаржити його застосування/продовження до незалежного органу.
- ▶ Для документування всіх випадків такого тривалого профілактичного індивідуального утримання ведеться окремий журнал. Записи в журналі повинні містити час, коли почався та закінчився захід; причини вжиття цих заходів; щоденні спостереження медичних працівників за результатами клінічного огляду стану пацієнта, час поза кімнатою, заходи, що пропонуються та вживаються, а також щотижневі висновки перегляду цього випадку мультидисциплінарною командою.

Будь-який заклад охорони психічного здоров'я, що застосовує довгострокове профілактичне індивідуальне утримання, повинен мати всеохопні, ретельно розроблені та викладені в письмовому вигляді правила його застосування, які також охоплюють вищезазначені основні принципи.

Гамування за допомогою медичних препаратів

Застосування гамування за допомогою медичних препаратів може бути важливим і належним втручанням, якщо пацієнт збуджений і/або агресивний внаслідок свого психічного захворювання. Препарат, що застосовується, може також спричинити паліативний ефект (наприклад, нейролептики) в загальному контексті психічного захворювання пацієнта.

Вибір лікарського засобу, що буде застосовуватися, повинен робитися ретельно, з урахуванням таких факторів, як вік і вага пацієнта, його діагноз, симптоми/прояви та попередня реакція на препарати. Необхідно постійно мати на увазі побічні ефекти, які можуть викликати такі препарати для конкретного пацієнта, особливо коли ліки застосовують у поєднанні з знерухомленням або ізоляцією. Уважно спостерігаючи за пацієнтом, до якого примусово застосовано засоби гамування за допомогою медичних препаратів, слід проводити регулярний моніторинг його фізичного стану (наприклад, пульсу, артеріального тиску, частоти дихання).

Лише у виняткових випадках, коли (медсестрам не вдається контролювати збудження пацієнта, а психіатр не в змозі прибути за кілька хвилин, може бути обґрунтоване введення медичними працівниками препаратів для медикаментозного гамування (наприклад, швидких транквілізаторів) за умовним загальним призначенням. У такій ситуації необхідно зв'язатися з лікарем (приміром, телефоном), який, дізнавшись основні обставини ситуації, має підтвердити призначення, перед тим як препарат буде введений. Крім того, лікар повинен негайно прибути, щоб відстежувати реакцію пацієнта та реагувати на будь-які ускладнення. Використання попереднього загального призначення в разі гамування медичними препаратами повинно супроводжуватися спеціальними засобами захисту: принаймні в усіх випадках його має скласти досвідчений лікар, після того як він ретельно оцінить фізичний стан пацієнта, діяти лише протягом обмеженого часу (тобто кількох днів або тижнів, а не місяців), і його слід переглядати кожного разу, коли воно застосовується або коли відбувається будь-яка зміна стану пацієнта чи заміна решти лікарських препаратів.

Гамування на власну вимогу пацієнта

Як відомо, пацієнт може іноді звернутися з проханням про те, щоб до нього застосували заходи гамування. Перш ніж виконати таке прохання, працівники повинні переконатися, що воно не пояснюється тим, що інші терапевтичні заходи, які слід розглянути першочергово, недостатньо задовольняють потреби пацієнта. Проте, якщо пацієнт усе ж піддається гамуванню в будь-якій формі на власне прохання, його слід припинити, щойно пацієнт попросить, щоб його звільнили, й тоді слід повторно оцінити ситуацію.

Обговорення за результатами застосування засобів гамування

Після того, як застосування засобу гамування припиняється, завжди має відбутися розмова між пацієнтом і медичним працівником.

Після завершення застосування засобу гамування завжди має відбутися розмова між пацієнтом і працівником, щоб останній міг належним чином пояснити пацієнтові, чому той був підданий заходам гамування. Це також має дати пацієнтові можливість пояснити свої емоції, що передували гамуванню. Такий аналіз може пом'якшити будь-які психологічно травматичні аспекти застосування гамування, сприяти кращому розумінню інциденту та проблеми пацієнтом і персоналом, а також допомогти компенсувати шкоду, яку такий інцидент завдав стосункам між працівниками і пацієнтом.

Обговорення за результатами застосування заходів гамування (та інші подальші розмови) також мають допомогти працівникам та пацієнтові знаходити альтернативні способи для пацієнта зберігати контроль над собою, що, в кращому разі, в подальшому допоможе працівникам уникати необхідності вдаватися до засобів гамування.

Навчання працівників застосування заходів гамування

У зв'язку з тим, що гамування пацієнта може поставити самого пацієнта та працівників у ситуацію, коли існуватиме ризик заподіяння шкоди, та через те, що засоби гамування накладають на пацієнтів такі надзвичайні обмеження, працівники повинні бути належним чином підготовлені до застосування методів гамування. Окрім навчання з питань застосування безпечних і схвалених методів фізичного утримування/утримувати руками/гамування та обладнання для знерухощення, яке мінімізує ризик травмування, а також навчання щодо розміщення в ізоляції, працівники також мають пройти навчання із застосування методів зниження рівня напруження (з метою запобігання необхідності гамування) й ефективного обговорення за результатами застосування заходів гамування.

РОЗДІЛ IV.

НЕОБХІДНІ МАТЕРІАЛЬНО-ПОБУТОВІ УМОВИ

Клінічне середовище має дозволяти пацієнтам лікуватися з дотриманням стандартів приватності та гідності, а також забезпечувати безсумнівно терапевтичну атмосферу.

Загальні принципи

Для того щоб надавати безпечний і якісний догляд і лікування пацієнтам, що перебувають у стаціонарах закладів охорони психічного здоров'я, середовище цих закладів має бути:

- ▶ сприятливим для лікування та добробуту пацієнтів;
- ▶ добре відремонтованим (не занедбаним);
- ▶ чистим і гігієнічним;
- ▶ добре провітрюваним (і не вологим);
- ▶ теплим;
- ▶ належним чином освітленим.

Пацієнти повинні завжди мати доступ до:

- ▶ відповідного одягу;
- ▶ належного харчування;
- ▶ санітарних зручностей;
- ▶ засобів особистої гігієни;
- ▶ спальні або спільної спальної кімнати;
- ▶ території просто неба;
- ▶ кімнати для перебування вдень.

Таке середовище має дозволяти пацієнтам:

- ▶ лікуватися з дотриманням стандартів приватності та гідності;
- ▶ лікуватися безпечно (це, зокрема, неможливість перев'язування, зістрибування з висоти; заходи пожежної безпеки/ефективної евакуації в разі пожежі).

У закладах охорони психічного здоров'я часто є кілька різних відділень, які використовують залежно від потреб пацієнтів (наприклад, для огляду під час прийняття; інтенсивної терапії; лікування; реабілітації, для молодших осіб; старших осіб; осіб із залежностями; сомато-психіатричних

тощо). Таке розділення може бути корисним, бо воно допомагає більш цілеспрямованіше обслуговувати пацієнтів у середовищі конкретного відділення.

Середовище відділення

Загальне середовище відділення повинно характеризуватися позитивною терапевтичною атмосферою, яку зможуть відчувати як пацієнти, так і працівники. Це передбачає забезпечення балансу між суто клінічним середовищем і домашнішою, привітнішою атмосферою. Декор не повинен бути суворим та аскетичним чи містити надміру «лікарняні» меблі (хоча слід брати до уваги міркування гігієни та безпеки), він має бути яскравим і життєрадісним, слід передбачити візуальні стимули, зокрема малюнки чи мурали, а пацієнтам слід дозволити мати при собі деякі особисті речі.

Щоб уникати враження великих, печероподібних, знеособлених, інституціоналізованих, контр-терапевтичних просторів, відділення в закладах охорони психічного здоров'я не повинні бути надмірно великими, в ідеальному разі в них мають розташовуватися не більше ніж 25 пацієнтів. Тому відділення великої місткості в старому стилі, що передбачають велику кількість пацієнтів (наприклад, 50–100), слід поступово закривати та замінювати на менші приміщення. Аналогічно, слід поступово закривати або перепланувати на менші приміщення всі спальні приміщення великої місткості, щоб них розміщувалися в кращому разі не більше ніж 4–5 пацієнтів. Такі заходи мають не лише сприяти розподілові пацієнтів для терапевтичних цілей за відповідними категоріями, але й допомагати забезпечувати їхню безпеку, приватність і гідність, а також підтримувати психологічну та соціальну реабілітацію.

Щоб убезпечити працівників і пацієнтів, слід встановити відповідну систему сигналізації, яку працівники може активізувати у разі серйозного інциденту, що потребує негайної допомоги додаткових працівників.

Якщо у відділенні встановлена система відеоспостереження, щоб забезпечити приватність, вона не повинна охоплювати звичайні спальні та санітарні приміщення.

Кімнати пацієнтів

Кімнати пацієнтів не повинні бути переповненими та мають передбачати достатньо місця для збереження приватності та гідності. В жодному разі не слід допускати, щоб ліжка торкалися одне одного або пацієнти мали б їх ділити. Для пацієнтів завжди має бути достатньо чистої постільної білизни (з додатковими ковдрами, якщо потрібно); на кожному ліжку має бути принаймні одна подушка, а стан ліжок повинен бути належним, усі зламані ліжка слід замінити.

За звичайних обставин працівники не повинні в обов'язковому порядку замикати на ключ спальні та спільні спальні. Якщо пацієнт замкнений у кімнаті наодинці, необхідно дотримуватися всіх заходів безпеки, передбачених на випадок такого ізолювання (див. вище). Якщо групу пацієнтів замикають разом у спільній спальній кімнаті (як це іноді роблять у спеціальних закладах з надання психіатричної допомоги), це має бути клінічно обґрунтованим для кожного окремого пацієнта, що піддається такому засобові гамування, чітко обмеженим визначеним періодом часу та належним чином контролюватися, ризиків для безпеки жодного пацієнта бути не повинно.

Усі стаціонарні пацієнти, які перебувають у закладах охорони психічного здоров'я, повинні мати доступ до власного простору, який можна замкнути. Рекомендується, щоб усі пацієнти мали особисті спальні, від яких вони мають ключ і які персонал може за потреби відімкнути. Це максимально задовольняє вимогу щодо наявності «власного простору, який можна замкнути», в

межах якого пацієнт може зберегти свою приватність, гідність і убезпечити своє майно. Пацієнти, які живуть у відділеннях у спільних спальних кімнатах, повинні мати приліжкові шафи, ящики або шафи на замку, в яких вони можуть зберігати свої речі. Якщо це не доступно, то для пацієнтів слід встановити ряд шафок, щоб кожний пацієнт мав вільний доступ до власної шафи. Пацієнти повинні мати можливість доступу до власної шафи з використанням власного ключа або без затримок отримавши ключ у персоналу.

Перевага надається підходові, коли пацієнти, які цього забажають, можуть у денний час дістати доступ до своєї спальні, а не бути зобов'язаними весь час залишатися разом з іншими в спільних просторах. Проте, зрозуміло, що іноді може виникати терапевтично обґрунтована необхідність позбавити пацієнта абсолютно вільного доступу до спальні (наприклад, для підвищення рівня соціального та терапевтичного залучення).

Звісно, в ситуації (яка трапляється нечасто), коли два пацієнта в одному відділенні за взаємною згодою перебувають у стабільних тісних стосунках, працівники можуть організувати їх розміщення в двомісній кімнаті.

Кімнати для перебування вдень

Кімнати для перебування вдень повинні забезпечувати доступ до телевізора з прийнятним набором каналів. Слід передбачити достатньо комфортних місць для тієї кількості пацієнтів, які можуть захотіти користуватися кімнатою денного перебування, сидіти та дивитися телевізор тощо.

Зони просто неба

Усі пацієнти повинні щодня мати необмежений доступ до території на відкритому повітрі.

Якщо чітких медичних протипоказань або лікувальних заходів, які вимагають того, щоб пацієнт залишався в приміщенні, немає, всі пацієнти повинні мати можливість щоденного безперешкодного доступу до території просто неба. Ця територія повинна забезпечувати достатньо свіжого повітря, щоб пацієнти могли безпечно ходити та займатися фізичними вправами, якщо вони цього захочуть. Відкриті майданчики також повинні бути доступні для пацієнтів з фізичною інвалідністю (наприклад, слід передбачити пандуси, ліфти тощо). Ні за яких обставин не мають застосовуватися неофіційні санкції, коли пацієнт позбавляється можливості прогулянки на вулиці.

Територія на відкритому повітрі повинна бути обладнана місцями для сидіння, а також певним укриттям від негоди та прямих сонячних променів. Також, у зв'язку з індукованою психотропними препаратами фоточутливістю, рекомендується, щоб пацієнти мали доступ до протисонячних засобів.

Щоб усі пацієнти щодня, незалежно від погоди, мали доступ до свіжого повітря, всі вони повинні мати достатньо теплої та водонепроникної одягу та взуття.

Хоча в ідеальному разі пацієнти повинні мати можливість займатися фізичними вправами на території лікарні (бажано, щоб територія була обладнана та приємна) або виходити далі на

територію місцевої громади, всі пацієнти, разом з тими, хто може бути небезпечним або схильним до втечі, повинні щоденно мати доступ до свіжого повітря, але деякі зони для тренування можуть бути обмежені, захищені та перебувати під контролем.

Доступ до санітарних зручностей і туалету

Забезпечення високих стандартів особистої гігієни для пацієнтів стаціонарів – важливий компонент гуманного догляду.

Забезпечення високих стандартів особистої гігієни для пацієнтів стаціонарів – важливий компонент гуманного догляду. Вода повинна бути теплою. Основні засоби особистої гігієни (наприклад, мило, зубну пасту, зубну щітку, туалетний папір, гігієнічні засоби для жінок) пацієнтам слід надавати, якщо вони не можуть їх придбати самостійно.

Бажано, щоб усі пацієнти постійно мали необмежений доступ до теплої душі. Якщо доступ до душі обмежений, його обов'язково треба забезпечувати значно частіше, ніж раз на тиждень.

Усі пацієнти повинні без затримки та цілодобово мати гарантований доступ до належних туалетних приміщень. Пацієнти повинні мати окремі (або повністю відокремлені) санітарні приміщення в своїх спальнях, до яких вони матимуть доступ безперервно, або безперешкодний доступ (а не відвідування в установлений час) до санітарних приміщень відділення (а отже вони повинні бути незамкнені). Якщо санітарні приміщення у відділенні доводиться замикати з міркувань безпеки, має бути достатньо працівників, щоб постійно забезпечувати пацієнтам безперешкодний доступ. Якщо пацієнт підлягає постійному моніторингові/спостереженню з боку працівників, його гідність, коли він користується туалетом, слід поважати (наприклад, працівники, які наглядають, можуть залишатися безпосередньо близько, але не повинні перебувати в полі зору пацієнта, за винятком надзвичайних ситуацій з високим рівнем ризиків). Незалежно від того, чи розміщуються пацієнти окремо, чи з іншими, вони за жодної обставини не повинні мочитися/випорожнюватися у відро в своїй кімнаті. Це негідно, негігієнічно, нездорово та може вважатися зневагою до гідності.

Усі пацієнти повинні без затримки діставати гарантований доступ до належних туалетних приміщень.

Розділення за статтю

Відділення в закладах охорони психічного здоров'я часто розділені за статтю. Це може допомогти підвищити рівень приватності та поваги до гідності пацієнтів. Утім іноді вважається доцільним розміщувати пацієнтів у змішаних відділеннях для обох статей, що сприяє соціалізації та нормалізації, але переваги змішаних відділень не повинні ставити під загрозу приватність і гідність пацієнтів. Отже, за цих обставин і з метою збереження приватності та гідності пацієнтів, відділення слід організовувати так, щоб спальні приміщення для чоловіків і жінок містилися в окремих зонах відділення, працівники мають стежити за тим, щоб пацієнти кожної статі суворо

дотримувалися цих зон і не входили до них, а також за тим, щоб крім спільних територій існували додаткові окремі зони, місця для денного перебування пацієнтів-чоловіків і жінок. Крім того, такі відділення повинні мати окремі санітарно-гігієнічні приміщення для осіб різної статі.

Кімнати для проведення бесід

Усі приміщення, в яких проводяться бесіди з пацієнтами, повинні підтримуватися в належному гігієнічному стані. План приміщення має бути продуманим з погляду безпеки, слід чітко позначити виходи (щоб зменшити ймовірність будь-яких інцидентів із заручниками/барикадами), там також не повинно бути предметів, яких можна потенційно використати як зброю. З пацієнтом у закладі охорони психічного здоров'я ні за яких обставин не слід проводити бесіду через ґрати.

Місця для паління

Якщо паління у відділенні закладу охорони психічного здоров'я офіційно дозволено, слід передбачити окремі чітко позначені зони для паління (наприклад, кімнату для паління), які належним чином провітрювати. Через серйозні ризики для здоров'я ті, хто не палить, ні за яких обставин не повинні без власного бажання піддаватися впливові пасивного паління через контакт із сигаретним димом курців.

Пожежна безпека

Щоб уникнути ризиків навмисних підпалів або випадкових пожеж, які можуть загрожувати життю пацієнтів, персонал повинен мати визначені процедури контролю доступу пацієнтів до сірників і запальничок.

Крім того, інвентар та оснащення у відділенні повинні бути вогнестійкими. Також мають бути наявні вогнегасники, функціональна та перевірена система димової та пожежної сигналізації й ефективні та перевірені плани евакуації на випадок пожежі (працівники повинні пройти навчання та практику з усіх таких процедур). Слід забезпечити вільний доступ до всього спеціального обладнання, необхідного для проведення евакуації психічно нестабільних пацієнтів, які можуть піддаватися заходам гамування, або пацієнтів з фізичною інвалідністю та лежачих пацієнтів.

Зараження паразитами

Існує ризик того, що приміщення стаціонару можуть бути заражені паразитами (наприклад, блощицями, вошами, тарганами, мишами, щурами). Тому керівництво медичного закладу зобов'язане вжити заходів для зниження ризику такого зараження, а також регулярно проводити ретельну дезінфекцію.

Кімнати персоналу

Кабінети працівників слід підтримувати в гігієнічному та безпечному стані. Це – вияв поваги до тих, хто їх використовує.

Предмети, які можуть бути використані не за призначенням у випадках неналежного поводження (наприклад, дерев'яні палиці або кийки, бейсбольні біти тощо), в кімнатах персоналу ні за яких обставин зберігатися не повинні.

Клінічна кімната

Кожне відділення повинне мати доступ до клінічної кімнати, де в разі потреби можна проводити фізикальний огляд пацієнтів. У такому приміщенні слід забезпечити високий рівень гігієни, передбачити кушетку для проведення огляду, низку основних засобів для проведення медичного огляду (наприклад, термометр, сфігмоманометр, тест-смужки для аналізу сечі, маски, рукавички, шприци тощо).

У клінічній кімнаті також слід передбачити безпечне зберігання ліків, необхідних пацієнтам у відділенні. Вони повинні зберігатися в шафі, яка замикається (або у візку на замку, колеса якого можна зафіксувати), а доступ має надаватися лише медичним працівникам та кваліфікованому медсестринському персоналові. Особливо надійно слід зберігати всі контрольовані препарати, вести їх окремий облік. Для тих препаратів, які потрібно зберігати за нижчих температур, повинен бути передбачений холодильник, який надійно працюватиме та забезпечуватиме належний температурний режим.

Працівники кожного відділення закладу охорони психічного здоров'я повинні мати швидкий доступ до дефібрилятора. Якщо в клінічній кімнаті кожного відділення не зберігають по одному дефібрилятору, його слід розмістити в клінічному приміщенні, розташованому в центрі закладу.

Зони трудової терапії

Заклад охорони психічного здоров'я має забезпечити пацієнтів можливостями трудової терапії. Хоча це можна передбачити й на рівні відділення, з міркувань економії завдяки масштабів ці площі часто розташовують окремо, але легкодоступні для пацієнтів.

У таких приміщеннях повинно міститися відповідне обладнання (наприклад, для мистецьких, музичних, театральних занять, ремесел тощо), а також слід передбачити можливість проведення оцінювання повсякденної діяльності.

Кімната(и)/зона для відвідувань

Для пацієнтів має(ють) бути доступна(і) відповідна(і) кімната(и) або спеціальна зона, де вони зможуть зустрічати своїх відвідувачів і безперешкодно з ними перебувати (наприклад, сидіти за столом навпроти одне одного) в невимушеній обстановці.

У спеціальних закладах з надання психіатричної допомоги, якщо пацієнт становить серйозну небезпеку, або існує серйозна підозра, що має місце контрабанда нелегальних речовин, може бути доцільним передбачити «закрите» приміщення для візитів (коли люди спілкуються через екран, не торкаючись одне одного).

Пацієнтів необхідно забезпечувати достатнім обсягом різноманітної апетитної та здорової їжі належної якості, що подається в привабливому вигляді та гарячою.

Пацієнтів у закладах охорони психічного здоров'я необхідно забезпечувати достатнім обсягом різноманітного апетитного та здорового харчування належної якості (зокрема червоним та білим м'ясом, рибою, овочами, зерновими та хлібом, молочними продуктами, фруктами, солодощами). Має бути доступне меню, яке відображає планування дієти для пацієнтів і враховує необхідну калорійність/кількість грамів їжі, що подається.

На кухнях закладу необхідно підтримувати високий рівень гігієни, вони мають бути оснащені ефективним і справним обладнанням, загалом холодильниками для м'ясних і молочних продуктів тощо.

На пункті роздачі слід організувати процеси так, щоб гарячу їжу не подавати холодною. Тому за необхідності перевезення їжі з кухні до відділення слід забезпечити відповідну термоізоляцію. Їжу треба подавати в якомога привабливішому вигляді, а їсти пацієнти повинні, сидячи за столом і користуючись належним посудом.

Для тих пацієнтів, яким з медичних (наприклад, діабет, туберкульоз тощо) або релігійних причин потрібна спеціальна дієта, слід її забезпечити.

Аптека

У більших за розміром закладах охорони психічного здоров'я, де ліки зберігаються не лише в відділеннях, має існувати центральна аптека з безпечним і захищеним приміщенням. Контрольовані препарати слід зберігати особливою надійно, й слід вести їх окремий облік. Для тих препаратів, які потрібно зберігати за нижчих температур, повинні існувати холодильники, які надійно працюють і забезпечують належний температурний режим.

Пральня

В ідеальному разі пацієнти повинні мати можливість прати власний одяг (наприклад, у пральній машині/сушарці в своєму відділенні), що відповідає ідеї підтримання їхньої спроможності до належного самообслуговування. Якщо це неможливо, заклад охорони психічного здоров'я повинен мати пральню відповідної місткості або домовленості про відправлення одягу для прання за межі закладу.

У будь-якому разі, пральня має підтримуватись у високогігієнічному стані та бути оснащена ефективним і справним обладнанням.

Транспортування

Транспортування пацієнтів до закладу охорони психічного здоров'я та з нього має відбуватися за відповідального нагляду належним чином підготовленого медичного працівника (наприклад, персоналу закладу або служби швидкої допомоги), обізнаного з психічними розладами. Утім прийнятним вважається й ситуація, коли іноді пацієнтів до закладу транспортує поліція.

Заклад охорони психічного здоров'я повинен мати доступ до належним чином обладнаного транспорту, в якому передбачені засоби безпеки.

Подолання потенційних матеріальних труднощів

Іноді послуги стаціонарного лікування пацієнтів з проблемами психічного здоров'я доводиться надавати в приміщенні, яке від самого початку не планувалося для такого використання. По змозі, необхідно залучити додаткове фінансування з боку національних органів влади (або міжнародних організацій), щоб побудувати нові спеціально призначені приміщення закладів охорони психічного здоров'я або істотно модернізувати й оновити наявні, а також забезпечити всі відповідні матеріальні потреби. Під час ремонту об'єктів кошти слід передовсім скеровувати на пріоритетні аспекти безпеки (структурної й екологічної) та основні потреби. Ефективним підходом може бути розроблення плану дій (з чіткими часовими рамками) в межах загального стратегічного плану із застосуванням базових навичок керування проєктами (наприклад, методології Prince 2).

Беручи до уваги важливість забезпечення високих стандартів гігієни в закладах охорони психічного здоров'я, не слід недооцінювати важливість залучення достатньої кількості працівників для прибирання; працівників, які отримують вищі зарплати та мають складніші клінічні навички, не слід марно відволікати для виконання цієї базової, хоча й вкрай важливої роботи.

Окрім забезпечення належних зон для занять просто неба керівництво закладу також повинно передбачити достатній штат працівників для того, щоб пацієнти мали можливість реалізовувати свої права.

РОЗДІЛ V.

ПИТАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Основа високоякісної системи надання психіатричної допомоги – робота мультидисциплінарної клінічної команди.

Загальні принципи

Витрати на утримання працівників – найбільша стаття видатків у закладі охорони психічного здоров'я, а працівники – найцінніший ресурс для будь-якого такого закладу.

Як описано в розділі II, надання допомоги та медичних послуг стаціонарним пацієнтам із психічними розладами – складний і багатогранний процес, який жодний спеціаліст не зможе самостійно забезпечити на належному рівні. Основа високоякісної системи надання психіатричної допомоги – робота мультидисциплінарної клінічної команди.

Крім того, працівники (і керівники) повинні підтримувати свої професійні стандарти. Вони повинні бути сумлінними, чесними та діяти доброчесно, брати на себе відповідальність і бути підзвітними за свої дії, дотримуючись закону та правил і процедур закладу. Крім того, працівники повинні бути ввічливими, діяти раціонально та справедливо у своїх стосунках з усіма пацієнтами, колегами та відвідувачами, ставитися до людей з гідністю та повагою. Керівники повинні забезпечувати дотримання стандартів.

Усі заклади охорони психічного здоров'я потребують достатньої кількості ретельно дібраних, належним чином підготовлених працівників різних спеціальностей для забезпечення якісної та безпечної допомоги всім пацієнтам, які перебувають під їхньою опікою.

Очевидно, що всі заклади охорони психічного здоров'я потребують для догляду за пацієнтами достатньої кількості ретельно дібраних, належним чином підготовлених мультидисциплінарних працівників. Недостатня кількість може серйозно підірвати спроби реабілітації та терапії пацієнтів і призвести до дуже ризикованих ситуацій, попри добрі наміри та щирі зусилля працівників. Будь-яка система, за якої вони працюють більше ніж на одну повну ставку, може поставити під сумнів задовільний догляд за пацієнтами, окрім випадків короткострокової нестачі працівників.

Що стосується загального застосування рекомендацій щодо точної кількості працівників (виходячи з посад на умовах повної зайнятості) з різних клінічних дисциплін, які потрібні в закладах

охорони психічного здоров'я, їх сформулювати дуже складно. Кількість працівників, необхідних для безпечного ведення групи пацієнтів у певному відділенні, залежатиме не лише від кількості пацієнтів, що в ньому перебувають, але й від низки інших факторів, таких як система змін, фактичний фізичний розмір і план відділення (чи наявні перешкоди для спостереження з метою безпеки тощо), а також рівень психічних порушень серед пацієнтів, їхній діагностичний профіль, потреби щодо психологічної та фізичної залежності тощо (всі ці фактори можуть змінюватися). Крім того, щоб безпечно обслуговувати будь-яке відділення та забезпечувати різноманітні та якісні процедури, потрібно передбачити роботу змішаних груп працівників з різними навичками в різний час доби (залучаючи менше персоналу, що працюватиме вночі, коли більшість пацієнтів спить). Отже, керівним тут принципом має бути наявність достатньої кількості добре підготовленого персоналу, щоб забезпечити дотримання прав усіх пацієнтів, які перебувають під його доглядом, зокрема їхнє право на лікування та постійне і всеохопне надання високоякісних, безпечних та ефективних медичних послуг. Ситуація, яка іноді спостерігається в закладах охорони психічного здоров'я, коли 3–4 працівники відділення намагаються доглядати за 30–60 пацієнтами, абсолютно неприйнятна.

Ні за яких обставин не слід наділяти пацієнта закладу охорони психічного здоров'я владними повноваженнями над іншими пацієнтами.

Приймаючи той факт, що пацієнти стаціонару можуть мати бажання допомагати одне одному, їх ні за яких обставин не слід наділяти повноваженнями, що даватимуть їм владу над іншим(и) пацієнтом(ами). А отже пацієнта ніколи не слід залучати до регулярного або періодичного виконання деяких або всіх обов'язків допоміжного персоналу (за матеріальну винагороду чи без неї). Наприклад, пацієнта стаціонару в жодному разі не можна залучати до надання допомоги при застосування засобів гамування або робити відповідальним за підтримання особистої гігієни тіла іншої особи. Стаціонарні пацієнти в жодному разі не повинні тримати при собі ключі від клінічних приміщень чи виконувати завдання з охорони дверей відділення, воріт закладу тощо. Якщо працівники, наприклад спеціалісти з трудової терапії, вирішать у контексті реабілітації, що пацієнта було б корисно залучати до виконання таких простих завдань, як прибирання або перенесення речей, це слід узгодити з мультидисциплінарною клінічною командою, внести до індивідуального плану лікування пацієнта, та зазвичай за це пропонується невелика грошова компенсація. Реалізація таких завдань у жодному разі не повинна залежати від того, чи пацієнт надасть допомогу.

Медичні працівники

Психіатри¹³ – основні спеціалісти, коли йдеться про лікування в закладах охорони психічного здоров'я, не лише тому, що вони діагностують пацієнтів і призначають їм ліки, а й тому, що міждисциплінарна клінічна команда потребує медичного керівництва, й цей лікар має бути відповідальним за надання повного спектра необхідних мультидисциплінарних клінічних послуг.

На додаток до базової медичної освіти психіатри повинні мати спеціальне підготування в галузі психіатрії. Вони повинні виконувати вимоги безперервного професійного розвитку та

¹³ Разом з нейропсихіатрами.

постійного навчання, бути зареєстрованими у своїй професійній організації та мати ліцензію на ведення практики.

Закладам охорони психічного здоров'я також потрібні медичні працівники, здатні забезпечити високу якість медичного обслуговування пацієнтів. Передбачається наявність постійного лікаря загальної практики або лікаря, який би часто відвідував заклад, а також інших спеціалістів, які приходитимуть до закладу (наприклад, терапевта, пульмонолога, кардіолога, гінеколога, стоматолога тощо). Пацієнти також повинні мати можливість звертатися до фахівців-медиків, які не відвідують їхній заклад, щоб бути оглянутими в інших медичних закладах, і за необхідності працівники мають допомагати їм туди діставатися.

Заклад охорони психічного здоров'я повинен завжди мати доступ до цілодобового медичного обслуговування та екстреної медичної допомоги на випадок гострого захворювання, серйозних травм через самоушкодження тощо (наприклад, йдеться про службу швидкої допомоги з переведенням до відділення невідкладної допомоги).

Парамедичний персонал

Для забезпечення потреб пацієнтів можуть знадобитися парамедики (наприклад, лабораторні спеціалісти, рентгенолог, фізіотерапевт).

Медсестринський персонал

Медсестри в галузі психічного здоров'я повинні забезпечувати повсякденний психіатричний і фізичний догляд у безпечних умовах, необхідний пацієнтам стаціонару. Вони повинні бути спочутливими, щиро зацікавленими взаємодіяти з пацієнтами та встановлювати терапевтичні стосунки з ними. Вони також мають бути хорошими слухачами, що можуть надати пацієнтам консультації та психологічну підтримку, одночасно виконуючи свої посадові обов'язки.

Що стосується графіка роботи, зміни медсестер повинні в ідеальному разі тривати 8 або 12 годин (тобто мають бути 2–3 зміни на день). Хоча, на жаль, таке все ще трапляється відносно часто, від працівників не слід вимагати працювати протягом робочих змін, які тривають 24 години; крім того, що це завдає шкоди здоров'ю працівників, це не дозволяє їм безпечно чи оптимально виконувати свої обов'язки щодо пацієнтів і неминуче матиме негативний вплив на професійні та клінічні стандарти, бо ніхто не може задовільно виконувати ті складні завдання, які належать до компетенції виконувати медсестри, протягом такого проміжку часу.

Кваліфікований медсестринський персонал

Медсестринство у сфері охорони психічного здоров'я – це професія. Медсестринський персонал у закладах охорони психічного здоров'я повинен бути навчений не лише необхідних базових медичних послуг у сфері фізичного здоров'я, а й пройти спеціальну затверджене та сертифіковане підготування з питань психічного здоров'я. Крім того, він повинен відповідати вимогам безперервного професійного розвитку та постійного навчання, а також бути зареєстрований у своєму професійному органі та мати ліцензію на практику.

Кожний пацієнт (незалежно від того, чи вважають його складним або таким, якому бракує реабілітаційного потенціалу) повинен мати прописані плани медсестринського догляду, які готує кваліфікована медсестра (бажано медсестра, яка «веде» пацієнта), що враховують різні виявлені потреби пацієнта, а також характер рецидивів і план кризових втручань. Планів медсестринської

допомоги необхідно дотримуватися, щоб пацієнти не страждали від недбалого поводження. Розроблення системи планів медсестринського догляду не складне завдання.

Допоміжний медсестринський персонал

Щоб вести пацієнтів у закладах охорони психічного здоров'я, кваліфікованим медсестрам у відділеннях зазвичай потрібний допоміжний медсестринський персонал. Хоча такі працівники звичайно формально не атестовані як спеціалісти, що можуть надавати медичні послуги, їхня роль передбачає велику відповідальність у такій роботі.

Протягом зміни допоміжний медсестринський персонал повинен постійно працювати під наглядом кваліфікованої медсестри. Він не повинен відповідати за видачу ліків.

Мультидисциплінарний клінічний персонал

Клінічні фахівці (психологи та працівники інших медичних суміжних професій, зокрема спеціалісти з трудової/арттерапії, соціальні працівники тощо) повинні забезпечувати психосоціальні та реабілітаційні заходи, необхідні пацієнтам.

Клінічні психологи

Необхідно передбачити наявність достатньої кількості клінічних психологів, щоб забезпечити можливість у межах розумних строків проводити психологічні оцінювання та психологічну терапію всіх пацієнтів, які цього потребують. Робота психолога має допомагати клінічній команді зрозуміти особливості психологічного функціонування пацієнта, а також те, як працювати з відповідними труднощами.

Клінічні психологи повинні мати базову освіту в галузі психології та вищу освіту в галузі клінічної психології. Крім того, вони повинні відповідати вимогам безперервного професійного розвитку та постійного навчання та бути зареєстрованими в своєму професійному органі.

Психологи зазвичай мають певні навички проведення лікування та консультування щодо лікування пацієнтів з розладами особистості, які можуть завдавати особливих проблем працівникам внаслідок своїх емоційних труднощів і поведінки (іноді це пов'язано з негативними досвідом).

Соціальні працівники

Слід забезпечити достатню кількість соціальних працівників, щоб вони могли в розумні строки надавати соціальну підтримку, консультації, рекомендації та послуги реабілітації всім тим пацієнтам (і їхнім сім'ям/опікунам), які цього потребують. Це може стосуватися фінансових, пенсійних або житлових питань, але також може мати терапевтичніший характер, зокрема психологічна підтримка та консультування. Робота соціального працівника має допомагати клінічній команді зрозуміти соціальні проблеми пацієнта (та ті, з якими стикаються їхні сім'ї/опікуни), а також необхідність його розміщення в закладі та як працювати з такими проблемами/задовольняти такі потреби.

Соціальні працівники повинні мати офіційну кваліфікацію в галузі соціальної роботи та бути зареєстровані в своєму професійному органі.

Трудові й арттерапевти

Слід забезпечити достатню кількість трудових терапевтів, щоб мати можливість у розумні терміни проводити з усіма пацієнтами, які цього потребують, оцінювання процесу трудової терапії та саму терапію, формувати навички та самооцінку пацієнтів. Такі оцінювання та терапія повинні допомагати клінічній команді зрозуміти буденні життєві навички пацієнтів, потенціал самостійного догляду та трудовий потенціал, а також те, що потрібно для розв'язання проблем/задоволення відповідних потреб.

Трудові терапевти повинні пройти офіційно визнане навчання в своїй галузі знань, бажано – мати офіційно визнану кваліфікацію.

Трудовим терапевтам часто допомагають технічні інструктори, творчі терапевти тощо (наприклад, арттерапевти, музичні терапевти). Такий персонал повинен працювати під наглядом трудового терапевта.

Фармацевти

У закладі охорони психічного здоров'я має бути фармацевт, відповідальний за організацію постачання та зберігання необхідних ліків.

Неклінічний персонал

Управлінський персонал

Керівний склад і керівник закладу відповідають за безпеку й ефективне керування закладом.

Закладом охорони психічного здоров'я зазвичай керує призначений директор (наприклад, головний менеджер або лікар), якого підтримує невелика міждисциплінарна команда, що складається з провідних лікарів (приміром, медичного директора, головної медсестри, головного психолога тощо) й адміністраторів (як-от, фінансового директора, операційного менеджера, юридичного консультанта тощо). Така команда керівників та її очільник відповідають за безпеку й ефективне керування закладом. Чітка структура закладу передбачає визначення ролей та обов'язків.

Допоміжний та адміністративний персонал

У всіх закладах охорони психічного здоров'я працює низка допоміжних та адміністративних працівників, як-от спеціалісти з фінансових питань і людських ресурсів, а також секретарі, водії, доглядачі тощо. Такий персонал повинен бути обізнаним з аспектами конфіденційності та своїй ролі, що полягає в підтримці клінічного персоналу при наданні послуг пацієнтам.

Охоронці

У судово-психіатричних установах, які забезпечують догляд за потенційно небезпечними психіатричними пацієнтами, звісно, слід передбачити належні заходи безпеки. Хоча для цього можуть використовуватися служби охорони (державних або приватних компаній), пацієнтам має бути відомо про присутність охоронців (незалежно від того, чи носять охоронці уніформу та/або мають кийки чи інші спеціальні засоби, що перебувають у полі зору). Охоронці, які перебувають у клінічних приміщеннях без потреби, лякають пацієнтів та не сприяють формуванню терапевтичного середовища.

Основні заходи безпеки в клінічних приміщеннях медичного закладу має забезпечувати клінічний персонал (із застосуванням відповідних до обставин і динамічних засобів безпеки), тому вся охорона зазвичай має залишатися вздовж периметра закладу та не бути присутньою в клінічних приміщеннях.

За виняткових обставин (наприклад, серйозного інциденту з насильницькими діями), якщо клінічний персонал змушений звернутися до охоронців по допомогу, ті повинні втрутитися лише при кваліфікованому клінічному персоналі та дотримуватися його рекомендацій. Охоронці ні за яких обставин не повинні бути присутніми (на такій відстані, коли вони можуть чути) під час бесід пацієнтів з лікарем, за винятком певних надзвичайних ситуацій, коли лікареві доводиться про це просити.

Можливо, що такі охоронці мають доступ до спеціальних засобів або навіть носять їх (наприклад, наручники, кийки, газові балончики, вогнепальну зброю тощо). Застосування будь-яких подібних засобів має бути окреслене чітко визначеними правилами та відбуватися лише за виняткових обставин, які слід детально описувати в письмових звітах за результатами таких подій.

Набір і навчання персоналу

Весь персонал повинен бути достатньо кваліфікованим для виконання своїх завдань; працівники повинні проходити початкове та постійне підготування з питань гуманного поводження з пацієнтами та безпеки без відриву від виконання своїх функцій.

Весь персонал, що працює в закладах охорони психічного здоров'я, повинен бути ретельно дібраний і мати відповідну професійну кваліфікацію для виконання своєї роботи, а також, якщо це необхідно, зареєстрований у професійних органах. Перш ніж розпочати роботу на посаді, весь персонал повинен отримати відповідні вступні інструкції та проходити підготування з питань гуманного ставлення до пацієнтів і безпеки, обов'язкове безперервне навчання на робочому місці, зокрема питання реанімації, пожежної й особистої безпеки (разом з методами відходу та безпечного гамування), а також ознайомитися з правилами та процедурами закладу. Також дуже бажано, щоб працівникам пропонували можливості подальшого навчання за межами їхньої рутинної практики, зокрема можливі відрядження.

Забезпечення консультацій, підтримки та безпеки персоналу

Усі співробітники повинні діставати належні консультації й адекватну підтримку.

Щоб персонал міг найкраще піклуватися про пацієнтів і зберігати рівновагу, працівники повинні мати чітко розподілені ролі, почуватися в безпеці, бути впевнені в своїх спроможностях і не відчувати стресу, пов'язаного з тим, що проти них будь-якої хвилини може висловлюватися критика чи розпочатися розслідування. Тому, крім забезпечення їх усіма практичними засобами, потрібними їм для належної роботи, персонал повинен відчувати підтримку з боку свого безпосереднього керівництва та вірити, що якщо вони справді помиляться, але зроблять все можливе для забезпечення догляду за пацієнтами (в межах наявних обмежень), до них ставитимуться справедливо, й вони дістануть необхідну та належну підтримку.

Для забезпечення якісної медичної допомоги весь клінічний персонал повинен отримувати регулярні (наприклад, щомісячні) консультації провідного лікаря, під час яких працівники зможуть обміркувати свою практику та підвищити рівень власного самоусвідомлення; такі консультації слід відображати в письмовій звітності, щоб мати документацію на підтвердження їх проведення. Консультації – взаємовигідна та не надто ресурсомістка практика.

Окрім формальніших консультацій, джерелом взаємної підтримки (та навіть веселого настрою), порад, несподіваних ідей і комфорту можуть стати групи взаємодопомоги, в яких братимуть участь працівники, що мають подібний досвід. Такі групи також можуть дати дуже корисний терапевтичний зворотний зв'язок для тих, хто працює безпосередньо з пацієнтами. Створити такі групи нескладно.

Серйозні інциденти (наприклад, напади на працівників, істотні випадки самоушкодження, самогубства тощо) можуть бути значним стресом для працівників. Тому після подібних інцидентів слід проводити сесії з обговорення цих подій з працівниками, які зазнали їх впливу, а деяким працівникам за індивідуальними показаннями слід запропонувати психологічні консультації.

Щоб уникнути вигорання працівників (що може знизити якість медичної допомоги), крім передбачення та проведення навчання, персонал слід забезпечити доступом до визначених послуг психологічного консультування та допомоги. Крім того, присутність незалежних осіб (наприклад, студентів, дослідників тощо) може реактивізувати персонал. Працівники також повинні діставати підтримку задля активного та повноцінного життя поза межами роботи.

Для того щоб гарантувати безпеку персоналу, його слід навчати методів зниження рівня напруження та фізичного відступу, а також дати доступ до відповідної системи сигналізації.

Подолання потенційних труднощів з кадровим забезпеченням

Набір на роботу

Забезпечення достатньої кількості персоналу всіх клінічних спеціальностей може потребувати великих затрат. Бюджет, що виділяється на персонал закладу охорони психічного здоров'я, слід регулярно переглядати (наприклад, кожні 3–5 років), бо часто трапляється, що після рішення

про розширення штату минає кілька років, і згодом воно втрачає актуальність, а така кількість персоналу вже не потрібна для забезпечення якісної сучасної психіатричної допомоги. У разі необхідності збільшити кількість персоналу та/або розширити мультидисциплінарну клінічну команду, можна подавати заявки на фінансування.

Хоча органи фінансування можуть чинити опір збільшенню суми коштів, що виділяються на забезпечення персоналом, окрім обов'язку по-сучасному, ефективно лікувати пацієнтів, аргументом служить те, що такі інвестиції можуть значно скоротити тривалість перебування пацієнта (їх будуть швидше виписувати або передавати на фінансування з інших джерел), завдяки чому витрати на одного можна фактично зменшити.

Часто буває важко забезпечити достатню кількість належно підготовленого, кваліфікованого персоналу з різних спеціальностей, який має забезпечувати догляд за пацієнтами та надавати необхідний повний спектр сучасних психіатричних терапевтичних послуг. Особливо це стосується віддалених районів або районів, де низький рівень безробіття та широкий вибір варіантів зайнятості. Тому для сприяння доборові персоналу може бути необхідно переглянути та покращити запропоновані умови, разом із зарплатою, що може, якщо це необхідно, передбачати переговори з регіональними або національними органами влади. Крім того, для деяких працівників (наприклад, тих, хто має сімейні зобов'язання) можуть бути привабливими пропозиції неповної зайнятості або гнучкий графік роботи, що може знизити плинність персоналу. Також може виникнути необхідність у нових підходах до розширення можливостей забезпечення персоналу житлом (наприклад, у гуртожитках або субсидованому житлі) та поліпшення транспортної доступності (наприклад, завдяки субсидованому транспорту або виділенню окремого автобуса тощо).

Важливе значення мають інвестиції в працевлаштування висококваліфікованих медичних працівників, бо саме вони очолюють мультидисциплінарні медичні команди й тому мають значний вплив на якість, ефективність лікування та використання ресурсів.

Необхідно проявляти обережність при наборі допоміжного медсестринського персоналу. Роль цих працівників складна, а попередня освіта, ймовірно, буде нижчої якості, ніж в інших співробітників, і вони можуть мати дуже мало попереднього досвіду роботи в сфері догляду. Як зазначено раніше, допоміжний персонал потребує належного вступного інструктажу та відповідного навчання, а також ретельного нагляду та підтримки з боку кваліфікованого медсестринського персоналу.

Підтримка присутності персоналу на робочому місці

Слід контролювати показники захворюваності персоналу або його відсутності на робочому місці без пояснення причини. Якщо в певних відділеннях такі явища спостерігаються, це може означати, що саме там виникають труднощі (наприклад, неналежне середовище, брак лідерства тощо), що спричиняє вигорання персоналу. Після вивчення такої ситуації слід працювати над тим, щоб поліпшити рівень ефективності кадрів.

Щоб компенсувати несподівану відсутність медсестер і підтримувати достатню з погляду безпеки кількість персоналу у відділенні, можна заздалегідь скласти перелік персоналу, який готовий і може виходити на заміну, коли в закладі трапляються подібні випадки, та платити йому додаткові ставки за понаднормову роботу. Це може допомогти уникнути короткострокових кадрових криз у відділенні.

Забезпечення високого рівня турботи про персонал

У закладах охорони психічного здоров'я, де співробітники у відділеннях (тобто кваліфіковані та допоміжні медсестри) працюють протягом 24-годинних змін, може бути складно змінити цей підхід і запровадити відповідніші моделі роботи, особливо через те, що деякі співробітники віддають перевагу таким довгим змінам, адже це дозволяє їм потім мати довгі вихідні, які дехто використовує для виконання іншої роботи. Однак, як уже зазначено, така практика не дозволяє персоналові гарантувати безпеку та задовільно виконувати свої клінічні обов'язки щодо пацієнтів, що створює ризики для останніх і потенційно для самих працівників, тому тут необхідно діяти рішуче.

Враховуючи важливість підготування персоналу, є сенс зробити статтю бюджету на це захищеною та розробити постійні програми навчання персоналу.

Спеціальні заклади з надання психіатричної допомоги, в яких обов'язково передбачена наявність охоронців, зазвичай підпорядковуються не Міністерству охорони здоров'я, а іншому відомству. Тому при забезпеченні належних підходів щодо контактів охоронців з пацієнтами, ймовірно, знадобиться міжвідомча співпраця, на якій слід наполягати.

Забезпечення спеціалізованих високоякісних навчальних програм у галузі психічного здоров'я для медичних сестер – сфера відповідальності держави; це виходить за межі компетенції окремих закладів психічного здоров'я. Проте керівний склад таких закладів може їх лобювати. Крім того, подібного підходу, ймовірно, вимагатиме й забезпечення того, щоб працівники інших спеціальностей (зокрема психологи, соціальні працівники та трудові терапевти) пройшли повне підготування та завдяки цьому могли компетентно застосовувати необхідні клінічні методи лікування. Простий «перерозподіл» інших працівників (наприклад, медсестер) на роль «соціального працівника» або «трудового терапевта», щоб пропонувати ширший спектр методів лікування, не може бути виправданий у довгостроковій перспективі.

Коли після належного розслідування виявляється, що працівники поводитися неналежним чином і заслуговують на дисциплінарні санкції або покарання, то їх слід застосувати, навіть якщо це важко. Такі працівники повинні нести відповідальність. Просто прийняти заяву на звільнення працівника без будь-яких подальших дій не можна, особливо якщо така поведінка має кримінальний характер (наприклад, напад). Крім того, слід створити системи, які не дозволятимуть таким працівникам просто переходити на іншу подібну роботу, де неприйнятна поведінка може продовжуватися та бути загрозливою для інших. Такі системи зазвичай мають ґрунтуватися на певних загальнонаціональних реєстрах.

РОЗДІЛ VI.

ЗАСОБИ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ (ЮРИДИЧНІ ГАРАНТІЇ)

Юридичні гарантії прав осіб із психічними розладами – це необхідність, а не зайва паперова робота

Необхідність юридичних гарантій

Особлива вразливість осіб із психічними розладами обумовлює існування юридичних гарантій їхніх прав. Необхідність дотримуватися певних додаткових процедур може видаватися зайвою із суто медичного погляду. Утім такі гарантії розраховані на те, щоб права людини були завжди захищені. Тож медичним та адміністративним працівникам закладів з надання психіатричної допомоги важливо з розумінням ставитися до необхідної «паперової роботи» та зберігати постійну пильність стосовно осіб, які можуть мати намір скористатися з хвороби їхнього пацієнта для задоволення власних інтересів, а також до ситуацій, що несуть підвищену небезпеку для прав людини, яка страждає на психічний розлад.

Ці питання повинні визначатись у спеціалізованому акті законодавства про психіатричну допомогу, який повинен відповідати гарантіям прав людини, визнаним у правовій системі відповідної держави (зокрема, у її конституції), а також міжнародним зобов'язанням держави, серед яких слід насамперед звернути увагу на Європейську конвенцію з прав людини 1950 р., Міжнародний пакт про громадянські та політичні права 1966 р., Конвенцією про права людини та біомедицину (Конвенцією Ов'єдо) 1997 р. та Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю 2006 р. В Україні такий акт законодавства – Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 року № 1489-III (далі – Закон 2000 року).

Інформація для пацієнтів та їхніх родин

Пацієнти та їхні родини повинні мати чітку та зрозумілу інформацію про свої права, можливості їх забезпечити, а також правила закладу.

Особи, які опиняються в закладах з надання психіатричної допомоги, повинні отримати повну, чітку та достовірну інформацію, що охоплює їхнє право надавати або не надавати згоду на госпіталізацію, а також можливість відкликати таку згоду в майбутньому. Ця інформація повинна існувати як частина викладеної простою та доступною мовою брошури про права пацієнта та

правила внутрішнього розпорядку закладу, а також бути частиною форми надання особою усвідомленої згоди, яку йому/їй пропонується підписати. Особи, які не в змозі самостійно досягнути зміст відповідних інформаційних матеріалів, повинні дістати належну допомогу. Відповідна інформація (наприклад, брошура) має надаватися родичам пацієнта.

Добровільна госпіталізація особи до закладу з надання психіатричної допомоги

У багатьох випадках госпіталізація особи до закладу з надання психіатричної допомоги здійснюється за рішенням лікаря-психіатра на підставі прохання особи або за її усвідомленою («поінформованою») письмовою згодою.

Дотримання прав пацієнта та гарантування нормального та законного функціонування закладу з надання психіатричної допомоги вимагає, щоб щоразу, коли бракує усвідомленої згоди пацієнта на госпіталізацію, була використана процедура недобровільної госпіталізації особи. Згода на госпіталізацією не повинна розглядатися як звичайна формальність. Відповідно, слід вживати необхідних заходів, щоб переконатися в тому, що особа, яка надає згоду на госпіталізацію, цілком усвідомлює значення своєї згоди. Саме тому, коли психічний стан особи, зокрема спричинений споживанням алкоголю або наркотиків, не дає можливості їй надати дійсну згоду, вирішення питання про добровільність (чи недобровільність) госпіталізації повинно бути відкладене, проте в межах передбачених законодавством 24 годин.

Також очевидно, що згоду на госпіталізацією може дати лише сам пацієнт, а не його родичі. Виняток з цього правила робиться за законодавством України, лише якщо йдеться про малолітню особу (тобто неповнолітню особу, яка не досягла 14 років). Госпіталізація неповнолітньої особи здійснюється на прохання або за згодою її батьків.

У законодавстві України (стаття 13 Закону 2000 р., речення шосте) можна побачити норму, згідно з якою «особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, яка за станом свого здоров'я не здатна висловити прохання або надати усвідомлену письмову згоду, госпіталізується до закладу з надання психіатричної допомоги за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке ухвалюється не пізніше 24 годин з моменту звернення до цього органу законного представника зазначеної особи і може бути оскаржено відповідно до закону, у тому числі до суду». Ця норма 2018 року визнана неконституційною Конституційним Судом України (повторно – аналогічне рішення щодо попередньої редакції цієї норми цей же суд ухвалив 2016 року), а отже для госпіталізації особи, визнаної в судовому порядку недієздатною, обов'язкове рішення суду. Відповідні рішення Конституційного Суду України повністю ґрунтуються на міжнародних зобов'язаннях України та найкращих міжнародних практиках.

«Де-факто недобровільна госпіталізація»

«Де-факто недобровільна госпіталізація» – небезпечна практика, що заперечує права пацієнтів та їхні юридичні гарантії.

Одна з найбільших юридичних проблем функціонування закладів з надання психіатричної допомоги в Україні та інших країнах Європи – велика кількість «де-факто недобровільних пацієнтів», тобто пацієнтів, щодо яких вважається, що вони перебувають у відповідному закладі добровільно, хоча насправді вони або не надавали згоди на свою госпіталізацію (відповідні форми не підписав або підписав не пацієнт, а інша особа), або така згода не була насправді добровільною та/або усвідомленою. До цієї ж категорії належать особи, які надали добровільну згоду на госпіталізацію, проте бажають її відкликати, і при цьому зміна їхньої думки просто ігнорується (а не починається процедура примусової госпіталізації, якщо в ній є потреба).

Ситуація «де-факто недобровільної госпіталізації» найгірша з погляду забезпечення прав та законних інтересів пацієнта, бо його розглядають як добровільного пацієнта, а отже такого, що не потребує жодної юридичної гарантії.

Примусова госпіталізація особи до закладу з надання психіатричної допомоги (цивільний процес)

Процедура та підстави для примусової госпіталізації особи

Примусова госпіталізація пацієнта повинна здійснюватися на підставі об'єктивної оцінки стану пацієнта.

Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до закладу з надання психіатричної допомоги без її усвідомленої письмової згоди (або, що стосується малолітньої особи, без згоди її законного представника) у разі, якщо її обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах та при встановленні лікарем в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- ▶ вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпечу для неї чи оточуючих, або
- ▶ неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність (стаття 14 Закону 2000 р.).

Відповідна процедура проводиться, згідно із законодавством України, на підставі судового рішення, якому має передувати рішення комісії лікарів-психіатрів про необхідність госпіталізації особи та відповідна заява керівника закладу з надання психіатричної допомоги до місцевого суду, що повинно бути направлено протягом 24 годин з часу госпіталізації.

Важлива умова для примусової госпіталізації особи – об’єктивне оцінення стану особи неупередженим лікарем-психіатром, незалежним від закладу, який запитує госпіталізацію. Утім, на жаль, наразі українське законодавство такої автоматичної вимоги не містить. Разом з тим кожен пацієнт за законом має право на альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним. Відповідно, адміністрація закладу з надання психіатричної допомоги має максимально сприяти реалізації такого права.

Правова допомога особам, строки розгляду справи, участь пацієнта

Особа, щодо якої розглядають можливість примусової госпіталізації, повинна дістати правову допомогу.

При розгляді судом справи про примусову госпіталізацію пацієнт повинен мати правову допомогу. Законодавство України про безоплатну правову допомогу таку можливість передбачає, проте важливо, щоб вона реалізовувалася на практиці. Адміністрація закладу з надання психіатричної допомоги повинна надавати цьому максимальне сприяння. Обов’язковою умовою надання такої правової допомоги є створення всіх умов для конфіденційного спілкування між пацієнтом та його адвокатом.

Цивільним процесуальним кодексом України передбачено, що заява про надання психіатричної допомоги у примусовому порядку розглядається судом протягом 24 годин з дня її надходження до суду. До ухвалення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів).

Закон передбачає обов’язкову участь у розгляді справи особи, стосовно якої вирішується питання про надання їй психіатричної допомоги у примусовому порядку, а також прокурора, лікаря-психіатра, представника закладу з надання психіатричної допомоги, що подав заяву, та законного представника особи, стосовно якої розглядаються питання, пов’язані з наданням психіатричної допомоги. Також передбачена можливість, з урахуванням стану здоров’я участі у розгляді справи особи, стосовно якої вирішується питання про надання їй психіатричної допомоги у примусовому порядку, у режимі відеоконференції з закладу з надання психіатричної допомоги.

Припинення примусової госпіталізації / виписання пацієнта

Примусова госпіталізація має тривати не довше, ніж це вимагається станом пацієнта.

Особу, яка була госпіталізована до закладу з надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, повинна оглядати комісія лікарів-психіатрів не рідше ніж один раз на місяць з часу госпіталізації з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації.

У разі необхідності продовження госпіталізації в примусовому порядку на термін понад 6 місяців представник закладу з надання психіатричної допомоги повинен направити до суду заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави госпіталізації особи до закладу з надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування необхідності продовження такої госпіталізації. В подальшому продовження госпіталізації особи в закладі з надання психіатричної допомоги проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

Клопотання про припинення госпіталізації в примусовому порядку може направляти до суду особа, яка була госпіталізована в примусовому порядку, або її законний представник через кожні 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про продовження такої госпіталізації.

Госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги як примусовий захід медичного характеру (кримінальний процес)

Ключовий елемент застосування примусових медичних заходів – регулярний перегляд їх необхідності.

Подібно до ситуації в інших країнах Європи, можливість застосування примусових заходів медичного характеру передбачена Кримінальним кодексом України. Їх може застосувати суд до осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння (злочини) у стані неосудності або обмеженої осудності, а також до осіб, які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання. Розділ XIV Загальної частини Кодексу передбачає, що суд може ухвалити рішення про надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку або про госпіталізацію такої особи до закладу з надання психіатричної допомоги із звичайним, посиленим або суворим наглядом.

Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. За результатами огляду до суду повинно бути направлено висновок або про необхідність припинення застосування примусових заходів, або, навпаки, про необхідність їхнього продовження. Кожне продовження не може перевищувати шести місяців. Важливо, що після змін до Кримінально-процесуального кодексу України 2017 року судовий розгляд здійснюється за обов'язковою участю фізичної особи, стосовно якої вирішується питання про застосування примусових заходів медичного характеру, її законного представника та захисника згідно із загальними правилами цього Кодексу. Тож загалом передбачена законодавством процедура відповідає сучасним європейським стандартам.

Забезпечення прав осіб при наданні психіатричної допомоги

Згода на госпіталізацію та згода на лікування – це окремі питання.

Надання психіатричної допомоги повинно дотримуватися передбаченого законодавством України та європейськими стандартами принципу найменшого необхідного обмеження (див. вище).

Лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надають психіатричну допомогу, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги. Будь-які обмеження щодо надання такої інформації пацієнтові (але ніколи – його законному представникові) повинні бути ретельно обґрунтованими медичною необхідністю та задокументовані.

Гарантії прав осіб з психічними розладами ґрунтуються на проведенні відмінності між питаннями надання згоди на госпіталізацію та надання згоди на лікування. Іншими словами, наявність згоди на госпіталізацію не означає автоматичної згоди пацієнта на призначене йому психіатром лікування.

Кожна особа з психічним розладом повинна мати змогу надати свою вільну та поінформовану згоду на лікування. Кожен пацієнт, незалежно від підстав його госпіталізації, що здатний ухвалювати рішення, повинен дістати можливість відмовитися від лікування або будь-якого іншого медичного втручання.

Оскарження рішень, що стосуються надання особі психіатричної допомоги

Наявність процедури оскарження забезпечує як права пацієнта, так і належне функціонування психіатричного закладу.

Закон надає можливість оскаржувати будь-які рішення, дії чи бездіяльність осіб, які порушують права, свободи та законні інтереси пацієнтів при наданні їм психіатричної допомоги, здійсненні їх соціального захисту тощо:

- ▶ до власника закладу з надання психіатричної допомоги, закладу соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади,

- ▶ у порядку підлеглості до вищого органу чи посадової особи або
- ▶ безпосередньо до суду.

Для правильного функціонування закладу з надання психіатричної допомоги критично важливо, щоб така можливість була реальна, а не формальна. Відповідно, необхідно вживати всіх заходів для того, щоб пацієнти були обізнані з усіма законними механізмами для подання скарг та мали довіру до таких механізмів. При поданні скарг у них також має бути можливість діставати правову допомогу.

До основних принципів, що стосуються подання скарг, належать:

- ▶ наявність органів, до яких можна подавати скаргу, що передбачає реальну можливість для пацієнтів та осіб, що діють від їхнього імені, звернутися до них;
- ▶ доступність, що передбачає наявність інформації про такі органи (у брошурах про права пацієнтів, на постерах / стінних газетах, в оголошеннях тощо), стандартних форм для скарг, які спрощують пацієнтам їх заповнення, непов'язаність права подавати скаргу та наявності дієздатності, необхідну підтримку пацієнта з боку персоналу щодо подання скарги;
- ▶ конфіденційність та безпечність таких скарг, найсуворіша заборона будь-яких проявів помсти за надіслану скаргу;
- ▶ ефективність наявних механізмів, що забезпечується, зокрема, їхньою оперативністю та ретельністю під час розгляду скарг;
- ▶ можливість відстеження долі надісланих скарг, зокрема їх реєстрація для подальшого використання керівництвом закладу та можливими інспекціями.

Визнання особи із психічним розладом недієздатною

Правових процедур щодо визнання особи із психічним розладом недієздатною треба ретельно дотримуватися.

Оскільки наявність хронічного стійкого психічного розладу, унаслідок якого особа не здатна усвідомлювати значення своїх дій та/або керувати ними, є передбаченою законодавством України підставою для визнання особи недієздатною, адміністрації та персоналу закладів із надання психіатричної допомоги регулярно доводиться мати справу із особами, щодо яких таке рішення було прийнято судом, а також з тими, щодо кого постає питання про визнання їх недієздатними.

Заяву до суду про визнання фізичної особи недієздатною можуть подати члени її сім'ї, близькі родичі, незалежно від їх спільного проживання, орган опіки та піклування, заклад з надання психіатричної допомоги. Суд за наявності достатньої інформації про психічний розлад особи призначає для встановлення її психічного стану судово-психіатричну експертизу.

Справи про визнання особи недієздатною суд розглядає за участю заявника, особи, щодо якої розглядається справа про визнання її недієздатною, та представника органу опіки та піклування. З урахуванням стану здоров'я особи, щодо якої розглядається справа про визнання її недієздатною, її участь у розгляді справи може відбуватись у режимі відеоконференції з психіатричного закладу.

Особі, щодо якої розглядається питання про визнання її недієздатною, повинна повним обсягом надаватися необхідна підтримка та правова допомога, зокрема безоплатна, а також мають забезпечуватися умови для конфіденційного спілкування зі своїм адвокатом та іншими законними представниками.

Призначення опікуна особі, визнаної судом недієздатною

При призначенні опікуна необхідно унеможливити конфлікт інтересів.

За Цивільним кодексом України, визнання фізичної особи недієздатною тягне за собою призначення такій особі опікуна. Відповідно до усталеної європейської практики для уникнення конфлікту інтересів, що може призвести до можливих зловживань, а також для запобігання будь-яким підозрам чи звинуваченням у корупційних правопорушеннях опікунами особи не можна призначати співробітників закладу, де ця особа дістає психіатричну допомогу.

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю

Конвенція про права осіб з інвалідністю вимагає зміни парадигми у ставленні до осіб із психічними розладами.

2006 року ухвалено Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю (КПОІ), у якій станом на 1 жовтня 2019 року беруть участь 180 держав світу, зокрема й Україна. Відповідно, КПОІ – частина законодавства України, і саме її положення матимуть пріоритет у разі невідповідності до них норм національного закону.

Конвенція – один з дев'яти головних багатосторонніх договорів з прав людини, ухвалених у межах ООН. КПОІ містить класичний каталог прав людини, якими повинні користуватися особи з інвалідністю в сучасному справедливому суспільстві.

Положення КПОІ застосовуються до всіх осіб з інвалідністю, що означається як стійкі фізичні, психічні, інтелектуальні або сенсорні порушення, які при взаємодії з різними перешкодами можуть заважати повній та ефективній участі таких осіб у житті суспільства нарівні з іншими (курсив наш. – *Автори*). Серед положень КПОІ, які мають безпосереднє значення для функціонування закладів з надання психіатричної допомоги, можна виокремити такі:

- ▶ особи з інвалідністю мають правоздатність нарівні з іншими в усіх аспектах життя – стаття 12(2);
- ▶ особи з інвалідністю повинні мати доступ до підтримки, якої вони можуть потребувати під час реалізації своєї правоздатності – стаття 12(3);

- ▶ усі заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, мають передбачати належні та ефективні гарантії недопущення зловживань: заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, орієнтувалися на повагу до прав, волі та переваг особи, були вільні від конфлікту інтересів і недоречного впливу, були сумірні з обставинами цієї особи й пристосовані до них, застосовувалися протягом якомога меншого строку й регулярно перевірялися компетентним, незалежним та безстороннім органом чи судовою інстанцією – стаття 12(4);
- ▶ наявність інвалідності (зокрема, через психічний розлад) в жодному разі не може бути підставою для позбавлення волі – стаття 14(1);
- ▶ особи з інвалідністю повинні мати можливість вибирати нарівні з іншими людьми своє місце проживання й те, де й з ким проживати, і не бути зобов'язаними проживати в якихось визначених житлових умовах – стаття 19.

Питання практичної імплементації зазначених положень щодо пацієнтів закладів з надання психіатричної допомоги залишається відкритим, проте очевидно, що її положення вимагають:

- ▶ зміни концепції визнання особи недієздатної, традиційної для України та більшості інших держав, і яка передбачає повну *заміну* підопічної особи опікуном у питанні ухвалення будь-яких рішень, на концепцію ухвалення рішення самою особою з психічним розладом *за допомогою* опікуна;
- ▶ допомога в здійсненні правоздатності (тобто дієздатністю) повинна бути вільною від будь-яких конфліктів інтересів та підлягати зовнішньому адміністративному та/або судовому контролю;
- ▶ перебування осіб у закладах з надання психіатричної допомоги повинна тривати мінімально необхідний час.

КПОІ також поставила серйозні питання щодо самої можливості примусової госпіталізації та примусового лікування осіб. Наразі практика європейських держав та рішення Європейського суду з прав людини допускають – а подекуди й вимагають – примусової госпіталізації та примусового лікування, проте лише з дотриманням повного спектра юридичних гарантій прав осіб із психічними розладами.

РОЗДІЛ VII.

ІНШІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ

Окрім засобів правового захисту пацієнтам (та, залежно від ситуації, їхнім родичам/опікунам) також має бути доступна низка інших гарантій.

Пацієнти стаціонарів повинні мати доступ до системи розгляду скарг, формалізованої, простої, зручної, надійної, такої, що викликає довіру, конфіденційної й ефективної.

Механізми розгляду скарг

Ефективні процедури розгляду скарг – одна з основних гарантій захисту від неналежного поводження в закладі охорони психічного здоров'я.

Ми можемо лише сподіватися, що пацієнти стаціонарних відділень зможуть розв'язати будь-які проблеми, що в них виникають, поговоривши з персоналом, відповідальним за їхнє лікування. Проте, якщо відповіді, які отримають пацієнти, їх не задовольнять, усі стаціонарні пацієнти, а також члени їхніх сімей або законні представники повинні мати право конфіденційно звернутися зі своїми скаргами безпосередньо до керівництва закладу або інших зовнішніх незалежних органів, які мають повноваження розслідувати скарги. Отже, пацієнти зможуть висловити своє занепокоєння та завжди бути почутими. Пацієнти ні за яких обставин не повинні відчувати, що їх карають через їхні скарги. Насправді, хоча деякі працівники можуть почуватися дискомфортно через право пацієнта на скаргу, їх слід активно заохочувати до подання скарг, коли вони висловлюють невдоволення своїм лікуванням. Такий підхід часто може зняти напруження, а подальші розслідування підтвердять факти на користь персоналу, якщо той не вдавався до зневажливої або неналежної поведінки.

Для забезпечення права пацієнтів на подання скарги вони повинні мати захищений доступ до системи розгляду скарг, формалізованої, простої, зручної (зокрема щодо мови, яка використовується), надійної, такої, що викликає довіру, конфіденційної й ефективної. На базовому рівні можна передбачити існування замкнених скриньок для скарг у всіх приміщеннях стаціонару з гарантованим доступом до паперу та ручок¹⁴, щоб пацієнти могли писати скарги; повідомлення з таких скриньок має регулярно особисто забирати уповноважений представник керівництва лікарні.

Усі скарги, подані в межах закладу, повинні бути зареєстровані в централізованому журналі та їх має розглядати невелика мультидисциплінарна група провідних клінічних спеціалістів, разом з керівництвом закладу.

¹⁴ Якщо є занепокоєння з приводу можливості використання пацієнтом ручки як зброї, то її можна зробити коротшою і дозволити її використання лише під наглядом персоналу (при цьому забезпечити конфіденційність того, що пише пацієнт).

Усі скарги треба об'єктивно та належним чином розслідувати, на них треба давати відповіді в письмовій формі протягом узгодженого розумного строку¹⁵. Результати розгляду скарг і вжиті заходи слід відображати в журналі, а невелика мультидисциплінарна група провідних клінічних спеціалістів повинна, виходячи з принципів клінічного керування, забезпечити процедури інформування про скарги та результати їх розслідування, що дасть можливість згодом поліпшити якість лікування пацієнтів.

Пацієнти повинні мати право звертатися по юридичну допомогу щодо своїх скарг і користуватися безоплатною правовою допомогою, якщо цього вимагають інтереси правосуддя.

Забезпечення інформаційними матеріалами

Кожному пацієнтові при його прибутті до закладу необхідно надати вичерпну брошуру, що містить інформацію щодо всього спектра основних питань стосовно його перебування.

Кожному пацієнтові (та сім'ям/опікунам пацієнтів) при прибутті до закладу охорони психічного здоров'я слід надати вичерпний інформаційний poradnik, який міститиме інформацію про:

- ▶ встановлені правила закладу;
- ▶ права пацієнтів (разом з інформацією про способи подання скарг);
- ▶ правову допомогу;
- ▶ розгляд питань щодо розміщення (та права пацієнта на його оскарження);
- ▶ згоду на лікування;
- ▶ процедуру подання скарг.

Такі poradniki можуть розроблятися у формі друкованих буклетів або навіть складатися з кількох друкованих аркушів. Вони повинні доповнюватися усними поясненнями з боку персоналу. Хоча інформація щодо правил перебування, прав пацієнтів тощо також повинна розміщуватися на інформаційній дошці в клінічних приміщеннях, такий невеликий poradnik, що видається пацієнтові при його прибутті, набагато персоналізованіший та індивідуальніший, і пацієнт, імовірно, це оцінить у важливий період початку свого перебування в закладі. Усім пацієнтам, які не в змозі зрозуміти цю брошуру, слід надати відповідну допомогу, й було б доцільно підготувати її різними мовами, якщо зазвичай заклад приймає пацієнтів-іноземців.

Заохочення зовнішніх перевірок

Заохочення та підтримка критичного, конструктивного, незалежного зовнішнього оцінювання психіатричної установи може продемонструвати її відкритість до вдумливого ставлення до своєї практики, намагання уникнути легковажності. Тому слід приймати візити ГО, представників НПМ, представників Уповноваженого з прав людини або міжнародних організацій (таких як КЗК або ППК), а їхні рекомендації слід сприймати серйозно та дотримуватися їх, коли це необхідно. По суті, крім об'єктивного сприяння поліпшенню клінічної практики застосування таких

¹⁵ Наприклад, 21 день у разі нетермінових скарг.

рекомендацій може бути корисним для посилення позицій у переговорах, коли керівництво намагається отримати більше ресурсів.

Випадки смертей серед пацієнтів

Випадок несподіваної смерті (коли до смерті лікар чітко не діагностував смертельне захворювання) в стаціонарі закладу охорони психічного здоров'я – серйозний інцидент. Це, наприклад, може бути результатом навмисного самоушкодження, прямим або непрямим результатом насильницької взаємодії з іншими, наслідком недіагностованої хвороби або пов'язаним з недбалістю або неналежним поводженням.

У всіх випадках раптової смерті пацієнта в закладі охорони психічного здоров'я (або після переведення до лікарні) смерть пацієнта має негайно засвідчити лікар на підставі медичного обстеження, й у подальшому має бути проведена автопсія.

Крім того, слід провести ретельне та незалежне розслідування кожного випадку такої смерті в стаціонарі з метою з'ясувати, чи можна з цього випадку зробити якісь висновки щодо якості догляду, операційних процедур або випадків недбалості. Якщо пацієнт помирає за підозрілих обставин або після травми, завжди слід інформувати відповідні правоохоронні органи.

У закладі слід вести реєстр клінічних причин смертей пацієнтів.

Правила операційної діяльності

Заклад охорони психічного здоров'я повинен мати весь спектр детальних операційних правил і процедур, які слід використовувати для інформування персоналу та надання йому настанов щодо практичної роботи.

Участь у дослідженнях

Іноді може бути доцільним, щоб пацієнти закладів охорони психічного здоров'я брали участь у науково-дослідних програмах, наприклад таких, які допомагають розробляти та/або вдосконалювати нові методи лікування. Така участь повинна завжди залежати від того, чи пацієнт дієздатний та чи дав він свою повну поінформовану згоду (тобто чи в нього є повне розуміння ризиків і переваг участі). Щоб форму згоди пацієнта можна було використовувати як підтвердження цього, вона повинна бути достатньо деталізованою.

У подальшому всі дослідження, що проводяться, має розглядати незалежний комітет з досліджень та етики.

ПРИКІНЦЕВІ КОМЕНТАРІ

Усі пацієнти закладів охорони психічного здоров'я потребують і заслуговують на належне, висококваліфіковане, ефективне, індивідуалізоване лікування, що його забезпечує достатня кількість добре підготовленого мультидисциплінарного клінічного персоналу, за доступності ефективних засобів правового захисту, в безпечних, гідних умовах конфіденційності та мінімальних можливих обмежень, та яке відповідає останнім прогресивним тенденціям у наданні такої допомоги.

Для подолання багатьох труднощів і викликів, з якими стикаються керівництво та персонал закладів охорони психічного здоров'я в Україні, з метою забезпечити задовільне впровадження всіх аспектів роботи, представлених у цьому poradniku, знадобляться значні зусилля та координація між закладами, як на регіональному, так і національному рівнях. Деякі (хоча й не всі) питання потребуватимуть фінансування, що становить виклик, особливо в ситуації економічних труднощів.

Удосконалення наявних систем клінічної практики може бути надзвичайно складним процесом, особливо у великих організаціях, коли моральний дух персоналу низький, існує дефіцит ресурсів, і є побоювання, що все, що змінює усталену практику, може підвищити ризики або вразливість до критики. Значущі зміни й удосконалення якості послуг можливі лише тоді, коли в закладі наявне сильне й ефективне керування.

У межах національних систем охорони психічного здоров'я часто спостерігається ситуація, коли якість клінічної практики й умови перебування значно різняться в межах закладів і серед різних закладів, до того ж приклади належної, прийнятної та поганої практики можуть співіснувати. Регіональним і національним лідерам у сфері охорони психічного здоров'я слід наполегливо рекомендувати відзначати та поширювати передову практику та приклади ефективного вдосконалення клінічної допомоги в межах усієї системи, щоб послідовно розвивати високоякісну психіатричну допомогу.

Усі пацієнти в закладах охорони психічного здоров'я потребують і заслуговують на адекватне, висококваліфіковане, ефективне, індивідуалізоване лікування, що його забезпечує достатня кількість належним чином підготовленого мультидисциплінарного клінічного персоналу з доступом до ефективних засобів правового захисту, в безпечних, гідних умовах конфіденційності та мінімальних можливих обмежень, та яка відповідає останнім прогресивним тенденціям у наданні такої допомоги. Заради здійснення цього прагнення слід працювати, й з часом цього можна буде досягти.

Весь персонал закладів охорони психічного здоров'я повинен бути пильним; якщо виникає підозра щодо порушень прав людини, такі ситуації слід розглянути, причетних розпитати, дослідити, спробувати зрозуміти, а потім, якщо необхідно, треба не втомно працювати, щоб виправити недоліки. Якщо є відчуття, що щось відбувається неправильно, ймовірно, це так і є. Ви це відчуєте. І пацієнт це відчує.

Весь персонал закладів охорони психічного здоров'я повинен бути пильним; якщо виникає підозра щодо порушень прав людини, такі ситуації слід розглядати, розслідувати, вивчати, намагатися зрозуміти, а потім, якщо необхідно, слід невтомно працювати, щоб виправити недоліки. Якщо є відчуття, що щось відбувається неправильно, ймовірно, це так і є.

ПОДЯКИ

Автори хотіли б відзначити істотну допомогу, надану їм у ході аналізу письмових стандартів КЗК, довідкової документації та звітів у процесі підготування цієї публікації.

Вони також визнають, що багато в чому підвищили рівень своєї обізнаності завдяки участі у візитах КЗК й інших заходах з проблематики прав людини, на додаток до їхньої клінічної (КМ) та юридичної (МГ) роботи, та багатьом обговоренням, які вони проводили протягом цих років з великою кількістю колег-професіоналів (в клінічній і юридичній галузях).

Однак слід зазначити, що основним джерелом інформації авторів при розгляді питань, що обговорюються в цьому poradniku, були самі пацієнти психіатричних закладів. Той великий обсяг вражень, якими великодушно та довірливо ділилися пацієнти, розповідаючи про власний досвід лікування в закладах охорони психічного здоров'я, є для нас неоціненне джерело.

ДОДАТОК І.

ОСНОВНА ДОВІДКОВА ДОКУМЕНТАЦІЯ КОМІТЕТУ ІЗ ЗАПОБІГАННЯ КАТУВАНЬ (КЗК) РАДИ ЄВРОПИ

Широкий спектр документів КЗК доступний через HUDOC-CPT на вебсайті КЗК (<https://www.coe.int/en/web/cpt/database>). Туди входять звіти про відвідування країн (що містять непрямі стандарти та описи еволюції судової практики), публічні заяви, річні звіти, стандарти та контрольні списки.

- ▶ Примусове розміщення в психіатричній лікарні – витяг з 8-го річного звіту КЗК (1998): <https://rm.coe.int/16806cd43e>.
- ▶ Контрольний список для оцінки психіатричної лікарні (жовтень 2009 р.): <https://rm.coe.int/16806fc231>.
- ▶ Контрольний список для візитів до соціальних установ, де особи можуть бути позбавлені волі (травень 2015 р.): <https://rm.coe.int/16806fc22b>.
- ▶ Засоби гамування в психіатричних установах для дорослих – переглянуті стандарти КЗК (березень 2017 р.): <https://rm.coe.int/16807001c3>.

ПРО АВТОРІВ

Клайв М'ю – доктор медицини, кавалер ОБІ, член ККП, працював лікарем у сфері охорони психічного здоров'я протягом 35 років. З 1999 року він судовий психіатр-консультант трасту Оксфордського фонду охорони здоров'я Національної служби здоров'я у Великій Британії, з 1999 р. – почесний старший клінічний лектор із судової психіатрії Оксфордського університету. Його Фонд охорони здоров'я має понад 6,2 тис. співробітників і забезпечує широке географічне охоплення послугами охорони психічного та фізичного здоров'я. Раніше він був клінічним директором судово-медичних служб трасту в сфері психічного здоров'я (2006–2011), а потім медичним директором і стратегічним директором трасту (2011–2016). До цього він був старшим клінічним викладачем судової психіатрії в Інституті психіатрії Лондонського університету, а також консультантом-судовим психіатром у відділенні розладів особистості лікарні суворого режиму м. Бродмура (1992–1999). Він також понад 20 років працює з Радою Європи (РЄ), особливо в Східній Європі та країнах колишнього Радянського Союзу, проводив тренінги для персоналу в'язниць і психіатричних лікарень з питань прав людини, а також працював експертом у понад 30 місцях, які перевіряли заклади охорони психічного здоров'я й інші місця утримання (зокрема в Україні), працюючи з Комітетом Ради Європи з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК). 2014 року він був нагороджений медаллю президента Королівського коледжу психіатрів Великої Британії й отримав Орден Британської імперії від королеви в 2017 році за надання послуг людям із проблемами психічного здоров'я.

Микола Гнатовський – юрист-міжнародник, доцент кафедри міжнародного права Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка, перший віце-президент Української асоціації міжнародного права, є членом Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК) з 2009 року та його президентом з 2015 року. Протягом роботи у КЗК як учасник та керівник делегацій Комітету брав активну участь у плануванні та здійсненні численних міжнародних моніторингових візитів, а також написанні доповідей за їх результатами та підтриманні діалогу з урядами щодо імплементації рекомендацій КЗК. Є автором численних публікацій з міжнародного та європейського права захисту прав людини та членом редакційних колегій наукових журналів з проблематики прав людини та міжнародного права.

Порадник розроблено для керівного складу медичних працівників, що працюють у психіатричних закладах України. Головна його ідея полягає в наданні рекомендацій щодо основних стандартів і підходів, які треба застосовувати при забезпеченні догляду та лікуванні пацієнтів у закладах психічного здоров'я. Дотримання запропонованих підходів збільшує ймовірність уникнення неналежного поводження з пацієнтами, а також сприяє забезпеченню якісної психічної допомогою.

Погляди авторів, презентовані в порадику, ґрунтуються на європейських стандартах прав людини та міжнародних стандартах клінічної практики в поєднанні з досвідом клінічного та правового практичного їх застосування авторами. Безумовно, готуючи це видання, автори брали до уваги українське та міжнародне право і Конвенцію про права інвалідів (КПІ), але вони окремо наголошують на важливості застосування основних стандартів і документальної бази Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню та покаранню в психіатрії, які лягли в основу цього порадику.

Порадник можна використовувати не лише у психіатричних лікарнях, а й у психіатричних відділеннях, що входять до структури лікарень загального профілю, та в органах соціальної допомоги, які забезпечують догляд за підопічними із психіатричними розладами. Порадник не варто використовувати як збірку настанов з лікування психічних розладів осіб, що перебувають у в'язницях або інших подібних місцях (наприклад, місцях утримання нелегальних мігрантів), хоча деякі з описаних принципів усе ж таки можуть бути застосовані і в таких закладах.

Клайв М'ю, доктор медицини, кавалер ОБІ, член ККП, працював лікарем у сфері охорони психічного здоров'я протягом 35 років. З 1999 року він судовий психіатр-консультант Трасту Оксфордського фонду охорони здоров'я Національної служби охорони здоров'я (NHS) у Великій Британії, а також почесний старший клінічний лектор із судової психіатрії Оксфордського університету. Більш ніж 20 років працює експертом Ради Європи (РЕ) та брав участь у понад 30 місіях, які перевіряли заклади охорони психічного здоров'я й інші місця утримання (зокрема в Україні), працюючи з Європейським комітетом з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК). 2014 року нагороджений медаллю президента Королівського коледжу психіатрів Великої Британії й отримав Орден Британської Імперії від Королеви в 2017 р. за надання послуг людям із проблемами психічного здоров'я.

Микола Гнатовський – юрист-міжнародник, доцент кафедри міжнародного права Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка, перший віце-президент Української асоціації міжнародного права, є членом Європейського комітету з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (КЗК) з 2009 року та його президентом з 2015 року. Протягом роботи у КЗК як учасник та керівник делегацій Комітету брав активну участь у плануванні та здійсненні численних міжнародних моніторингових візитів, а також написанні доповідей за їх результатами та підтриманні діалогу з урядами щодо імплементації рекомендацій КЗК. Є автором численних публікацій з міжнародного та європейського права захисту прав людини та членом редакційних колегій наукових журналів з проблематики прав людини та міжнародного права.

UKR

www.coe.int

Рада Європи – провідна організація із захисту прав людини континенту. Вона включає 47 держав-учасниць, 28 з яких є членами Європейського Союзу. Усі держави – учасниці Ради Європи підписали Європейську конвенцію з прав людини – договір, спрямований на захист прав людини, демократії та верховенства права. Європейський суд з прав людини здійснює нагляд за виконанням Конвенції в державах-учасниках.