



Фінансується  
Європейським Союзом



# Реформування послуг охорони психічного здоров'я у пенітенціарній системі України

Звіт за наслідками моніторингового та  
оціночного візиту та  
рекомендації українській пенітенціарній службі

Жовтень 2019 р.

Human Rights  
  
Mental Health

  
Federation Global  
Initiative on Psychiatry

Франс Дау (NL)

Ґевін Гарман (Великобританія)

Роб Койкенс (NL)

Альгімантас Ляуседас (LT)

Роберт ван Ворен (NL / LT)

Венді Вейц (NL)

Цей звіт підготовано міжнародним фондом “Human Rights in Mental Health-FGIP”. Виключну відповідальність за його зміст несуть автори та “Федерація “Глобальна ініціатив в психіатрії”” і він не обов’язково відбиває погляди Європейського Союзу.

Проект фінансувався Європейською Комісією в рамках проекту “Боротьба з катуваннями та жорстоким поведінням в Грузії, Україні та Вірменії” (NEAR-TS / 2017 / 388-508).

# I. Вступ

У жовтні 2019 року група в складі шести іноземних експертів здійснила візит в Україну з метою відвідати пенітенціарні установи у рамках зусиль, спрямованих на підтримку пенітенціарної служби України в розробці плану реформування послуг психічного здоров'я кримінально-виконавчої системи. Цей візит був наслідком попереднього, що був здійснений в червні 2017 року під егідою Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради з прав людини. Візит 2017 року був складником проекту, що фінансувався Посольством Королівства Нідерландів, і за його результатами були виявлені серйозні недоліки в пенітенціарній системі охорони психічного.<sup>1</sup>

Після того візиту були започатковані дискусії із пенітенціарною службою, які зрештою дозволили 3 червня 2019 року підписати Меморандум про взаєморозуміння, що закріпив бажання спільно працювати над розробкою та вдосконаленням послуг, які відповідали б європейським стандартам догляду.<sup>2</sup>

Оцей другий візит до моніторингу та оцінки проводився у тісній співпраці з пенітенціарною службою України, делегацію супроводжувала лікарка лікувально-профілактичного відділу державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» пані Тетяна Дергач. Іноземними членами групи були колишній начальник в'язниці, судово-психіатричний експерт та директор судово-психіатричної лікарні, клінічний психолог / психотерапевт, дві психіатричні медсестри та знавець української системи охорони психічного здоров'я, кожен з яких вивчав заклади під своїм кутом зору.<sup>3</sup>

Нашим завданням було зібрати інформацію, яка допомогла б нам окреслити подальші кроки з підтримки пенітенціарної служби в розробці реалістичного плану реформ. Підсумковий звіт, хоча він і містить критичну оцінку поточної ситуації, має на меті стати знаряддям змін, який може стати в пригоді для реформування існуючої системи та приведення її у відповідність з міжнародними стандартами психіатричної практики.

Ми хотіли б скористатися з цієї нагоди, щоб подякувати керівникам установ за їхню готовність забезпечити змогу для здійснення нашого візиту. Ми також дякуємо їм за відверті дискусії під час нашого візиту та за готовність обговорити наші “погляди сторонніх”.

У доповіді займенника “він” вживано до ув'язнених та працівників установ обох статей.

<sup>1</sup> Bleeker, C. et.al.: Review of prison mental health services in Ukraine and the development of a Plan of Action (“Огляд послуг охорони психічного здоров'я в пенітенціарній системі України”), FGIP, червень 2017 р.

<sup>2</sup> Див. текст Меморандума в додатку до цього звіту (англ. переклад)

<sup>3</sup> Див. професійні біографії експертів у стислому вигляді в додатку до звіту.

## I.a. Загальна оцінка та вступні зауваження

Останнім часом судова система в Україні зазнала багатьох змін. З політичною переорієнтацією на європейські країни в 2013 році було прийняте нове законодавство. Хоча кількість ув'язнених в Україні (за інформацією з офіційних джерел) значно скоротилося — з 218 000 у 2000 році до 53100 2019 році, можна очікувати, що це скорочення може закінчитися.

## I.b. Системні аспекти

### I.b.1. Пенітенціарна охорона психічного здоров'я

---

Нещодавні дослідження неодноразово підтвердили вражаючі висновки первісного аналізу 2002 р., що охопив 23000 в'язнів у 12 західних країнах, відповідно до якого кілька мільйонів ув'язнених на світі мали серйозні психічні розлади.<sup>4</sup> Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підрахувала, що приблизно 40 відсотків ув'язнених в Європі страждають від якоїсь форми психічної інвалідності і характеризуються всемеро вищою ймовірністю скоєння самогубства, ніж люди поза пенітенціарними установами.<sup>5</sup> За даними Комітету Організації Об'єднаних Націй з економічних, соціальних та культурних прав, заклади громадського здоров'я та служби охорони здоров'я мають відповідати наступним стандартам:

- **Нааявність:** об'єкти, послуги та товари мають бути доступними в достатній кількості, включаючи такі основні фактори здоров'я, як безпечна та придатна до пиття вода, а також відповідні санітарно-гігієнічні об'єкти, лікарні, клініки та інші будівлі, пов'язані з охороною здоров'я, підготовлений медичний та професійний персонал та необхідні лікарські засоби;
- **Доступність:** об'єкти, послуги та товари та пов'язана з охороною здоров'я інформація має бути фізично та економічно досяжними (доступними) без дискримінації, а надто вразливим чи маргіналізованим групам населення;
- **Прийнятність:** об'єкти, послуги та товари мають забезпечувати відповідність медичній етиці, дотримання конфіденційності та покращувати стан здоров'я тих, кого це стосується;

<sup>4</sup> Fazel S., Danesh J. (2002) Serious mental disorder among 23,000 prisoners: systematic review of 62 surveys ("Серйозні психічні розлади серед 23000 ув'язнених: системний аналіз 62 досліджень"). *Lancet*, 359, стор. 545-550. Див. також посилання №22.

<sup>5</sup> Penal Reform International, *Penal Reform Briefing No. 2, 2007 (2), Health in prisons: realizing the right to health* ("Охорона здоров'я у в'язницях: здійснення права на здоров'я"), стор. 3.

- **Якість:** об'єкти, послуги та товари мають бути належними з погляду науки і медицини та якісними, що, на думку Комітету, вимагає (серед іншого) кваліфікованого медичного персоналу, науково затверджених та такими, чий термін придатності не вичерпався, лікарських засобів та обладнання, безпечної та придатної до пиття води та належної санітарії.<sup>6</sup>

Згідно з посібником щодо ув'язнених з особливими потребами Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків та злочинності (УНЗ ООН), зміцнення психічного і фізичного здоров'я та соціального благополуччя має бути ключовим елементом в системі управління в'язницями та політики охорони здоров'я. Розробка комплексної політики та стратегій, спрямованих на захист психічного благополуччя всіх в'язнів та забезпечення своєчасного доступу осіб з психічними відхиленнями до відповідного лікування, рівнозначного наявному за місцем проживання, є істотними для ефективного управління охороною психічного здоров'я в тюрмах. Ці напрями та стратегії мають включати захист психічного благополуччя всіх ув'язнених (покращення умов, забезпечення безпечного та позитивного тюремного середовища) та адекватне поводження з ув'язненими з потребами в області психічного здоров'я.<sup>7</sup>

## 1.b.2. В'язничне середовище

---

Досягнення та підтримання гуманних та стимулюючих умов життя в установах виконання покарань є вирішальним із кількох причин.<sup>8</sup> Гуманне життєве середовище, що мінімізує шкоду, заподіювану ув'язненням, є важливою відправною точкою для призначення та виконання покарань у місцях позбавлення волі.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). ("Істотні питання в межах імплементації Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права. Коментара загального характеру № 14 (2000) Право на найвищий із досяжних рівнів здоров'я (Стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права)", New York, ООН, Комітет з економічних, соціальних і культурних прав, 2000 р.

<sup>7</sup> Мінімальні стандартні правила ООН щодо поводження з ув'язненими ("Правила Нельсона Мандели") сформульовано так:

Правило 109: 1. Особи, які визнані такими, що не несуть кримінальної відповідальності, або ті, в кого згодом були діагностовані серйозні інвалідність внаслідок психічного захворювання і/або порушення здоров'я, для яких подальше перебування в умовах в'язниці означатиме погіршення їхнього стану, в тюремних установах не утримують і вживають заходів для їх якнайшвидшого переведення в психіатричні клініки; 2. У разі необхідності інші ув'язнені з психічними захворюваннями та/або важким станом здоров'я можуть спостерігатися і проходити лікування в спеціалізованих установах під наглядом кваліфікованих медичних фахівців; 3. Медична служба забезпечує психіатричне лікування всіх інших ув'язнених, що потребують такого лікування.

Правило 110: За домовленістю з компетентними установами бажано вживати, якщо це треба, заходів на те, щоб забезпечити їх психіатричне лікування і соціально-психіатричний догляд за ними і після звільнення..

<sup>8</sup> Beijersbergen et al., 2016; Brons et al., 2013; Van der Laan & Eichelsheim, 2013; Wright, 1991.

<sup>9</sup> Netherlands Judicial Services DJI, 2013

Окрім того, створення гідного та стимулюючого життєвого середовища може справляти вплив на безпеку та добробут в'язнів та персоналу, а отже, і на безпечно управління установами виконання покарань.

Наприклад, дослідження серед утримуваних під вартою чоловіків, жінок та неповнолітніх показало, що такі аспекти, як справедливість поводження з боку персоналу, регулярні відвідування родичами чи друзями, кількість годин діяльності, зміст розпорядку дня та добра взаємодія з іншими в'язнями асоціюються з меншою кількістю випадків порушення режиму та меншою кількістю психологічних проблем серед ув'язнених.<sup>10</sup>

У дослідженні Буна та ін. (2016) наведено аналіз різних аспектів життєвого середовища в установах виконання покарань на основі висновків різних національних та міжнародних джерел. Автори виділили шість аспектів життєвого середовища: (1) автономія, (2) безпека, (3) контакти всередині установи (контакти між персоналом та в'язнями та між самими в'язнями), (4) контакти із зовнішнім світом, (5) змістовні заняття протягом дня (включаючи реінтеграцію) та (6) фізичне самопочуття (наприклад, їжа, сон і фізичні вправи). Підвищена рівня автономії та свободи ув'язнених сприяє їхньому відчуттю відповідальності та впевненості у власних силах.<sup>11</sup> Уміння вчитися та робити вибір — важлива умова для запобігання рецидивізму.

Почуття страху серед персоналу пенітенціарних установ може призводити до появи клімату занадто великої жорсткості чи тотального контролю. Парадокс полягає в тому, що більше заходів фізичної безпеки в установі не є гарантією більшої безпеки. Заходи безпеки можуть мати негативний вплив на життєве середовище та негативно відбиватися на автономії.

Добрі контакти між персоналом та в'язнями, які відзначаються певною мірою відкритості та довіри (хоч би як важко це було в закритому закладі), позитивно впливають на відчуття безпеки. Підтримувати режим та безпеку завдяки добрим стосункам із ув'язненими — тому, що в літературі називають “м'якою силою” — краще, ніж підтримувати безпеку шляхом застосування повноважень або здійснення фізичних заходів безпеки.

Дослідження в кількох секторах вказують на те, що персонал мусить уміти знаходити рівновагу між своєю співпричетністю та дистанцією. Суттєвим засобом для розширеного використання навичок деескалації та забезпечення їх наявності в кризові періоди, що може потім зменшити потребу або й запобігти ізоляції чи

<sup>10</sup> Beijersbergen, Dirkwager, Eichelsheim, Laan, & Nieuwbeerta, 2013; Beijersbergen, Dirkwager, Eichelsheim, Van der Laan, & Nieuwbeerta, 2015; Bronze, Dirkwager, Beijersbergen, Reef, & Nieuwbeerta, 2013; Gover, MacKenzie, & Armstrong, 2000; Molleman, 2011; Reisig & Mesko, 2009; Slotboom, Menting, & Bijleveld, 2009; Van der Laan & Eichelsheim, 2013; Wooldredge, 1999; Wright, 1991). Є також вказівки на те, що певні сторони життєвого середовища впливають на ризик кримінальної поведінки після звільнення (Beijersbergen, Dirkwager, & Nieuwbeerta, 2016; Chen & Shapiro, 2007; Dowden & Andrews, 2004; Schubert, Mulvey, Loughran, & Losoya, 2012)

<sup>11</sup> (De Jong, Willems & Van Burik 2015)

засобам стримування, є відповідне навчання.

Доброї в'язниці не збудуєш, не інвестуючи в хороший персонал. У цьому звіті йдеться в основному про становище ув'язнених. Однак, якщо є бажання внести в нього якісь суттєві зміни, без поліпшення становища персоналу аж ніяк не обійтися. Створення кращої пенітенціарної системи має поєднуватися з формуванням краще навченого, більш кваліфікованого та вище оплачуваного персоналу кримінально-виконавчих установ.<sup>12</sup> Крім того, менш репресивна тюремна система, що більшою мірою спрямована на реабілітацію та відновлення, й існування альтернатив досудовому ув'язненню, здатні зменшити зрештою чисельність осіб, позбавлених волі.<sup>13</sup> З'явилася б змога призначати коротші строки покарання та застосовувати альтернативні санкції. Це не тільки знизило б витрати на забезпечення існування величезної кримінально-виконавчої системи, але й зробило б працю персоналу цікавішою та кориснішою.

## 1.b.2. Змістовний розпорядок дня

---

Коли позбавлені волі особи можуть застосовувати свою енергію у позитивний і активний спосіб, це є фактором протидії руйнівним наслідкам тримання під вартою на їхнє (психічне) здоров'я. Це дає змогу чоловікам та жінкам зберегти та розвивати свої вміння та таланти й готуватися до повернення в суспільство. Особи з психічними розладами потребують спеціалізованого медичного лікування, частиною якого є підтримка та стимулювання активного застосування своїх сил та здібностей.<sup>14</sup>

Дуже часто помилково вважають, що створення умов для активності людей, позбавлених волі, потребує чималих грошей. Але найбільшою складністю на цьому шляху є змінити ставлення всіх причетних і почати вивчати й використовувати вже наявні можливості. Більшість ув'язнених мають якісь робочі навички — будівельників, водіїв, працівників сільського господарства, кухарів чи вчителів, а деякі з них мають ґрунтовну освіту чи виразні лідерські таланти. Ці вміння та здібності можна застосувати так, щоб це було корисно і їм самим, і кримінально-виконавчій системі.

<sup>12</sup> Згідно з Правилем 76d Мінімальних стандартних правил щодо поводження з ув'язненими ("Правила Нельсона Манделі") навчання має включати такі питання, як "надання першої допомоги, психосоціальні потреби ув'язнених й відповідна динаміка у мовах в'язниці, а також соціальна допомога і сприяння, включно з раннім виявленням проблем із психічним здоров'ям".

<sup>13</sup> Мінімальні стандартні правила ООН щодо заходів, не пов'язаних з позбавленням волі (Токійські правила)

<sup>14</sup> Мінімальні стандартні правила ООН щодо поводження з ув'язненими ("Правила Нельсона Манделі"), правило 5

## II. Відвідані установи

В українській пенітенціарній системі цілком погоджуються з тим, що психіатричне лікування, яке зараз доступне ув'язненим із психічними розладами, не відповідає вимогам сучасних стандартів якості. Персонал медичних частин, який працює з психіатричними пацієнтами, не проходить спеціальної підготовки та не має достатніх знань для проведення такої роботи. Саме це розуміння слугувало основою для нашого оцінного візиту та подальших звітів.

Під час візиту до тюремних лікарень Дар'ївки та Вільнянська ми познайомилися й поспілкувалися з медиками й працівниками режимних підрозділів, а також із пацієнтами, які перебували там на лікуванні. Ми також мали доступ до існуючих медичних об'єктів установ. Метою візиту було вивчення поточної ситуації та після узагальнення отриманої інформації розробка рекомендації, які б дозволили нашим українським колегам реформувати нині не адекватну систему.

Обидві тюремні лікарні в Дар'ївці та Вільнянську підпорядковані Міністерству юстиції та ретельно контролюються співробітниками режимних підрозділів установи та відповідними прокуратурами. Вони повинні здійснювати свою діяльність відповідно до нормативно-правових актів пенітенціарної системи, зокрема тих, що регламентують питання охорони та захисту. Слід зазначити, що загальноприйнятих правил, процедур чи критеріїв психіатричного лікування, яким слід керуватися в'язничним медичним установам, не існує. Так чи так, ні в одній, ні в другій лікарні, які ми відвідали, не використовувалися жодних заснованих на доказах засобів чи методів для оцінки та управління ризиками агресивної поведінки.

Обидві лікарні, які ми відвідали, відчували “кадровий голод”. Психіатричні пацієнти, навіть якщо вони й виявляли б бажання, не мають змоги або не відчувають мотивації, щоб долучитися до процесу власного лікування. Ба більше, через брак місця пацієнти і вдень змушені проводити довгий час у ліжках. Суть психіатричного лікування полягає в тому, щоб “витягти” пацієнтів з їхніх ліжок і допомогти їм поступово підготуватися до повернення до нормального життя.

Важливо створити добре організований безперервний процес лікування, що має на увазі не тільки медичних працівників різних спеціальностей, але й активну участь самих пацієнтів, що має своїм наслідком більш ефективне лікування та скорочення терміну перебування в закладі.

Належить чітко визначити завдання психіатричного відділення, що дозволить досягти спільного розуміння цілей та функцій служби. Наразі більшість пацієнтів, яких ми бачили у палаті, не змогли пояснити, чому вони там і що входить до їхнього плану лікування.



Охорона носить форму військового зразку, має при собі у лікарні спеціальні засоби чи навіть зброю, через що клінічні відділення стають більш схожими на в'язницю, ніж на медичні установи, де проводять терапевтичні процедури.

За поточного становища існує більша орієнтованість на ізоляцію та контроль над пацієнтами, а самий процес лікування є вторинним. Було видно, що навколишнє середовище у відділеннях лікарні є доволі ворожим та не сприяє лікуванню пацієнтів та їхньому доброму самопочуттю, хоча ж позитивне для лікування середовище в психіатричних відділеннях є абсолютно необхідною умовою. Таке середовище має включати зокрема достатню житлову площу, оптимальне освітлення, опалення та вентиляцію, належне технічне обслуговування, легкість спостереження, адекватність умеблювання (включаючи індивідуальні шафки для речей пацієнта) та добре контрольовані санітарно-гігієнічні стандарти.

Плани щодо започаткування заходів ерготерапії та соціально-реабілітаційної терапії в лікарнях вітають, але очевидно, що і персоналу, і адміністрації вкрай бракує потрібних спеціалізованих знань. Основним видом лікуванням пацієнтів, а надто тих, хто довго лежить у ліжку, є медикаментозне.

Жити й працювати в медичних установах, певно, важко. Похмура обстановка, ліжка, розташовані рядами одне поруч другого, огорожі з колючого дроту, що відділяють двори – все це створює гнітючу атмосферу. Хоча в деяких випадках санвузли знаходяться просто в житлових приміщеннях, всі вони потребують невідкладного ремонту. Пацієнти не можуть за потреби вільно йти в санвузол. Ніхто з медичного персоналу чи працівників охорони не міг логічно пояснити, чому на дверях палат є ще й заґратовані дверцята; або ж, що не менш дивно, чому прорізи вікон, які виходять у тюремний двір, зовні облаштовані ще й ґратами.

Під час відвідування обох лікарень було видно, що вони є частиною дуже старої (і надалі дуже радянської) пенітенціарної системи, а сама ця система спиралася на сувору ієрархію страху та примусу не лише серед персоналу, але й серед ув'язнених. У такій системі кожен член знає своє місце, свої обов'язки, відчуває себе в безпеці і не має жодної мотивації та змоги щось міняти. З іншого боку, віддані згори накази виконуються без роздуму, а можливість проявляти будь-яку ініціативу вкрай обмежена. Після спілкування зі співробітниками обох лікарень, у нас скалалося сильне відчуття того, що ситуація в лікарнях зміниться лише такою мірою, якою це дозволить керівник установи. Якщо б хтось так вирішив, створити психіатричне відділення, що складається з трьох палат, у лікарні в Дар'ївці було б можна, але хорошої якості обслуговування досягти буде набагато важче.

Відвідини установ без доручень Уповноваженого ВРУ з прав людини носили більш поверхневий характер: ми зуміли побачити лише те, що співробітники хотіли нам показати, і поговорити з тими, кого вони відібрали. Ми не опитували працівників, аби скласти кращу яву про правила розпорядку та роботу підрозділів.

Пацієнти не могли висловлюватися вільно без побоювань, що хтось ще їх зможе почути.

## II.1. Дар'ївська виправна колонія № 10, Білозерський район Херсонської області

Лікарня розташована в окремому двоповерховому корпусі в'язниці, поділеному на соматичне та хірургічне відділення. Співробітники режимного підрозділу здійснювали дієвий контроль за перебігом візиту. Вони були з нами повсякчас і в значному числі. Вони самі вибирали, які камери відкривати, коли ми хотіли поговорити з пацієнтами, і залишалися присутніми під час розмови. Ми гадаємо, що за звичайних обставин у кожному відділенні їх, мабуть, чергує менше, але їхня присутність пригнічує. Військові однострої та палиці на поясі в декого не пасують до лікарні. Коли ми намагалися зачинити двері і поспілкуватися з пацієнтами без присутності співробітників охорони, вони підвищували голос і заважали нам це робити.

Стіни в палатах загалом голі, але в них є робочі телевізори та радіо. У кожній палаті зазвичай перебувало всього 4-6 осіб. Чоловіки, з якими ми розмовляли, “дотримувалися дисципліни” – нічого негативного про установу не говорили. На запитання, чи можуть вони скаржитися, один чоловік махнув так, щоб його не було видно охоронцям у кімнаті, і посміхнувся. Чоловіки повідомили, що виходять з палати на одну-дві години на день. Коли надворі стає холодніше, такі прогулянки скорочуються. За перегородкою в палатах є унітази та рукомийники.

Під час нашого візиту ми мали робочу зустріч як із співробітниками служби безпеки, так і з медичним персоналом. Проходила вона наприкінці робочого дня, коли мав скоро йти автобус до міста, тому половина медиків покинула нашу зустріч вже через десять хвилин; решта залишилася ще на 90 хвилин. З відповідей на поставлені запитання був відчутний опір. Двоє лікарів, у тому числі психіатр за сумісництвом, були відкриті до змін, але під час зустрічі вони були досить небалакучими.

Очевидно, що керівник установи звернувся до групи, ставлячи такі питання, як, наприклад, чому ми пропонуємо якісь зміни, які є докази того, що зміни є ефективними (він попросив надіслати йому відповідні публікації) і не погіршать ситуації. Однак він здавався навіть більш зацікавленим, ніж медичний персонал, і може стати “лідером змін” за належної підтримки.

Керівник установи пояснив, що психічно хворих ув'язнених визначають приблизно щомісяця і направляють до психіатричної лікарні (у Вільнянську), що, як здається, є достатньою системою, що працює. Представник медичного персоналу визнали, що в багатьох їхніх пацієнти є психічні розлади, але не такі, що треба щось іще

робити, аби їм допомогти. Концепція “немає здоров’я без психічного здоров’я” виявилася новою для них.

Персонал явно побоювався посилення ризику насильства, на який вони наражатимуться. Ми кілька разів згадували про існування спеціальних форм навчання з питань керування та запобігання проявів агресії й запропонували організувати їх. Тепер режим контролю в підрозділі такий, що випадків насильства, мабуть, мало, але їх число може зростати, якщо чоловіки більше часу перебуватимуть в контакт з персоналом та один з одним.

## II.2. В'язнична лікарня української пенітенціарної служби, м. Вільнянськ

Вільнянська лікарня в установі №20 має 150 ліжок у двох своїх відділеннях. Кожне відділення складається з палат для пацієнтів, загальних санвузлів, душових, їдальні та кабінетів медичного персоналу. Тут працює лабораторія, в якій можна проводити деякі біохімічні аналізи.<sup>15</sup> Будівля досить зношена, проте навколо неї є квітники і клумби.

Цей психіатричний заклад використовується лише для в'язнів з психічними розладами. За перші дев'ять місяців 2019 року в Вільнянську були ушпиталені 344 пацієнти, з них 42 жінки та 302 чоловіки.<sup>16</sup>

Об'єкт також використовується для захисту вразливих в'язнів від проблем з іншими ув'язненими і є, крім того, своєрідним “центром” для людей, яких треба відокремити з інших причин – наприклад, в зв'язку з обігом наркотиків. Прийом у половині випадків відбувається за вказівкою в'язничного лікаря або на прохання самого в'язня. Нам повідомили, що в пацієнтів відзначаються переважно неврози та органічні розлади, рідко – психотичні з агресією. Терапія в основному полягає в застосуванні транквілізаторів та нейролептиків (таких, як аміназин); після виписки подальше лікування не проводиться.

У більшості палат проживає 12 пацієнтів в дуже скрутних умовах, маючи вузький прохід між ліжками. У палатах немає електричних розеток, лише світло над дверима, без рукомильника, унітазу чи крану з проточною водою. Чоловіки лежать на своїх ліжках по 23 години на день. Деякі, схоже, мали серйозні проблеми з психічним здоров'ям, кидаючи на нас розгублені або перелякані погляди. У інших, скидається на те, чогось “серйозного” не було, тож не зрозуміло, за якими критеріями пацієнтів госпіталізують у відділення і оцінюють їхній стан. На ліжках декількох пацієнтів лежали книжки, тож вони були доступні, але більшість цілий

<sup>15</sup> Лікарня має ліцензію, що дає їй право на медичну практику, і акредитована за II категорією.

<sup>16</sup> Нозологічна класифікація (МКБ-10): F01-09 – 101 пацієнт; F10-19 – 45 пацієнтів; F20-29 – 19 пацієнтів; F30-39 – 5 пацієнтів; F40-49 – 55 пацієнтів; F60-69 – 70 пацієнтів; F70-79 – 48 пацієнтів; F90-99 – 1 пацієнт;

день нічого не робила, залишаючи свої кімнати лише для їди та на якусь годину ввечері для перегляду телебачення. Те, як із пацієнтами поводяться, нам здалося негуманним. У відділенні ті лише живуть і отримують ліки. Як вже згадувалося раніше, у палатах є внутрішні заграбовані двері, тож коли двері відчинені, персонал все одно відділений від людей в палаті. Ми собі думаємо, що ліки видаються через ґрати без безпосереднього контакту. Персонал і пацієнти на різних рівнях людського існування повністю розділені. Пацієнти худі й бліді. Представники персоналу нам казали, що можна ще ґрати в настільні ігри, проте ми не побачили, щоб хтось це робив. Ми поговорили з 16-річним хлопчиком, який був у палаті з чоловіком, переведеним із лікарні максимального режиму. Обидва сказали, що сюди вони потрапили, аби заспокоїти нерви, і що їм тут добре.

У відділеннях працює шість психіатрів. Ні психолога, ні соціального працівника, ні трудотерапевтів немає. Медсестри проходять курс підвищення кваліфікації раз на п'ять років. Санітарами працюють засуджені ув'язнені. Інколи санітари прив'язують пацієнтів, щоб контролювати їхню поведінку.

Тут нам вдалося поговорити з кількома пацієнтами приватно, можливо, тому, що це був наш другий візит, а під час нашого попереднього візиту в 2017 році (під егідою Уповноваженого з прав людини) наші повноваження забезпечили нам безперешкодний доступ і можливість говорити з будь-ким, і персонал, мабуть, припустив, що й цього разу ми мали ті ж повноваження.

Безпека в лікарні забезпечується службою режиму в'язниці, яка підпорядковується Міністерству юстиції, як і в усій в'язниці. Вона не підпорядковується адміністрації лікарні і діє відповідно до власних внутрішніх правил. Співробітники режиму мають у лікарні своє приміщення, носять форму військового зразку, контролюють вхід до корпусу та дають дозвіл працівникам входити до палат і виходити з них. Протягом дня пацієнти не можуть вільно залишати свої палати без супроводу співробітників режиму. За словами начальника установи, охоронці, що працюють у лікарні, відповідають і за безпеку персоналу. У разі небезпеки чи інцидентів охоронці звертаються по допомогу, натискаючи на "тривожну кнопку". У разі інцидентів чисельність охоронців може збільшуватись. Працівники режиму мають гумовими палиці та кайданки, якими вони мають право користуватися на власний розсуд без санкції лікаря, хоча й лише за екстремальних обставин. Однак письмового порядку застосування цих спеціальних заходів не існує.

Персонал лікарні не запропонував характеристик доказової стратегії лікування. Лікування тепер не спирається на індивідуальні плани лікування й догляду за кожним пацієнтом. А саме такі плани мають визначати цілі лікування та обов'язки та форми втручання медичного персоналу. Плани лікування мають також містити регулярну оцінку динаміки, аналіз наслідків застосування призначених лікарських засобів та оцінку ризику повторної агресивної поведінки. На практиці психологічної або соціальної допомоги пацієнтам не надається, немає так само

й індивідуальних програм лікування. У лікарні існує порядок розгляду скарг пацієнтів, але скарги такі реєструються рідко.

Як і в першій установі, у нас і тут була робоча зустріч, участь у якій узяли як працівники режиму, так і медперсонал. Персонал, здається, не розумів необхідності змін. Нашу позицію щодо гуманного поводження в місцях позбавлення волі не поділяв і мав побоювання щодо змін. До обговорення приєднався і прокурор з Запоріжжя, запитавши, що станеться, якщо завтра всі двері палат будуть відчинені. Мабуть, він вже вдруге приїздив і висловлював вимогу про відчинені двері, але це питання знову викликало збентеження й тривогу.

Співробітники вірили, що їхнє відділення являє собою можливість вирватися з нормальних умов в'язниці, і говорили, що пацієнтам подобається тут бути для “перепочинку”. Ймовірно, цей підрозділ “кращий”, ніж звичайні блоки, і пацієнти можуть щось симулювати, щоб їх туди перевели і там залишили. Визнання скрутних умов, здається, немає, як і достатніх лікувальних заходів. Пацієнти після місяця перебування там потім повертаються до своїх в'язниць, незалежно від того, чи змінився якимось їхній стан і чи здобули вони змогу краще впоратись із тюремним життям.

Персонал не бачить реальної потреби в змінах, не кажучи вже про те, як ці зміни можуть виглядати. Вони з зацікавленням поставились до думки про тренування з питань лікувальних стратегій і втручань, що вони могли б застосовувати в роботі з пацієнтами, проте чіплялися за свою роль тих, хто здійснює опіку і реагує. Коли їх попросили розповісти про про типовий день, вони згадали лише про роботу з записами в журналах, розмови з лікарем, відпускання ліків та спостереження за пацієнтами здалеку під час того, як вони приймають їжу.

## III. Реформування служб охорони психічного здоров'я в тюрмах

Як згадано у вступній частині, наш візит мав мету не просто оцінити поточну ситуацію щодо наявних нині послуг у сфері охорони психічного здоров'я, а скоріше в тому, щоб зауважити зміни після нашого візиту в червні 2017 року. Наша мета — підтримати українську пенітенціарну службу в реформуванні її діючої системи на відповідність міжнародним стандартам, які б відповідали потребам ув'язнених із проблемами психічного здоров'я.

### III.1. Загальні рекомендації

---

Систему психічного здоров'я у в'язницях треба децентралізувати й запровадити трирівневу:

1. У кожній колонії або тюрмі слід мати власну психіатричну службу, здатну виявляти в'язнів, що потребують спеціалізованої допомоги.
2. Згодом у кожному регіоні країни слід створити підрозділ з кризового консультування принаймні на десять ліжок, здатний забезпечити короткострокове обстеження та лікування ув'язненим, яким немає змоги надати ефективну допомогу в місцях їх ув'язнення.
3. Третій рівень — це центральна психіатрична лікарня пенітенціарної системи в Вільнянську, яка має опікуватися лише найважчими випадками. Однак, оскільки щойно запроваджена система матиме наслідком зменшення притоку ув'язнених до Вільнянська, баланс між лікуванням та безпекою тут слід кардинально змінити на користь лікування. Основою служби має стати створення терапевтичного середовища, де робота з пацієнтами орієнтована на їхню реабілітацію.

### III.2. Системні рекомендації

---

Медичний заклад, що здійснює лікування ув'язнених із психіатричними захворюваннями, має бути спеціалізованим, із чітким баченням та моделлю догляду, за яку він несе повну відповідальність. Статут закладу, а також правила його діяльності має затверджувати міністр охорони здоров'я, а керівник медичного закладу — нести пряму відповідальність за їх виконання.

Керівник медичного закладу повинен затвердити всі правила внутрішнього розпорядку, включаючи процедури режиму та нагляду, організаційну структуру (штатний розпис лікарні) та внутрішні процедури контролю за фінансовим та клінічним врядуванням та підзвітності. Він має забезпечувати безперервність

лікування пацієнтів та погоджувати всі ці процеси з Міністерством охорони здоров'я та Міністерством юстиції. Тому заради розробки бачення щодо бажаних змін у письмову вигляді було б корисно розпочинати з міжвідомчих нарад з усіма зацікавленими сторонами (прокуратурою та міністерствами юстиції та охорони здоров'я).

Що ж до вимог безпеки, то лікарня є частиною в'язниці і має діяти відповідно до пенітенціарних регламентів, установлених Міністерством юстиції. Установі слід мати чіткі писані порядки. Цеб допомогло б новим працівникам ознайомитись із діяльністю установи, дізнатись про чинні норми та те, як вони визначають напрям їхньої роботи, й забезпечило б внутрішній контроль за функціонуванням установи та, сподіваємось, допомогло ініціювати процес змін. Наступним кроком є визначення організаційної структури та оперативних планів з урахуванням наявних фінансових ресурсів, потенціалу для створення нових посад і навчання персоналу.

Було б оптимально, якби процес обстеження й оцінки стану, лікування та відновлення пацієнтів у тюремних лікарнях був частиною неперервного плану ведення аж до амбулаторного лікування після повернення до звичайних тюремних підрозділів. Це значно спростило б спеціалізацію та навчання персоналу, забезпечило неперервність догляду, а також скоротило строк перебування в лікарні. Звичайно, створити терапевтичне середовище в в'язниці дуже складно, проте навіть невеликі зміни можуть мати дуже позитивний вплив на процес лікування. Відчинені двері до палат, заміна військових одностроїв на співробітниках охорони, демонтаж ґрат із внутрішніх дверей та вікон, встановлення відеоспостереження (СОТ) та навіть фарбування стін у світліші кольори можуть справити значний позитивний вплив на весь процес лікування.

І нарешті, для забезпечення ефективності лікування доконечно здійснити поступовий перехід від моделі біологічного лікування до значно ефективнішої біопсихосоціальної (БПС) моделі. Таким чином можна знайти підхід не тільки до лікування хвороби, але й до комплексного функціонування пацієнта в умовах, що міняються. Для засвоєння цієї моделі лікування слід організувати логічно послідовний терапевтичний процес, що має на увазі не лише роботу психіатра, але й мультидисциплінарної групи, до складу якої входить психіатр, психолог, медсестра, соціальний працівник, а за потреби й інші фахівці. Звичайно, спеціалізоване психіатричне лікування вимагає більше персоналу, більше місця та часу, але можна уявити, що невідкладна допомога надається якомога ближче до "дому", а, як тільки відбудеться психіатрична стабілізація, пацієнтів переводять до спеціалізованої амбулаторії для подальшого догляду.

Ми розуміємо, що потенціал будь-яких змін залежатиме від ключових зацікавлених сторін — прокуратури, міністерства юстиції та міністерства охорони здоров'я — оскільки зміна поточної ситуації потребує не лише доброї волі, але й

фінансових інвестицій та людей — обізнаних, амбітних та наполегливих у своєму прагненні до реформ.

### III.3. Організаційні рекомендації

Для розвитку належної системи охорони психічного здоров'я слід звернути увагу на такі питання:

#### **Ролі**

Переосмислити роль тюремного психіатра/психолога як рівноправного партнера начальника кримінально-виконавчої установи, коли йдеться про діагностику та лікування психічно хворих ув'язнених. Начальник несе відповідальність за доступність лікування; психіатр — за тип та якість проведеного лікування. Таке подвійне керування дозволяє лікареві виконувати свою професійну обов'язки в умовах суворої ієрархії в'язниці.

#### **Заходи безпеки**

Персоналові в військових одностроях до відділення входить не слід, якщо тільки його їх не викликають для надання допомоги в надзвичайних ситуаціях. Співробітники охорони, які чергують в відділеннях, мають носити менш страшку форму та не носити зброї, або ж співробітників охорони всередині відділення слід замінити чоловіками-санітарами.

Як медичний персонал, так і співробітники служби безпеки повинні пройти навчання з питань поводження з проявами агресивності.

Як медичний персонал, так і співробітники служби безпеки повинні пройти навчання з управління агресією.

У відділенні слід мати досконалішу систему сигналізації, аби працівники могли викликати допомогу, і що важливо, почували себе в більшій безпеці, адже тепер вони побоюються випустати чоловіків з їхніх палат.

#### **Матеріальні умови**

Кімнати не можуть бути переповненими спальним приміщеннями, розрахованим на велику кількість людей. У всіх палатах мають бути телевізори та радіо. Книги, журнали та інформація про самодопомогу мають бути легко доступними. Стіни треба чимось прикрасити (за бажанням пацієнтів і з частковим ремонтом). Навколишнє середовище слід урізноманітнити (рослини, плакати, дошки для фото, графік заходів, новини з в'язниці та зовнішнього світу). Слід забезпечити персонал комп'ютерами з попередньо завантаженими пакетами програм електронного навчання.

#### **Навчання**

Персонал багатопрофільних груп треба забезпечити належним навчанням з питання оцінювання стану, етики (ставлення) та лікування психічних



захворювань. Наслідком розширення повноважень та підготовки медичного персоналу та інших працівників має стати підвищення компетентності та відповідальності. Сід поглибити поінформованість працівників режимної служби з питань психічного здоров'я.

### **Укомплектованість кадрами**

Слід переглянути штатний розпис з огляду на необхідність забезпечити виконання більшого обсягу занять. Після того, як чоловіків випустять з палат, треба, щоб були місця, куди їм можна піти, і речі, які вони могли б робити, та персонал, який допоможе їм це зробити. Мають бути приміщення для індивідуальних занять та занять у невеликих групах. Деяким групам знадобиться дуже мало ресурсів (наприклад, групі для обговорення змісту сьогоденнішньої газети), іншим потребуватимуть якогось навчання та посібників (наприклад, класи для психологічного розпруження чи вирішення проблем). Мають бути і приміщення з тренажерами.

### **Відбір**

Слід запровадити в практику шаблони та навчання з індивідуального обстеження, оцінку ризиків та плани догляду. Згідно з висновками міжнародних досліджень, поширеність проблем психічного здоров'я серед позбавлених волі є значно більшою, ніж у загальній популяції. Не менш нагальною потребою є захист уразливих осіб з числа позбавлених волі від репресивних субкультур та зловживання владою. Саме тому на етапі надходження ув'язнених до установи важливо проводити їх скринінгове обстеження на предмет виявлення проблем психічного здоров'я.<sup>17</sup> Там, де треба, це слід брати до уваги при вирішенні питання про розміщення ув'язнених по камерах.

### **Тяглість допомоги**

Наданню психіатричної допомоги бракує безперервності. Виявлення проблем із психічним здоров'ям, невідкладних станів у догляді за пацієнтами та контрольних заходів по поверненні до звичайної тюремної установи має бути елементами одного тяглого плану ведення. Для цього слід удосконалити передачу медичної документації пацієнтів з однієї тюремної установи до іншої.

### **Підлітки**

Підлітки не можуть жити в одних палатах з дорослими і мають отримувати більшу поміч від персоналу, що отримав спеціалізовану підготовку.

<sup>17</sup> Відповідно до UNDOC (стандартні мінімальні правила № 24), кожен в'язень має проходити медичний огляд при надходженні в установу. Обстеження має включати оцінку стану для визначення психічних відхилень і проводитись кваліфікованими медичними фахівцями. Рання діагностика будь-яких психічних вад та надання своєчасного та відповідного лікування є життєво важливими для зменшення ймовірності переростання існуючих проблем психічного здоров'я в більш серйозні порушення.

### III.4. Конкретні рекомендації щодо Даріївської установи

Влаштувати окремі палати для психіатричних пацієнтів у пенітенціарній установі № 10 слід обачливо — немає сенсу в тім, щоб відокремити психіатричних пацієнтів, а потім залишити їх там без додаткової підтримки. Палати можуть перетворитися на приміщення, в яких тримають “психів”. Якщо хтось із пацієнтів здійснює багато галасу, то може стати об’єктом для словесної наруugi. Такі приміщення слід влаштувати лише після того, як стане зрозуміло, в чому полягатиме відмінність в роботі персоналу з такими пацієнтами.

А ще одним важливим питанням, яке слід розглянути до того, як створювати психіатричне відділення в цій тюремній лікарні та надавати лікування психіатричним пацієнтам, є те, яка саме допомога надаватиметься. Якщо в закладі передбачається лікувати пацієнтів з гострим психозом або іншими важкими психіатричними станами, то це вимагатиме цілодобового догляду з боку професійного персоналу, що має відповідну психіатричну підготовку, спроможного забезпечити постійний моніторинг стану пацієнта. Є серйозні сумніви в тому, чи це буде економічно вигідним. Тим часом у лікарні працює лише один психіатр (неповний робочий день).

Якщо ж в установі лікуватимуть лише легкі та середньотяжкі психічні розлади, то для цього достатньо буде забезпечити додаткове навчання нинішньому персоналу з перепрофілюванням відділень, хоча в лікарні наразі немає ні приміщень, ні спеціалістів для психолого-соціального лікування таких розладів.

Ув’язненим не мусять чекати кілька тижнів для транспортування в спеціалізовану установу, як це відбувається зараз. Пацієнти з гострим психозом не повинні проводити стільки часу без професійного нагляду та лікування!

### III.5. Деякі практичні рекомендації

Скринінг для оцінки (психічного) здоров’я виконує компетентний фахівець з питань психічного здоров’я, який має досвід роботи з людьми з проблемами психічного здоров’я в системі кримінальної юстиції, і включає питання, пов’язані з порушеннями навичок до навчання та порушеннями розвитку нервової системи.  
**Рекомендація: Курс підвищення кваліфікації для психологів та психіатрів та моніторів.**

Впрованню чіткий і послідовний процес, в рамках якого персонал безпосередньо направляє людей до служби психічного здоров’я.

**Рекомендація: Розробити та впроваджувати керівні принципи, а відтак контролювати практику.**

Група обговорює мету та результати оцінки ризику з кожним пацієнтом та формулює план управління. Члени групи проходять навчання, що відповідає їхнім ролям щодо оцінки ризиків та управління ними.

**Рекомендація: Навчати персонал оцінці ризиків та навичкам роботи в багатодисциплінарному колективі.**

Професіонали спілкуються чітко, уникаючи вживання медичного “жargonу”, аби люди могли їх розуміти.

**Рекомендація: Навчити медперсонал основним комунікативним навичкам. (Не робити акцент на психопатології, а на тому, як боротися з психологічними проблемами, такими як відчуття вини, горе, гнів, сором, смуток, безнадія, “голоси” тощо).**

- Їхніх прав щодо згоди на догляд та лікування;
- Отримання доступу до послуг адвоката;
- Отримання доступу до альтернативного висновку;
- Висловлення занепокоєння, скарг та подяки;
- Отримання доступу до власної медичної документації;
- Надання відгуків про їх лікування.

**Рекомендація: Навчати персонал з питання прав клієнтів. Розробити листівку для клієнтів, яка описує їхні права, та протокол, що забезпечує інформування персоналом пацієнтів про їхні права під запис.**

Група проводить наради за графіком не рідше одного разу на тиждень.

**Рекомендація: Навчати персонал навичкам роботи в багатопрофільній команді, впроваджувати її та контролювати.**

Впроваджено порядки підтримки здоров'я та доброго самопочуття персоналу.

**Рекомендація: Передбачити структуру індивідуального та групового нагляду та моніторингу.**

Заходи проводяться сім днів на тиждень. Сюди можна віднести трудотерапію, арт-терапію, роботу в саду, нетерапевтичну діяльність та заняття в палатах.

**Рекомендації: забезпечити простір та засоби для такої діяльності.**

**Підготувати персонал з питань підтримки та впровадження різних видів занять.**

Кожен пацієнт щонайменше раз на тиждень бере участь у попередньо погодженому сеансі зі своїм ключовим спеціалістом. Крім того, кожен пацієнт щонайменше двічі на день залучається до активної розмови з членом команди.

**Рекомендація: Розробити систему закріплення пацієнта за конкретним працівником персоналу. Реалізація та моніторинг ефективності.**

Існують чіткі правила, узгоджені з установою, щодо управління насильством та агресією всередині підрозділу.

**Рекомендація: Розробити керівні принципи та навчити працівників ненасильницьким методам роботи. Реалізація та моніторинг.**

Співробітники визнають, що психічне здоров'я нерозривно пов'язане із загальним здоров'ям (не існує здоров'я взагалі без здоров'я психічного)

**Рекомендація: Ввідний тренінг з питань важливості психічного здоров'я та необхідності “зміни парадигми”**

# Додаток І: Меморандум про взаєморозуміння ПРОТОКОЛ ПРО ВЗАЄМОДІЮ

м. Київ

3 червня 2019 р.

Маючи на меті покращити лікування, реабілітацію та діагностику осіб з психічними та поведінковими порушеннями в установах Державної кримінально-виконавчої служби України, зокрема, спільно координувати перевірку та впровадження певних діагностичних та скринінг-інструментів, навчальної, інформаційно-просвітницької та консультаційної діяльності, Державна установа “**Центр охорони здоров’я Державної кримінально-виконавчої служби України**” (далі – **Перша сторона**) в особі її директора Сергія Васильєва, що діє на підставі Положення, з одного боку, і неприбуткова організація “**Права людини в психічному здоров’ї – Глобальна ініціатива Федерації з психіатрії, FGIP**” (далі – **Друга сторона**), в особі її виконавчого директора Роберта ван Ворена, що діє на основі Статуту, з іншого боку (далі – **СТОРОНИ**), заявляють про свої наміри щодо співпраці та домовляються про таке.

## Стаття 1. ПРЕДМЕТ МЕМОРАНДУМУ

---

- 1.1. Предметом цього Меморандуму є співпраця між двома партнерами для досягнення загальних цілей.
- 1.2. Керуючись спільним інтересом до реформи психічного здоров’я, яку провадить Перша сторона відповідно до діючих європейських стандартів надання цього виду допомоги, спираючись на міжнародні та національні документи та прийняту систему цінностей захисту прав людини і свободи; погоджуючись, що підписання цього Меморандуму є в інтересах обох СТОРІН, СТОРОНИ погоджуються використовувати всі наявні можливості та ресурси для ефективного досягнення спільних цілей, враховуючи чітке дотримання принципу науково доведеного та практичної ефективності всіх запропонованих ініціативи, а саме:  
проведення експертно-аналітичної роботи з певних напрямів охорони психічного здоров’я, навчання працівників, надання консультацій щодо політики змін, загальної концепції та фактичного поетапного впровадження ініціатив.

## Стаття 2. НАМІРИ СТОРІН

---

- 2.1. Спільна реалізація заходів, передбачених цим Меморандумом, шляхом узгодженої роботи СТОРІН.
- 2.2. Круглі столи, робочі зустрічі, інші заходи з метою обговорення механізму

взаємодії та розвитку алгоритму надання комплексних послуг у рамках профілактики, діагностики та лікування психічних та поведінкових розладів з урахуванням пенітенціарного контексту.

- 2.3. Розробка та впровадження інструктивних, методичних, діагностичних, освітніх та лікувально-профілактичних технологій, погоджених та добре підтверджених Сторонами.

## Стаття 3. ВЗАЄМОДІЯ СТОРІН

---

- 3.1. У рамках цього Меморандуму Сторони керуються законодавством України та взаємодіють відповідно до принципів рівності, відкритості та добросовісності.
- 3.2. СТОРОНИ співпрацюють через своїх уповноважених представників, делегованих СТОРОНАМИ, для розгляду питань, що виникають, та проведення спільних дій.
- 3.3. Для належного вирішення питань у рамках цього Меморандуму відбуватимуться зустрічі представників Сторін.
- 3.4. Для належної координації та вирішення поточних питань, СТОРОНИ делегують осіб, відповідальних за забезпечення регулярної взаємодії:
- 3.5. У разі потреби СТОРОНИ можуть створювати відповідні робочі групи для обговорення питань, що виникають в рамках цього Меморандуму.
- 3.6. Реалізуючи цей Меморандум, СТОРОНИ гарантують конфіденційність інформації, яка передається одна одній, та відповідність законодавству про захист персональних даних. Вони також погоджуються не розголошувати та не передавати будь-яку інформацію, отриману в ході взаємодії, третім сторонам, за винятком випадків, передбачених законодавством України та за письмовою згодою обох СТОРІН.

## Стаття 4. ІНШІ УМОВИ

---

- 4.1. Спори та незгоди між СТОРОНАМИ з питань, що належать до сфери дії цього Меморандуму, вирішуються шляхом переговорів або консультацій між СТОРОНАМИ. Порядок вирішення спорів у межах договорів, що укладаються на виконання цього Меморандуму, встановлюється відповідно до відповідних договорів.
- 4.2. Зміни або доповнення до цього Меморандуму вносяться у письмовій формі, підписуються уповноваженими СТОРІН та є невід'ємною частиною цього Меморандуму.
- 4.3. Цей Меморандум набуває чинності з дня його підписання обома СТОРОНАМИ та діє до моменту його припинення обома СТОРОНАМИ за загальною згодою або на вимогу однієї зі Сторін за попереднім повідомленням іншої СТОРОНИ не менш, ніж за 14 днів до цього.
- 4.4. Текст цього Меморандуму складається у двох примірниках, по одному для кожної СТОРОНИ.

## Стаття 5. АДРЕСИ І ПІДПИСИ СТОРІН

---

### ПЕРША СТОРОНА:

Державна установа «Центр здоров'я  
Державної кримінально-виконавчої  
служби України»

**С.Г. Васильєв**  
директор

підпис

### ДРУГА СТОРОНА:

Неприбуткова організація «Права  
людини в психічному здоров'ї –  
Глобальна ініціатива Федерації в  
психіатрії»

**Роберт ван Ворен**  
директор

підпис

## Додаток II: Члени групи з оцінювання

**Франса Дау** можна охарактеризувати як людину, що сама собі зобов'язана успіхами в кар'єрі, яка відпрацювала сорок років у закритих закладах – наприклад, в установах для неповнолітніх, судово-психіатричній клініці та в'язницях. Останні 27 років він був за генерального директора кримінально-виконавчих установ для всіх категорій ув'язнених, включаючи клініку судово-психіатричної терапії Голландської тюремної системи. Перед самим виходом у відставку 2015 року він був головним начальником чотирьох в'язниць на півночі Голландії. З 1998 р. він також бере активну участь у міжнародному обміні знаннями про в'язниці та судову психіатрію в Росії, колишніх республіках СРСР, Англії, США та державах Карибського басейну. В Україні він працював консультантом Ради Європи, проекту “Mainline” та “Глобальної ініціативи в психіатрії”. Він також відомий як людина, що пропагує підходи відновного правосуддя, є головою правління “Фонду заради відновлення та повернення” та членом правління голландської організації Cell Dogs, а також мережевої організації сімей засуджених осіб у Нідерландах «Achterblijvers na detentie».

**Доктор Гевін Гарман** – медичний брат психіатричного профілю з Великобританії, що має ступінь доктора психологічних наук. Він має 23-річний професійний досвід у галузі судової психіатрії, включаючи великий досвід роботи з розробки послуг та стратегічного планування, створення та розширення психіатричних служб. Колишній заступник директора з питань надання догляду в області психічного здоров'я в двох регіонах, він тепер є виконавчим директором однієї організації-надавача послуг охорони здоров'я. Працював він і на Раді Європи в Туреччині та Грузії, а також в неурядових організаціях Хорватії та Молдови. Він має публікації на теми управління судово-медичною службою, догляду за жінками на етапі проходження судово-медичної експертизи, духовного начала в охороні психічного здоров'я та залучення пацієнтів.

**Роб Койкенс** є, починаючи з 1985 р., викладачем в області психічного здоров'я в Університеті прикладних наук та магістерської освіти медсестер психіатричного профілю в Нідерландах. Він є радником GGZ Ecademy – фонду, який розробляє засоби електронного навчання для працівників, що надають послуги з психічного здоров'я, та консультантом FGIP.

**Доктор Альгімантас Аяуседас**, психіатр за професією, є директором психіатричної лікарні в м. Рокишкис — єдиної судово-психіатричної установи в Литві. У цій лікарні існують підрозділи всіх трьох режимів безпеки та велике відділення реабілітації та ресоціалізації. Перш ніж стати директором цієї установи в 2003 році, він працював психіатром у Вільнюсі, з 2001 по 2003 рік на посаді завідувача відділення в Вільнюській психіатричній клініці. Протягом своїх шістнадцяти років на посаді директора психіатричної лікарні в Рокишкисі він реалізував із десятків проєктів, що фінансувалися Міністерством закордонних



справ Нідерландів, Європейським Союзом та литовським Урядом, зосереджуючи увагу на судово-психіатричній службі, професійній та соціальній реабілітації, професійно-трудої реабілітації, підвищенні кваліфікації персоналу та розвитку соціальних служб. Доктор Ляуседас є членом правління Асоціації керівників лікарень та Литовської психіатричної асоціації і членом-засновника Асоціації управління психічним здоров'ям.

**Професор Роберт ван Ворен** є виконавчим директором громадської організації «Права людини в психічному здоров'ї-FGIP» — міжнародної фундації з реформування охорони психічного здоров'я. На цій посаді він протягом останніх 30 років був долучений до сфери охорони психічного здоров'я України. Він також є професором радянських та пострадянських досліджень університету Вітовта Великого в Каунасі (Литва) та Державного університету Іллі в Тбілісі (Грузія). Він також є виконавчим директором науково-дослідного центру з питань демократичного розвитку ім. Андрія Сахарова, почесним членом Британського Королівського коледжу психіатрів та почесним членом Української психіатричної асоціації.

**Венді Вейтс** — клінічний психолог-психотерапевт та інструктор-консультант з питань психічного здоров'я. Вона пропрацювала чотирнадцять років у національному центрі кризових консультацій Міністерства юстиції Нідерландів. З 2000 року вона є постійним консультантом і тренером низки міжнародних організації у сфері охорони здоров'я, головним чином FGIP. У 2010 році вона була редакторкою практичного посібника з пенітенціарної охорони здоров'я та пенітенціарної психіатрії для працівників пенітенціарних установ, опублікованого опікуванням Федерації з прав людини в сфері психічного здоров'я-FGIP. Нині вона працює в системі психічного здоров'я зі спеціалізацією в особистісних розладах та травмах. Вона є членом наглядової комітету Pieter Baan Centrum (клініка судово-психіатричного спостереження), практиком в мережі EMDR Europe і викладачем в системі постмагістерських студій психологів у сфері охорони здоров'я.



Фінансується  
Європейським Союзом

Human Rights  
in  
Mental Health

