



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆ



ԱՐՏԱՀԵՐԹ ՀՐԱՊԱՐԱԿԱՅԻՆ ԶԵԿՈՒՅՑ

ՀՈԳԵՔՈՒԹԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ
ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ
ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ
ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

AD HOC PUBLIC REPORT

ON ENSURING RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL
HEALTH PROBLEMS IN PSYCHIATRIC ORGANIZATIONS

ВНЕОЧЕРЕДНОЙ ПУБЛИЧНЫЙ ДОКЛАД

ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРАВ ЛИЦ С ПРОБЛЕМАМИ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, СОДЕРЖАЩИХСЯ
В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ



ԵՐԵՎԱՆ 2018



**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆ**



ԱՐՏԱՀԵՐԹ ՀՐԱՊԱՐԱԿԱՅԻՆ ԶԵԿՈՒՅՑ

**ՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ
ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ
ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

ԵՐԵՎԱՆ 2018

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	5
ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ.....	7
ԳԼՈՒԽ 1. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ.....	11
1.1. Հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում միասնական քաղաքականության բացակայությունը և հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ կապված խնդիրներ	11
1.2. Ապահինստիտուցիոնալացումը, վերականգնումը և սոցիալական ներառումը հոգեկան առողջության ոլորտում	19
ԳԼՈՒԽ 2. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄԸ	25
2.1. Բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների կիրառումը քրեական դատավարությունում.....	25
2.2. Հոգեբուժական կազմակերպությունում անձին հոժարակամ կամ հարկադիր բուժման ենթարկելը.....	30
2.3. Զսպման միջոցներ	36
2.4. Բժշկական անձնակազմ.....	45
2.5. Դեղեր.....	50
2.6. Լաբորատոր և այլ հետազոտություններ	53
2.7. Հիվանդության պատմագրերի վարում.....	56
2.8. Շտապ օգնության ծառայություն և դիսպանսեր հսկողություն.....	58
2.9. Սկրինինգային հետազոտություններ և բժշկական այլ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն	59
2.10. Ոչ դեղորայքային բուժում և հոգեբանական օգնություն	63
ԳԼՈՒԽ 3. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՊԱՀՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ, ՆՐԱՆՑ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԸ	68
3.1. Գերբնակեցվածություն	68
3.2. Կենցաղային պայմաններ.....	71
3.3. Լոգանքի կազմակերպում.....	77
3.4. Պատշաճ սննդի ապահովում.....	78
3.5. Տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց խնամք.....	82

3.6. Վնասվածքների մասին իրավապահ մարմիններին հաղորդելու ոչ միասնական պրակտիկա.....	83
3.7. Բացօդյա զբոսանք.....	85
3.8. Զբաղվածություն	87
3.9. Կապն արտաքին աշխարհի հետ	88
3.10. Անձնագրեր և կենսաթոշակներ.....	93

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

«Մարդու իրավունքների պաշտպանի մասին» 2016 թվականի դեկտեմբերի 16-ի ՀՀ սահմանադրական օրենքը (այսուհետ՝ Սահմանադրական օրենք) ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանին է վերապահել «Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի դեմ» ՄԱԿ-ի՝ 1984 թվականի կոնվենցիայի 2002 թվականի դեկտեմբերի 18-ին ընդունած կամընտիր արձանագրությամբ սահմանված կանխարգելման ազգային մեխանիզմի կարգավիճակը:

Սահմանադրական օրենքի 28-րդ հոդվածը սահմանում է Պաշտպանի լիազորությունները կանխարգելման ազգային մեխանիզմի կարգավիճակով, ամրագրում է հոգեբուժական կազմակերպություններ պարբերական, ինչպես նաև ըստ անհրաժեշտության այցեր կատարելու Մարդու իրավունքների պաշտպանի հնարավորությունը:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների առկայությունը կանխարգելման ազգային մեխանիզմի իրավասության ոլորտում պայմանավորված է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ապահովման ոլորտում միջազգայնորեն ընդունված սկզբունքներին համապատասխան հետևողական աշխատանք իրականացնելու անհրաժեշտությամբ՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների երաշխավորման և խախտումների կանխման տեսանկյունից:

Հարցը հատկապես զգայուն է այն առումով, որ վերաբերում է անձանց, ովքեր հոգեբուժական կազմակերպություններում կարող են պահվել սեփական կամքին հակառակ կամ իրենց առողջական վիճակով պայմանավորված չեն կարող բարձրաձայնել իրենց հուզող խնդիրները, իրենց իրավունքների ոտնահարման կամ անտեսման դեպքերը: Ուստի, ոլորտն ունի մանրակրկիտ ուսումնասիրման, համակարգային խնդիրների վեր հանման և դրանց լուծման կոնկրետ ուղղությունների ընդգծման կարիք:

Հենց այս բոլոր հարցերի լուծմանը նպաստելուն էլ ուղղված է սույն արտահերթ հրապարակային զեկույցը:

Հատուկ ընդգծվում է, որ զեկույցը նպատակ չի հետապնդում գնահատելու հոգեբուժական կազմակերպությունների բժշկական անձնակազմերի մասնագիտական գործունեությունը: Բժշկի մարդասիրական բարձր առաքելությունը մշտապես կարևորվում է Մարդու իրավունքների պաշտպանի գործունեության համակարգում, իսկ բժշկության ոլորտի մասնագետների իրավունքների ապահովման վիճակն առաջնահերթ ուշադրության ներքո է:

Զեկույցը բացառապես քննարկում է խնդիրներ, որոնք կապված են կառավարման, վերահսկողության, օրենսդրական կարգավորման թերությունների

հետև և այլն: Այս խնդիրներն են, որ բացասաբար են ազդում մարդու հոգեկան առողջության պահպանման վիճակի և մատուցվող ծառայությունների որակի վրա՝ անկախ բժշկական անձնակազմի մասնագիտական կարողություններից, ստանձնած առաքելությանը հավատարիմ գործելաոճից և բարեխղճությամբ:

ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սույն զեկույցը հիմնված է 2017 թվականի ընթացքում ՀՀ առողջապահության նախարարության, մարզպետարանների, ինչպես նաև ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունների ենթակայությամբ գործող կազմակերպություններ¹ կատարված մշտադիտարկման բնույթի այցերի արդյունքների վրա: Այդ այցերն իրականացվել են Մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմի Խոշտանգումների և վատ վերաբերմունքի կանխարգելման վարչության մասնագետների և կանխարգելման ազգային մեխանիզմի անկախ փորձագետների (իրավաբաններ, հոգեբան, սոցիոլոգ, բժիշկներ, այդ թվում՝ հոգեբույժ) կողմից:

Այցերը եղել են չհայտարարված և ունեցել են հստակ մեթոդաբանություն: Մասնավորապես, հոգեբուժական կազմակերպություններ կատարված այցերի ընթացքում ուսումնասիրվել են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահման պայմանները, նրանց իրավունքների և ազատությունների վիճակը, բուժմանը և խնամքին, ինչպես նաև իրավունքների ապահովմանը վերաբերող այլ փաստաթղթեր: Տեղի են ունեցել առանձնագրույցներ կազմակերպությունների աշխատակիցների և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ: Ընդ որում, վերջինների հետ առանձնագրույցներում խնդիրներ արձանագրելիս դրանք մի քանի անգամ հատուկ մեթոդով ստուգվել են, այդ թվում՝ այլ պացիենտների հետ առանձնագրույցներով նույն հարցը ճշտելով:

Մշտադիտարկման այցերի ընթացքում օգտագործվել են տեխնիկական միջոցներ, մասնավորապես՝ լուսանկարահանող, տարածությունը, ջերմությունը և խոնավությունը չափող սարքեր:

Այցի ավարտին վեր հանված խնդիրները քննարկվել են կազմակերպության տնօրինության և իրավասու բուժանձնակազմի հետ, արձանագրվել են նաև կազմակերպությունների տնօրինության բարձրացրած խնդիրները և կարիքները:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների անձնակազմը պատրաստակամ համագործակցել և աջակցել է կանխարգելման ազգային մեխանիզմի գործառույթներն իրականացնող ստորաբաժանման աշխատանքներին՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ապահովման կապակցությամբ:

1 2017 թվականի ընթացքում մշտադիտարկման այցեր են կատարվել հետևյալ կազմակերպություններ՝ Առողջապահության նախարարության «Ներդրումների և այլ սահմանային վիճակների հանրապետական կլինիկական հիվանդանոց» ՓԲԸ, Առողջապահության նախարարության «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության «Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ» ՊՈԱԿ, Շիրակի մարզպետարանի «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ, Սյունիքի մարզպետարանի «Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր» ՓԲԸ, Լոռու մարզպետարանի «Լոռու մարզային հոգեբուժարանական դիսպանսեր» ՊՓԲԸ, Առողջապահության նախարարության «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն» ՓԲԸ, Արարատի մարզպետարանի «Ակադեմիկոս Ա. Հայրիյանի անվան Արմաշի առողջության կենտրոն» ՓԲԸ:

Սույն զեկույցի շարադրանքում մատչելիության ապահովման նկատառումով նշված կազմակերպությունների անվանումները կիրառված են առանց գերատեսչական ենթակայության և կազմակերպաիրավական ձևի մատնանշման:

Այցերի ընթացքում ձեռք բերված տեղեկությունների, փաստաթղթերի և ոլորտի օրենսդրական կարգավորումների համադրման և վերլուծության արդյունքում վեր են հանվել ինչպես գործնական խնդիրներ, այնպես էլ օրենսդրական կարգավորման բացեր և թերություններ:

Արձանագրված խնդիրների, դրանց լուծումների առնչությամբ ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմում իրականացվել են քննարկումներ, կատարված այցերի վերաբերյալ իրավասու մարմիններից պահանջվել են պարզաբանումներ՝ նրանց ներկայացնելով յուրաքանչյուր այցի արդյունքներն ամփոփող վերլուծություններ: Դրանք ոչ միայն նկարագրել են վեր հանված խնդիրները, այլև մասնագիտական վերլուծությունների հիման վրա առաջարկել են լուծման իրավական և գործնական մեխանիզմներ, պարունակել են ոլորտի իրավական ակտերում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու վերաբերյալ առաջարկություններ:

Ստացած պարզաբանումներն ու տեղեկություններն արտացոլվել են սույն զեկույցում:

Կանխարգելման ազգային մեխանիզմի համար տեղեկությունների աղբյուր են հանդիսացել նաև Մարդու իրավունքների պաշտպանին ներկայացված անհատական բողոքները, ինչպես նաև միջազգային կառույցների, հասարակական կազմակերպությունների և զանգվածային լրատվության միջոցների հրապարակած նյութերն ու ուսումնասիրությունները:

Այցերի իրականացման, ինչպես նաև սույն զեկույցի նախապատրաստման ընթացքում հիմք են ընդունվել նաև Հայաստանի վերաբերյալ Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտեի (այսուհետ՝ ԽԿԿ) զեկույցները՝ հատկապես ուշադրություն դարձնելով հոգեբուժական կազմակերպություններում արձանագրված շարունակական խնդիրներին, դրանց լուծման ուղղությամբ պետությանն ուղղված առաջարկություններին և այդ կապակցությամբ պետության ձեռնարկած քայլերին:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ապահովման վիճակը, ոլորտի խնդիրները և դրանց լուծման հիմնական ուղղությունները 2017 թվականի ընթացքում քննարկվել են հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչներից և անկախ մասնագետներից կազմված՝ ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանին առընթեր Խոշտանգումների կանխարգելման խորհրդատվական խորհրդի հանդիպումների ընթացքում:

2017 թվականի ընթացքում՝ այցերից անմիջապես առաջ, կազմակերպվել են հոգեբուժական կազմակերպություններում մարդու իրավունքների ապահովման վիճակի ուսումնասիրման սկզբունքների ու մեթոդաբանության վերաբերյալ վերապատրաստման դասընթացներ: Դրանց մասնակցել են ինչպես Մարդու իրա-

վունքների պաշտպանի աշխատակազմի աշխատակիցները, այնպես էլ Խոշտան-գումների կանխարգելման խորհրդատվական խորհրդի անդամները և ոլորտի հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչները:

Բացի այդ, Մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմի և արտասահմանյան մի շարք երկրների կանխարգելման ազգային մեխանիզմների ներկայացուցիչների հետ համատեղ՝ միջազգային փորձագետների մասնակցությամբ, անցկացվել է սեմինար-փորձի փոխանակում՝ կապված հոգեբուժական կազմակերպությունների մշտադիտարկման միջազգային չափանիշների ներդրման հետ: Ավելին, Պաշտպանի աշխատակազմում միջազգային փորձագետի և այլ երկրների ներկայացուցիչների մասնակցությամբ մշակվել է կանխարգելման ազգային մեխանիզմի՝ հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկում իրականացնելու աշխատանքային ուղեցույց², որը նույնպես օգտագործվել է մշտադիտարկում իրականացնելու:

Նշված դասընթացները, փորձի փոխանակման ծրագիրը և ուղեցույցը հետապնդել են 2017 թվականի ընթացքում կանխարգելման ազգային մեխանիզմի ստորաբաժանման ներկայացուցիչների և փորձագետների կողմից հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկման աշխատանքների արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակ:

Սույն զեկույցում համակարգված ներկայացված են մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում վեր հանված խնդիրները, դրանց կապակցությամբ կատարված մասնագիտական վերլուծություններն ու լուծմանն ուղղված առաջարկները: Ընդ որում, զեկույցը բաժանված է 3 գլուխների, որոնցից յուրաքանչյուրն իր հերթին պարունակում է ընդհանուր խնդիրը մասնավորեցնող պարագրաֆներ:

Զեկույցի առաջին գլուխը նվիրված է հոգեկան առողջության պահպանման կազմակերպման համակարգային խնդիրներին: Այս գլխում տեղ են գտել հոգեբուժական ծառայությունների տրամադրման միասնական մոտեցումների բացակայության, դրանց վճարովիության հետ կապված խնդիրները, ինչպես նաև հոգեկան առողջության ոլորտում ապահիստիտոցիոնալացումը, վերականգնումը և սոցիալական ներառումը:

Երկրորդ գլուխը ներկայացնում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման կապակցությամբ վեր հանված խնդիրները՝ անդրադառնալով անմեղսունակ անձանց նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների կիրառմանը, հոգեբուժական կազմակերպությունում անձին հարկադիր բուժման ենթարկելուն, զսպման միջոցներին, հաստատությունների բժշկական անձնակազմին, դեղորայքին և մի շարք այլ հարցերի:

Երրորդ գլխում արտացոլված են խնդիրներ, որոնք վերաբերում են հոգե-

2 Տե՛ս http://www.ombuds.am/images/Uxecuyc_hogebuzharanner_15.03.2018.pdf կայքէջը:

կան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահման պայմաններին և նրանց նկատմամբ վերաբերմունքին: Այստեղ ներկայացված են այնպիսի հիմնահարցեր, ինչպիսիք են հաստատությունների գերբեռնվածությունը, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենցաղային պայմանները, լոգանքի և լվացքի կազմակերպումը, պատշաճ սննդի ապահովումը, ինչպես նաև այլ կարևոր խնդիրներ:

ԳԼՈՒԽ 1.
ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ
ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

1.1. Հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում միասնական քաղաքականության բացակայությունը և հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ կապված խնդիրներ

Ըստ ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածի՝ *յուրաքանչյուր ոք (...)* ունի առողջության պահպանման իրավունք: Սահմանադրական այս իրավունքը վերաբերում է նաև անձի հոգեկան առողջության պահպանմանը, որը «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի համաձայն՝ ներառում է ինչպես հոգեկան առողջության բարելավումն ու հոգեկան խանգարումների կանխարգելումը, այնպես էլ հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց անհրաժեշտ բազմակողմանի և մարտչելի բժշկական օգնության, խնամքի ու օգնության այլ ձևերի ապահովումը:

Նույն օրենքի 4-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ *հոգեկան առողջության պահպանման գործընթացը կազմակերպում են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության լիազորած մարմինները, իսկ իրականացնում են այդ նպատակով ստեղծված հոգեբուժական կազմակերպությունները:*

Այս կապակցությամբ հարկ է նշել, որ ՀՀ-ում հոգեբուժական կազմակերպությունները գործունեություն են ծավալում տարբեր մարմինների ենթակայության պայմաններում: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնը³, Սևանի հոգեբուժական հիվանդանոցը, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնը, Ներդ-ների և այլ սահմանային վիճակների հանրապետական կլինիկական հիվանդանոցը գործում են Առողջապահության նախարարության, իսկ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնը, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը, Լոռու մարզային հոգեէնյարդաբանական դիսպանսերը, Արմաշի առողջության կենտրոնը՝ մարզպետարանների ենթակայության ու Տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարության իրավասության ոլորտում: Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությամբ գործում են Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատը և «Ձորակ» հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի կենտրոնը, որտեղ խնամքից զատ իրակա-

3 Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2017 թվականի սեպտեմբերի 22-ի «Նորք» հոգեբուժական կենտրոն» և «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունները միաձուլման ձևով վերակազմակերպելու և «Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն ստեղծելու մասին» թիվ 1165-Ա որոշման հիման վրա «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնը վերակազմակերպվել է: Չնայած դրան՝ սույն զեկույցում օգտագործում է «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն» անվանումն այն պատճառով, որ տվյալ կազմակերպություն մշտադիտարկման այցի պահի դրությամբ վերը նշված վերակազմակերպման գործընթացն ավարտված չի եղել:

նացվում են հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում:

Նշված բոլոր կազմակերպություններում մշտադիտարկման աշխատանքները, նրանց գործունեության ուսումնասիրումը ցույց են տվել, որ նման ապակենտրոնացված գերատեսչական ենթակայությունը հանգեցրել է լիազոր մարմիններից յուրաքանչյուրի կողմից իր իրավասության ոլորտում պատշաճ վերահսկողության բացակայությանը:

Հոգեբուժական յուրաքանչյուր կազմակերպություն այցից հետո արդյունքներն ուղարկվել են միաժամանակ մի քանի մարմնի՝ նպատակ ունենալով նրանցից յուրաքանչյուրի ուշադրությունը հրավիրել իր իրավասության ոլորտում առկա խնդիրներին:

Օրինակ, Մարզպետարանների ենթակայության ներքո գործող հոգեբուժական կազմակերպություններ կատարված այցերի ընթացքում արձանագրվել են հոգեբուժական օգնության և սպասարկման՝ սույն զեկույցում քննարկվող բազմաթիվ խնդիրներ, այդ թվում՝ Առողջապահության նախարարի մի շարք հրամաններով սահմանված դրույթների կոպիտ խախտումներ: Այդ պատճառով այցերի արդյունքներն արտացոլող վերլուծություններն ուղարկվել են ինչպես Տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարություն, որն էլ իր հերթին ուղարկել է մարզպետարաններ և հոգեբուժարաններ, այնպես էլ Առողջապահության նախարարություն:

Հոգեբուժական օգնության ոլորտում կենտրոնացված գերատեսչական ենթակայության բացակայությունն ինքնին կարող է խնդրահարույց չլինել, եթե բացասաբար չանդրադառնար հոգեբուժական ծառայությունների մատուցման սկզբունքների ու չափանիշների միասնականության, պետական տարբեր մարմինների միջև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալական ինտեգրման հարցում պատշաճ համագործակցության ապահովման, ինչպես նաև ոլորտի նկատմամբ պետական վերահսկողության արդյունավետության վրա:

Համակարգային մակարդակում նման լուծումների պատճառով է նաև, որ մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում արձանագրված խնդիրների լուծման ուղղությամբ այդ մարմինների կողմից բավարար քայլեր չեն ձեռնարկվում:

Հոգեբուժական օգնության ոլորտում բացակայում է տարբեր մարմինների համակարգված և փոխկապակցված աշխատանքը՝ դրանցից յուրաքանչյուրի գործառույթների տարանջատման, յուրաքանչյուր մարմնի իրավասության ոլորտում պատշաճ վերահսկողության ապահովման և առանձին հարցերում համատեղ ու փոխալայմանավորված աշխատանքի պատշաճ իրականացման տեսանկյունից:

«Առողջապահության նախարարությունը՝ որպես առողջապահության բնագավառի իրավասու մարմին, պատշաճ չի անդրադարձել իր իրավասությանը վերաբերող խնդիրներին: Վերջինիս կողմից տրամադրվել են ընդհանրական բնույթի նույնաբովանդակ պարզաբանումներ՝ հիմնականում պարզապես հղում

կատարելով ՀՀ կառավարության 2015 թվականի փետրվարի 26-ի նիստի թիվ 8 արձանագրային որոշմամբ հաստատված «Հայաստանի Հանրապետության հիվանդանոցային բուժօժանայությունների որակի ապահովման ռազմավարությանը» և այն ապահովող միջոցառումների ցանկին: Նախարարությունը նշել է, որ դրանք կկիրառվեն հոգեբուժական կազմակերպություններում և կնպաստեն աշխատանքների որակի բարելավմանը՝ առանց անդրադառնալու իր իրավասությանն առնչվող վեր հանված բազմաթիվ խնդիրների: **Նախարարությունը հիմնականում շրջանցել է բարձրացված հարցերը՝ անտեսելով իր իսկ իրավասությանն առնչվող խնդիրները:**

ՀՀ տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարությունն իր հերթին բարձրացված խնդիրներն ուսումնասիրելու և իր իրավասության սահմաններում համապատասխան քայլեր ձեռնարկելու փոխարեն՝ ներկայացրել է մարզպետների հետ քննարկումների հիման վրա կազմված համապատասխան հոգեբուժական կազմակերպությունների տնօրենների պարզաբանումները:

Այս պայմաններում պետք է հատկապես դրական գնահատել ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությամբ գործող Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում արձանագրված խնդիրների վերաբերյալ տվյալ նախարարության մանրակրկիտ պարզաբանումները՝ կատարված աշխատանքների և նախատեսվող առաջիկա քայլերի մատնանշմամբ:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հոգեբուժական ծառայությունների պատշաճ կազմակերպմանն առնչվող *հոգեկան առողջապահության քաղաքականության և ծառայությունների ուղեցույցների փաթեթը*⁴ միջազգային առաջադեմ փորձի ուսումնասիրման և ամփոփման արդյունքներով նախանշել է հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում պետական քաղաքականության ուղղությունները: Մասնավորապես, ըստ միջազգային այս կազմակերպության՝ ծառայությունները հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պետք է տրամադրվեն փոխհամաձայնեցված եղանակով՝ ապահովելով նրանց սոցիալական, հոգեբանական և բժշկական կարիքները:

Հոգեբուժական ծառայությունները պետք է գործեն ոչ հոգեբուժական՝ ընդհանուր առողջապահական, սոցիալական ծառայությունների, տնային աջակցության, ցերեկային կենտրոնների, հոգեբանական և վերականգնողական ծրագրերի հետ համատեղ⁵:

Միասնական մոտեցումների բացակայությունը հանգեցրել են նաև հոգեբուժական ծառայությունների մատչելիության խնդրի՝ **կապված պետության կողմից երաշխավորված հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ:**

Այսպես, ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածը ոչ միայն սահմանում է

4 Տե՛ս http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/ կայքէջը:

5 Տե՛ս https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf կայքէջը, էջ 5:

յուրաքանչյուրի առողջության պահպանման իրավունքը, այլ նաև ամրագրում է, որ անվճար հիմնական բժշկական ծառայությունների ցանկը և մատուցման կարգը սահմանում է օրենքը:

Համաձայն «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի 1-ին մասի՝ **հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց հոգեբուժական օգնությունն իրականացվում է պետության միջոցների հաշվին՝ պետության երաշխավորած նպատակային ծրագրերի շրջանակներում:** Ըստ այդմ, նույն հոդվածի 2-րդ մասը պետությանը պարտավորեցնում է երաշխավորել հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում խորհրդատվական, ախտորոշման, բուժման ու սոցիալական վերականգնման հետ կապված հոգեբուժական օգնությունը և այլն: Նույն օրենքի 4-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համապատասխան՝ ՀՀ կառավարության 2004 թվականի դեկտեմբերի 9-ի թիվ 1686-Ն որոշումով հաստատվել է հոգեբուժական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը, որը ներառում է հոգեթերապևտիկ բուժօգնությունը, քրոնիկ հոգեկան հիվանդների խնամքը, ինչպես նաև հոգեկան հիվանդների վերականգնողական բուժումը:

ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի «Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 350-Ն որոշման հավելվածի 2-րդ կետով **արտահիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնությունը (օրինակ՝ ախտորոշումը ճշտելու նպատակով հետազոտումը, հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց խորհրդատվական բժշկական օգնության տրամադրումը), ինչպես նաև 27-րդ կետով ամրագրված հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնությունը (օրինակ՝ հիվանդների հետազոտումը և բուժումը՝ անկախ օրվա մասից՝ ցերեկային կամ շուրջօրյա) տրամադրվում են անվճար:**

Միաժամանակ, ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշման հավելված 2-ի 12-րդ կետի 1-ին ենթակետի «գ» պարբերությամբ **հոգեկան հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայությունները սահմանվել են որպես բնակչության բոլոր խմբերի համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար տրամադրվող հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ:**

Ավելին, ՀՀ առողջապահության նախարարը, Կառավարության վերոնշյալ թիվ 318-Ն որոշման հիման վրա, 2013 թվականի սեպտեմբերի 18-ի թիվ 49-Ն հրամանով հաստատել է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հոգեբուժական օգնության կազմակերպման չափորոշիչը: Նշված հրամանի հավելվածի 7-րդ կետի համաձայն՝ «Պեղության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման շրջանակներում, **ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպություններում հոգեբուժական ծառայությունն**

անվճար է բնակչության բոլոր խմբերի համար, ծառայության բոլոր մակարդակներում»:

Այս կապակցությամբ մտահոգիչ է ներկայում իրականացվող քաղաքականությունը՝ օրենսդրական փոփոխությունների հետ կապված: Բանն այն է, որ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը մշակել և շրջանառության է ներկայացրել «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ նախատեսող օրենքի նախագիծ, որը սահմանում է անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ սպառիչ ցանկ՝ չնախատեսելով հոգեբուժական օգնությունն ու սպասարկումը:

Չնայած հոգեբուժական օգնության և սպասարկման՝ պետության կողմից երաշխավորված և անվճար լինելու գործող օրենսդրական պահանջին՝ ՀՀ հոգեբուժական կազմակերպություններում սահմանված են հոգեբուժական վճարովի ծառայությունների ցանկն ու դրանց սակագները (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, Լոռու մարզային հոգեբուժարդաբանական դիսպանսեր):

Ընդ որում, ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայությամբ գործող հոգեբուժական կազմակերպություններում այդ սակագները սահմանված են կազմակերպության ներքին իրավական ակտերով, իսկ մարզպետարանների ենթակայության տակ գտնվողներինը՝ մարզպետների անհատական իրավական ակտերով (բացառությամբ՝ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնի, որտեղ սակագները սահմանված են գործադիր տնօրենի կողմից):

Հոգեբուժական կազմակերպություններում վճարովի ծառայությունների և դրանց սակագների՝ գերատեսչական տարբեր մակարդակներով սահմանելը, այլ կերպ ասած՝ նույնաբնույթ իրավահարաբերությունները տարբեր իրավաբանական ուժ ունեցող իրավական ակտերով կարգավորելը խնդրահարույց է իրավական ակտերի համակարգի տրամաբանության և իրավական ակտերին ներկայացվող օրենսդրական պահանջների տեսանկյունից:

Այսպես, «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 5-րդ մասի համաձայն՝ **«անհատական ակտ է սույն հոդվածի առաջին մասում նշված մարմինների՝ իրենց լիազորությունների շրջանակում ընդունած իրավական այն ակտերը, որն ունի ժամանակավոր կամ մշտական բնույթ, նախատեսված է մեկանգամյա կամ բազմակի կիրառման համար, չի պարունակում իրավական նորմ և սահմանում է վարքագծի կանոններ միայն դրանում ուղղակի անհատապես նշված (նախատեսված) ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձանց կամ պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների կամ պետական կամ համայնքային հիմնարկների (այսուհետ՝ անձ) համար»:**

Նույն օրենքի նշված հոդվածի 5-րդ և 6-րդ մասերի համաձայն՝ **անհատական**

և ներքին իրավական ակտերն ընդունվում են միայն նորմատիվ իրավական ակտի համաձայն և դրա սահմանած շրջանակում:

Օրենսդրական վերոնշյալ կարգավորումներից բխում է, որ անհատական իրավական ակտը պետք է ուղղակիորեն ամրագրի այդ ակտի կիրառության հասցեատերերին, հիմնված լինի նորմատիվ իրավական ակտի վրա՝ դուրս չգալով դրա սահմանած շրջանակներից:

Մինչդեռ, հոգեբուժական վճարովի ծառայությունները սահմանող իրավական ակտերի ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ դրանք կան անհատական իրավական ակտեր են (օրինակ՝ Լոռու մարզպետի 2016 թվականի մայիսի 3-ի թիվ 131-Ա որոշումը), կան ներքին (լոկալ) իրավական ակտեր (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տնօրենի 2017 թվականի սեպտեմբերի 1-ի թիվ Լ-20 հրամանը):

Անհատական իրավական ակտով նշված հարցերի լուծումն ուղղակիորեն հակասում է օրենսդրական այն պահանջին, որ այդպիսի իրավական ակտը պետք է ունենա ակտում նախատեսված հասցեատեր (հասցեատերեր): Բացի այդ, թե՛ անհատական, թե՛ լոկալ իրավական ակտերի դեպքում օրենքը պահանջում է դրա նորմատիվ իրավական հիմքի առկայություն, որն էլ պետք է կանխորոշի այդ ակտերի կարգավորման ծավալը: Վերջինի հետ կապված՝ հարկ է ընդգծել, որ իբրև այդպիսի «իրավական հիմք»՝ իրավասու մարմինների ակտերի հիմքում ընկած են ոչ թե նորմատիվ իրավական կարգավորումները, այլ ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի՝ 2015 թվականի մարտի 30-ի N1/3457-15 հոգեբուժական բժշկական օգնության և սպասարկման վճարովի ծառայությունների կողմնորոշիչ գները:

Հոգեբուժական վճարովի ծառայությունների սահմանման՝ իրավական հիմքերի այս անընդունելի վիճակը խնդիրներ է առաջացնում ոչ միայն իրավական ակտերի ձևավորման ընդհանուր պահանջներին անհամապատասխանության առումով, այլ իբրև հետևանք՝ առաջ է բերում հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում պետական քաղաքականությանն ու մասնավորապես՝ օրենսդրի կամքին սկզբունքորեն հակասող պրակտիկայի ձևավորում: Սա նաև անթույլատրելի հակասություններ է առաջացնում՝ կապված այդ ակտերի հասցեատերերի՝ անհատների իրավունքների երաշխավորման հետ:

Այսպես, հոգեբուժական ծառայությունները պետության կողմից երաշխավորված ծավալով փաստացի չեն ապահովվում այն առումով, որ իբրև **անվճար հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մեջ չընդգրկված, այսինքն՝ վճարովի հիմունքներով մատուցվող ծառայություններ**, ամրագրված են, օրինակ, Կառավարության թիվ 350-Ն որոշմամբ ուղղակիորեն ամրագրված՝ հոգեբույժի և հոգեբանի խորհրդատվական բժշկական օգնությունը կամ փսիտորոշման նպատակով հետազոտությունը:

«Հ առողջապահության նախարարության՝ առողջապահության բնագավառում Կառավարության քաղաքականությունը մշակող և իրականացնող իրավասու մարմնի պաշտոնական պարզաբանման համաձայն՝ «*հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում վճարովի հիմունքներով օգնության և սպասարկման ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվության չի տրրապետում*»: Ընդ որում, հետաքրքրական է, որ լիազոր մարմնի կողմից այդպիսի տեղեկությունների չտրրապետելու պարագայում՝ որպես հոգեբուժական ծառայությունների վճարովի մատուցման իրավական հիմք, հոգեբուժական կազմակերպությունների կողմից վկայակոչվում են հենց նույն՝ Առողջապահության նախարարության աշխատակազմի սահմանած կողմնորոշիչ գները:

Վճարովի հոգեբուժական ծառայությունների շրջանակի որոշման ու դրանց սակագների սահմանման գերատեսչական նման չարդարացված հայեցողության հետևանքներից է նաև այն, որ քննարկվող իրավական ակտերում տարբերակված մոտեցում է դրսևորվել՝ կապված հոգեբուժական օգնության կարիք ունեցող անձի՝ «Հ քաղաքացիություն ունենալու կամ չունենալու հետ:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի ուժով *օրենքի գործողությունը տարածվում է ինչպես ՀՀ քաղաքացիների, այնպես էլ ՀՀ տարածքում գտնվող օտարերկրյա քաղաքացիների և քաղաքացիություն չունեցող անձանց վրա*: Հետևաբար, օտարերկրացիները պետք է օգտվեն պետության կողմից երաշխավորված հոգեբուժական ծառայություններից՝ ընդհանուր կարգով:

Մինչդեռ, օրինակ, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, ըստ հաստատված գնացուցակի, ՀՀ քաղաքացիներին անվճար տրամադրվող այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք են փստորոշումը ճշտելու նպատակով ամբուլատոր կամ հիվանդանոցային պայմաններում հետազոտումը, բուժումը, հոգեբույժի խորհրդատվությունը, ՀՀ քաղաքացիություն չունեցող անձանց տրամադրվում են վճարովի հիմունքներով (բավական է միայն նշել, որ հիվանդանոցային պայմաններում բուժման մեկ օրվա արժեքը սահմանվել է 15.000 ՀՀ դրամ): Նույնպիսի տարբերակված մոտեցմամբ են աշխատում նաև Երևանի և մարզային մյուս հոգեբուժական կազմակերպությունները: Վճարովի ծառայությունների նշված տվյալները հիմնված են հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդունարաններում փակցված պաշտոնական փաստաթղթերի կամ մարզպետարանների ենթակայությամբ գործող հոգեբուժական կազմակերպությունների դեպքում՝ ՀՀ տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարության տրամադրված գնացուցակների ուսումնասիրության վրա:

Թեև այդ գնացուցակներում նախատեսված է ծառայությունների մատուցման վճարովիության սկզբունքից բացառություն պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող՝ բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին

խմբերում ներառված անձանց համար, այդուհանդերձ, դա խնդրի լուծում չէ այն առումով, որ անվճար հոգեբուժական օգնությունը երաշխավորված է՝ անկախ անձի սոցիալական դրությունից կամ որոշակի կատեգորիայի պատկանելուց:

Ավելին, Լոռու և Շիրակի հոգեբուժական կազմակերպություններում խորհրդատվական ծառայություններ ՀՀ քաղաքացիներին տրամադրվում են վճարովի հիմունքներով՝ հիմք ընդունելով վերջիններիս՝ տվյալ բուժաստատության սպասարկման տարածքից դուրս բնակվելը կամ այլ մարզի բնակիչ լինելը:

Այս առումով, Հայաստանի Հանրապետության ոչ բոլոր մարզերում են գործում հոգեբուժական կազմակերպություններ, որպիսի պայմաններում ստացվում է, որ այդ մարզերի բնակիչների համար ոչ միայն ապահովված չէ հոգեբուժական օգնություն ստանալու ֆիզիկական մատչելիություն, այլև վերջիններս ստիպված են վճարել օրենքով երաշխավորված հոգեբուժական ծառայությունների համար զուտ այն պատճառով, որ տվյալ հոգեբուժական կազմակերպության «սպասարկման տարածքի» բնակիչ չեն: **Սա ուղղակիորեն հակասում է պետության միջազգային պարտավորությանն՝ ապահովելու հոգեբուժական օգնության մատչելիությունն ու հասանելիությունը հասարակության բոլոր շերտերին: Այսպիսի պրակտիկան անմիջապես ենթակա է վերացման:**

Ամփոփելով շարադրվածը՝ կարելի է առանձնացնել հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ կապված հետևյալ խնդիրները.

- ✓ ոլորտի քաղաքականության սկզբունքների միասնականության նկատմամբ ոչ պատշաճ պետական վերահսկողություն՝ պայմանավորված հոգեբուժական կազմակերպությունների՝ տարբեր ենթակայությամբ կամ իրավասության ոլորտով,
- ✓ հոգեբուժական օգնության և սպասարկման անվճար ապահովման՝ օրենքով նախատեսված երաշխիքների պայմաններում վճարովի ծառայությունների ցանկերի սահմանում, այն էլ առավել ցածր իրավաբանական ուժ ունեցող իրավական ակտերով,
- ✓ ըստ հոգեբուժական կազմակերպությունների՝ վճարովի ծառայությունների տեսակի և սակագների չհիմնավորված տարբերակվածություն,
- ✓ անկախ քաղաքացիությունից՝ հոգեբուժական օգնության անվճար տրամադրման օրենսդրական կարգավորման պայմաններում ՀՀ քաղաքացիություն չունեցող անձանց համար խտրական և չարդարացված բարձր սակագների սահմանում:

Հոգեկան առողջության պահպանմանն ոլորտում պետական քաղաքականության առաջնահերթություններից պետք է լինի հոգեբուժական ծառայությունների հասանելիությունը՝ բնակչության սոցիալական դրության հաշվառմամբ: Պետք է հիշել, որ հոգեկան առողջության ապահովումն անձի առողջության պահպանման ամենազգայուն ոլորտներից է:

Հոգեբուժական անվճար ծառայություններից վճարովի համակարգին անցում կատարելու համար գործող համակարգից հրաժարվելու պատճառներն ու այլ համակարգի անցնելու դեպքում դրա առավելությունները պետք է լինեն հիմնավոր:

Ի հարկե, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի նկատմամբ պետության պարտականություններն անխուսափելիորեն առաջ են բերում ֆինանսական բեռի հարց: Սակայն փոփոխությունները կարող են արդարացվել միայն այն դեպքում, երբ դրանց չիրականացումը էականորեն կվատթարացնի ոլորտի շահառուների՝ պացիենտների իրավունքների և շահերի պաշտպանության համակարգը, ինչպես նաև հիմնված կլինի կոնկրետ ժամանակահատվածում պետության ֆինանսական վիճակի և սոցիալական քաղաքականության արդարացի հավասարակշռման վրա: Միաժամանակ, անկախ փոփոխության հիմնավորվածության աստիճանից՝ պետությունը սոցիալական պետության հայեցակարգից բխող իր գործառույթներին համապատասխան պետք է նախատեսի սոցիալական անապահովության դեպքերում պետական միջամտության հարց և հոգեբուժական կազմակերպությունների ֆինանսական մատչելիությունը՝ հատկապես հաշվի առնելով, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում գտնվում են նաև սոցիալապես անապահով ընտանիքներից պացիենտներ: Ուստի, ոլորտի ֆինանսական քաղաքականությունը պետք է իրականացվի այնպես, որպեսզի չխախտի պացիենտի՝ հոգեբուժական ծառայություններից օգտվելու մատչելիության իրավունքը:

1.2. Ապահովագրության հարցումը, վերականգնումը և սոցիալական ներառումը հոգեկան առողջության ոլորտում

Անձի առողջության պահպանման իրավունքը երաշխավորող միջազգային հիմնարար փաստաթղթերն ամրագրում են պետության պարտավորությունները՝ ձեռնարկելու համալիր միջոցառումներ անձի ֆիզիկական և հոգեկան առողջության հնարավոր բարձր մակարդակի ապահովման ուղղությամբ:

Այսպես, ՄԱԿ-ի մարդու իրավունքների գերագույն հանձնակատարի՝ «Հոգեկան առողջությունը և մարդու իրավունքները» 2017 թվականի զեկույցում կանխորոշվում են հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում պետական քաղաքականության՝ որպես առաջադեմ փորձի հետևյալ ուղղությունները՝

1. Վերականգնողական հոգեկան առողջության պահպանումը.

Համայնքահեն հոգեկան առողջության ծառայությունների հիմնական շեշտադրումը պետք է լինի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց աջակցելը՝ հասնելու իրենց սեփական ձգտումներին ու նպատակներին: Վերականգնողական այդպիսի մոտեցումը ենթադրում է «անձանց լսելու և արձագան-

քելու» անհրաժեշտությունը՝ վերջիններիս վիճակը հաշվի առնելով, ինչն իր հերթին նպաստում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի՝ իբրև հավասարի հետ աշխատանքին ու նրա վերականգնմանը: Այս առումով, չափազանց կարևոր է, որ անձի հետ աշխատող անձնակազմը, քաջատեղյակ լինելով վերջինիս ստացած հոգեբանական տրավմաներին, բավարար հմուտ լինի՝ խուսափելու համար անձի ստացված տրավմայի կրկնակի վերապրումից, սոցիալական «կղզիացումից» ու օտարվածությունից, ինչպես նաև նպաստի նրանց վերաինտեգրմանը հասարակություն:

2. Համայնքահեն ծառայությունների ապահովումը.

Միջազգային առաջադեմ փորձը վկայում է, որ բնակչության առանձին խմբերի, մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրները ունեցող անձանց առողջության պահպանումն արդյունավետ է, երբ ապահովվում է միջճյուղային և ապաբժշկականացված ծառայությունների մատչելիությունը: Պետությունը պետք է ապահովի վերականգնողական բուժօգնությունը համայնքներում և առողջապահական համակարգի առաջնային օղակում:

3. Ապահիստիտուցիոնալացումը.

Արդյունավետ ապահիստիտուցիոնալացումը պահանջում է, նախ և առաջ, այն գիտակցման արմատավորում, որ համայնքում ապրելու իրավունքն ավելին է, քան ուղղակի համայնքում անձի ֆիզիկական գոյությունը: Հոգեբանասոցիալական խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալական աջակցության համակարգը պետք է լինի լիարժեք հասանելի (օրինակ՝ անձի կրթությանը, աշխատանք ունենալուն, նրա սոցիալական շփումներին նպաստելը և այլն):

Հոգեկան առողջության վերաբերյալ գործողությունների 2013-2020 թվականների եվրոպական ծրագրում նշվում է, որ տարածաշրջանում առկա է ապահիստիտուցիոնալացման և համայնքահեն հոգեկան առողջության խնամքի ծառայությունների զարգացման հանձնառություն: Համաձայնություն է առկա առ այն, որ խնամք և բուժում պետք է իրականացնել տեղական մակարդակում, քանի որ մեծ հոգեբուժական կազմակերպությունները հաճախ հանգեցնում են անտեսման և ինստիտուցիոնալացման: Այսպիսով, առանցքային է դարձել համայնքային հաստատություններում առաջնային խնամք և հոգեկան առողջության ոլորտում բազմադիսցիպլինար մասնագետների համագործակցության դերի մեծացումը⁶:

Առողջության համաշխարհային կազմակերպություն՝ Հոգեկան առողջության ծառայությունների կազմակերպման ուղեցույցի համաձայն՝ ապահիստիտուցիոնալացումը հոգեկան առողջության ծառայությունների համակարգի բարեփոխման կարևոր մաս է: Այն ավելին է, քան անձանց՝ հիվանդանոցներում երկարատև

6 Տե՛ս http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf կայքէջը:

բուժումից ազատելը: Ծառայություններն իրականացնելու համար նշանակալի փոփոխություններ են պահանջվում՝ ներառելով առավելապես համայնքում այլընտրանքային, այլ ոչ թե հիվանդանոցային ծառայություններ: Համայնքում ծառայությունների տրամադրումը պետք է ուղղորդվի հոգեբուժական կազմակերպություններում պացիենտների թվի նվազմամբ: Ապահինստիտուցիոնալացումը կարող է ընթանալ փուլերով, երբ համայնքային այլընտրանքներն արդեն առկա կլինեն: Դրա իրագործումը պահանջում է խիստ պարտավորվածություն ծրագրերը մշակողների, կազմակերպիչների և բժիշկների կողմից⁷:

Բացի այդ, Եվրոպական հանձնաժողովի աջակցությամբ կազմված՝ Ծանր հոգեկան հիվանդություններ ունեցող անձանց երկարաժամկետ խնամքի վերաբերյալ զեկույցում նշվում է, որ համայնքում հոգեկան առողջության խնամքի իրականացման ռազմավարության ուղղություններից են հոգեբուժական կազմակերպություններում տրամադրվող օգնության որակի բարձրացումը և ապահինստիտուցիոնալացումը: Այս միջոցառումները կարևորվում են հատկապես այն երկրներում, որտեղ հոգեբուժական կազմակերպությունները դեռևս պատասխանատու են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվող խնամքի զգալի մասի համար: Հոգեկան առողջության վերաբերյալ ազգային ծրագրերը պետք է ներառեն ռազմավարություն՝ ուղղված պացիենտների ապրելու պայմանների և վերջիններիս խնամքի որակի բարելավմանը՝ ներառյալ մարդու իրավունքների խթանմանը և դրանց նկատմամբ հարգանքի ամրապնդմանը: Միևնույն ժամանակ, վերականգնողական ծրագրերը պետք է մշակվեն և իրագործվեն ինչպես կազմակերպությունների ներսում, այնպես էլ դրանցից դուրս՝ նպատակ ունենալով պացիենտներին պատրաստել հասարակության մեջ ապրելուն և նրանց սոցիալական ինտեգրմանը՝ անկախ նրանից, թե իրենց բնակության երկիրը ապահինստիտուցիոնալացման ինչ փուլում է գտնվում:

Ներկայում միջազգային հանրության շրջանում առկա է լայն համաձայնություն այն մասին, որ անհրաժեշտ է մեծ հոգեբուժական կազմակերպություններում իրականացվող խնամքի ավանդական մոդելից անցնել համայնքահեն հոգեկան առողջության խնամքի ժամանակակից մոդելին: Այդ փոփոխության անհրաժեշտության հիմնական պատճառներն են՝

- ✓ հոգեկան առողջության քրոնիկ խնդիրներ ունեցող անձանց համար համայնքահեն ծառայություններն առավել հասանելի են, քան ավանդական հոգեբուժական կազմակերպություններում մատուցվող ծառայությունները.
- ✓ համայնքահեն ծառայություններն ապահովում են առավել մեծ գոհունակության և անձանց պահանջմունքներին համապատասխանություն:

7 Տե՛ս http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1 կայքէջը:

Դրանք նաև խթանում են խնամքի շարունակականությունն ու ծառայությունների ճկունությունը՝ հնարավոր դարձնելով հիվանդության կրկնության վաղաժամ ախտորոշումն ու բուժումը, դրա հետևողականությունը.

- ✓ համայնքահեն ծառայությունները նպաստում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների առավել պաշտպանությանը և կանխում այդ անձանց խարանդումը.
- ✓ հոգեկան առողջության ապահովման այլ մոդելների համեմատությամբ համայնքահեն ծառայություններն ապահովում են առավել լավ արդյունքներ՝ կապված բուժման ծրագրերի հետևողականության, կլինիկական ախտանիշների, անձանց կյանքի որակի և մասնագիտական վերականգնողականության հետ:
- ✓ համայնքահեն ծառայությունները նվազ ծախսատար են, քան հիվանդանոցային խնամքը.
- ✓ ապահիստիտուցիոնալացման ճիշտ իրագործման դեպքում հիվանդանոցից համայնք տեղափոխված պացիենտների մեծամասնությունն ավելի գոհունակ է, ավելի քիչ բացասական ախտանիշներ ունի և վարում է ավելի լավ սոցիալական կյանք⁸:

Ներկայում Հայաստանի Հանրապետությունում հոգեբուժական ծառայության համակարգն առավելապես կենտրոնացած է հոգեբուժական կազմակերպությունների կողմից ամբուլատոր և հիվանդանոցային բուժման ծառայությունների, հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման շուրջ: Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար գլխավորապես հասանելի չեն համայնքային մակարդակում հոգեկան առողջության պահպանման և աջակցման այլընտրանքային ծառայությունները՝ առանց սեփական բնակավայրերից և հասարակական կյանքից մեկուսանալու: Սոցիալական վերականգնման և խնամքի հաստատությունների անբավարարության պայմաններում չի կարող ապահովվել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լիարժեք վերականգնումը:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ հոգեկան առողջությունը բարեկեցության վիճակ է, որում յուրաքանչյուր անհատ իրագործում է իր պոտենցյալը, ունակ է հաղթահարելու կյանքի բնականոն սթրեսները, արդյունավետ աշխատել և ներդրում անել իր համայնքի մեջ⁹: Ուստի, հոգեկան առողջության վերականգնմանն ուղղված միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն վերոնշյալին, ինչը, սակայն, ներկա հոգեբուժական համակարգի պայմաններում գործնականում անհնար է:

Հետևաբար, հոգեկան առողջության պահպանման պետական քաղաքականության առաջնահերթ ուղղություններից պետք է լինի հենց հոգեբուժա-

8 Տե՛ս https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf կայքէջը:

9 Տե՛ս http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ կայքէջը:

կան բժշկական ծառայություններին այլընտրանք խնամքի և սոցիալական սպասարկման ծառայությունների համակարգի ձևավորումն ու զարգացումը:

Սրա հետ կապված, հարկ է նկատել, որ ոլորտում առկա խնդիրները և դրանց լուծման առաջնահերթությունը ՀՀ կառավարության կողմից արձանագրվել են դեռևս 2013 թվականից՝ «Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգի» հաստատմամբ¹⁰, ինչպես նաև «Հայաստանի Հանրապետությունում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019 թվականների ռազմավարությանը և ռազմավարության կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման ընդունմամբ¹¹: Խնամքի և սոցիալական սպասարկման ծառայությունների համակարգի ներդրման օրենսդրական հիմքերն էլ ամրագրվել են ՀՀ կառավարության 2015 թվականի դեկտեմբերի 17-ի «Շուրջօրյա խնամքի տներում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» N 1533-Ն որոշմամբ¹²:

Ինչ վերաբերում է այդ ուղղությամբ իրականացված գործնական քայլերին, հարկ է նկատել, որ ըստ իրավասու պետական մարմինների պաշտոնական պարզաբանումների՝ 2015 թվականին Երևանում ստեղծվել է «Ձորակ» հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը, որտեղ շուրջօրյա խնամք են ստանում համեմատաբար պահպանված կարողություններով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք: 2016 թվականին Սպիտակ քաղաքում սկսել է գործել Սպիտակի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի տունը՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 16 անձի համար:

Մշտադիտարկման արդյունքները վկայում են, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց զգալի մասը հաստատությունում է գտնվում ոչ թե բժշկական օգնության տրամադրման, այլ խնամքի անհրաժեշտությամբ, ինչը, սակայն, չի կարող ապահովվել հոգեբուժական կազմակերպությունից դուրս՝ խնամք իրականացնող մասնագիտացված հիմնարկների ոչ բավարարության պատճառով:

Ավելին, հարկ է նշել, որ հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում այլընտրանքային ծառայությունները ենթադրում են ոչ միայն խնամքի ապահովում, այլև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալ-հոգեբանական վերականգնում, վերջիններիս աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կա-

10 Տե՛ս https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/arc_voroshum/2013/05/qax17-7.pdf կայքէջը:https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/arc_voroshum/2013/05/qax17-7.pdf

11 Տե՛ս <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=90364> կայքէջը:

12 Տե՛ս <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747> կայքէջը:

րողության ու սոցիալական կարգավիճակի վերականգնում, այլ անձանց հետ համահավասար հիմունքներով համայնքում ապրելու իրավունքի լիակատար իրացմանն օժանդակություն և սոցիալական ներառմանն աջակցություն¹³:

Հեղևաբար, անհրաժեշտ է ապահովել հոգեկան առողջության պահպանման այլընտրանքային ծառայությունների նախաձեռնված համակարգի լիարժեք ներդրմանն ուղղված միջոցառումների շարունակականությունն ու հետևողականությունը՝ խնամքի տների ստեղծման, դրանց նյութակենցաղային բավարար պայմանների ապահովման, ոլորտի մասնագետների մասնագիտական վերապատրաստման ուղղությամբ գործնական քայլերի ձեռնարկման ճանապարհով:

13 Տե՛ս <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747> կայքէջը:

ԳԼՈՒԽ 2.

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄԸ

2.1. Բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների կիրառումը քրեական դատավարությունում

Անձի կողմից ՀՀ քրեական օրենսգրքով նախատեսված հանրորեն վտանգավոր արարք կատարելու պարագայում անհրաժեշտություն է առաջանում պարզել՝ արդյոք նա հանցագործության պահին ընդունակ է եղել հաշիվ տալ իր գործողություններին և ղեկավարել դրանք: Այսինքն՝ նման դեպքերում անհրաժեշտ է պարզել հանրության համար վտանգավոր արարք կատարած անձի մեղսունակությունը՝ նշանակելով համապատասխան փորձաքննություն և սկսելով ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքով սահմանված կարգով անմեղսունակ անձանց նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթ¹⁴:

Այսպես, ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 451-րդ հոդվածի համաձայն՝ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթ հարուցվում է մինչդատական փուլում, իսկ ըստ 464-րդ հոդվածի՝ քրեական օրենքով չթույլատրված արարքն անմեղսունակության վիճակում կատարած անձի նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու մասին որոշում կայացնում է դատարանը: Այս վարույթը գործնականում պահանջում է տևական ժամանակ: Այն պարագայում, երբ քրեական օրենքով չթույլատրված արարք կատարած անձն ունի հոգեբուժական օգնության կարիք և վտանգավոր է իր կամ հասարակության համար, միակ օրենսդրական լուծումն անձի նկատմամբ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի¹⁵ կիրառումն է՝ մինչև վերջինիս նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու մասին որոշման կայացումը: Սակայն հոգեբուժական կազմակերպությունում տեղավորելուն առնչվող՝ **ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 459-րդ հոդվածն առհասարակ չի անդրադառնում անվտանգության միջոցի կիրառման ընթացքում անձի բուժման կամ խնամքի հնարավորության հարցին:**

Գործնականում նման իրավիճակն առաջացնում է խնդիրներ: Այսպես, մշտադիտարկման աշխատանքների իրականացման դրությամբ «Նուբարաշեն»

14 Խոսքն այստեղ չի գնում դեպքից հետո հոգեկան հիվանդությամբ հիվանդացած անձանց նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթի մասին, որն առանձին գլխով կարգավորված է ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքում:

15 ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 457-րդ հոդվածի համաձայն՝ անմեղսունակության վիճակում քրեական օրենսգրքով չթույլատրված արարք կատարած անձանց նկատմամբ անհրաժեշտության դեպքում կիրառվող անվտանգության միջոցները երկուսն են՝ սկզբնական համար հիվանդին ազգականներին, հոգաբարձուներին, խնամակալներին հանձնելը և հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելը:

հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունքում պահվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յոթ անձ, ում նկատմամբ դատարանը կիրառել է **անվտանգության միջոց**՝ հատուկ տիպի հոգեբուժական բաժանմունքում տեղավորելու ձևով: Չնայած դատական ակտում բուժման մասին նշում առկա չի լինում, հոգեբուժական կազմակերպությունը, այնուամենայնիվ, բուժում իրականացնում է: **Բուժանձնակազմի պնդմամբ՝ բուժման համար վերջիններիս համաձայնությունը չի պահանջվում, քանի որ փորձաքննության եզրակացության մեջ մշտապես առկա է լինում գրառում, որով խորհուրդ է տրվում անձի նկատմամբ իրականացնել հարկադիր բուժում՝ հատուկ հսկողության հոգեբուժական բաժանմունքի պայմաններում:**

Իրականում հարկադիր բուժման համար պետք է հիմք լինի ոչ թե փորձաքննության եզրակացությունը, այլ համապատասխան դատական ակտը, սակայն հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոց կիրառելու վերաբերյալ դիտարկված դատական ակտերում անդրադարձ չի կատարվում բուժման անհրաժեշտության հարցին՝ թերևս համապատասխան օրենսդրական կարգավորումների բացակայության պատճառով: **Արդյունքում, անձի նկատմամբ իրականացվում է հարկադիր բուժում, այսինքն՝ բուժում առանց նրա իրազեկված համաձայնության և (կամ) դատարանի համապատասխան ակտի:**

Պետք է նկատի ունենալ, որ մեր երկրի օրենքով այս իրավիճակում հարկադրանքը ձևականորեն վերաբերում է միայն հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելուն, այլ ոչ թե բուժմանը: Իրականում, անձին հոգեբուժական հիվանդանոց տեղավորելը պետք է հետապնդի կամ նրան բուժելու, կամ խնամքն ապահովելու նպատակ: Արդյունքում, դատական ակտում չնշված, սակայն գործնականում հարկադիր իրականացվող բուժման առնչությամբ կարող է առաջ գալ համաձայնության հարց, քանի որ հարկադրանքը ոչ միշտ է, որ կարող է վերաբերել հենց բուժմանը: Ավելին, «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքն ինքնին անձի համաձայնությունը պարտադիր չի համարում, եթե առկա է հարկադրանք ու դա վերաբերում է հենց բուժմանը: Ըստ այդ օրենքի 15 հոդվածի 3-րդ մասի՝ *հոգեկան խանգարումով տառապող անձի բուժումը կարող է իրականացվել առանց նրա կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության՝ միայն օրենքով նախատեսված բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների կիրառման և ոչ հոժարակամ (հարկադիր) հոսպիտալացման դեպքերում:*

Հարցն այն է, որ ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 457-րդ հոդվածը՝ անմեղսունակության վիճակում քրեական օրենսգրքով չթույլատրված արարք կատարած անձանց նկատմամբ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի կիրառման կապակցությամբ չի կարգավորում այդ ընթացքում բուժման իրականացման կամ հիվանդանո-

ցային խնամքի կազմակերպման հարցը: Մինչդեռ ակնհայտ է, որ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելը չի կարող լինել ինքնանպատակ, այլ պետք է հետապնդի անձին բուժելու կամ հիվանդանոցային խնամք տրամադրելու նպատակ:

ՀՀ քրեական դատավարության նոր օրենսգրքի նախագիծն այս առնչությամբ հոգեկան հիվանդություն կամ հոգեկան խանգարում ունեցող անձանց նկատմամբ կիրառվող հարկադրանքի միջոցների տեսակներին անդրադառնալիս իրավացիորեն սահմանել է, որ բժշկական հսկողությունը՝ որպես անվտանգության միջոց, *հանրության համար վրանգ ներկայացնող անձին հոգեբուժական հաստատությունում պահելն է՝ հիվանդանոցային խնամք կամ բուժում ապահովելու նպատակով:*

Եվրոպայի խորհրդի նախարարների կոմիտեի թիվ Rec(2004)10 հանձնարարականի 17-րդ հոդվածի 1-ին մասի 3-րդ կետի համաձայն՝ *անձը կարող է ենթակա լինել հարկադիր հոսպիտալացման, միայն եթե հոսպիտալացումը բուժման նպատակ է հետապնդում*¹⁶:

Նշվածից բխում է, որ անձի տեղավորումը հոգեբուժական հիվանդանոցում չի կարող հիմնավորվել միայն մեկուսացման անհրաժեշտությամբ: Դա պետք է պարտադիր հետապնդի հիվանդանոցային բուժման կամ խնամքի նպատակ, որի մասին վկայում են նաև Քրեական դատավարության նոր օրենսգրքի նախագծի կարգավորումները և միջազգային չափանիշները:

Հետևաբար, այս հարցը պետք է ստանա հստակ օրենսդրական կարգավորում:

Վերը նշվածից բացի, պրակտիկայում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձը մինչև դատարանի կողմից բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու մասին որոշում կայացնելը կարող է երկարատև պահվել հոգեբուժական կազմակերպությունում՝ դատարանի կողմից անվտանգության միջոց կիրառելու վերաբերյալ որոշման հիման վրա: Այդ ժամանակահատվածում անձը, ստանալով բուժում, կարող է ապաքինվել և իր կամ հասարակության համար այլևս վտանգ չներկայացնել, սակայն շարունակել պահվել հոգեբուժական կազմակերպությունում՝ ստանալով պահպանողական բուժում (առանց դատական վերահսկողության): Նման պարագայում դատարանի կողմից բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցի կիրառման վարույթը կարող է լինել ժամանակավրեպ և ինքնանպատակ այն առումով, որ միջանկյալ միջոցով արդեն իսկ ապահովվել է վարույթով հետապնդվող նպատակը:

Միաժամանակ, Քրեական դատավարության գործող օրենսգրքը չի նախատեսում բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթի ժամ-

16 Տե՛ս [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf) կայքէջը:

կետներ: Նույն կերպ առկա չեն նաև հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի կիրառման ժամկետներ: Նախատեսված չէ նույնիսկ նվազագույնը՝ նշված անվտանգության միջոցի կիրառման իրավաչափության դատական պարբերական վերանայման պահանջ: Օրենսդրական կարգավորման նման թերություններն էլ հենց հանգեցնում են այս անվտանգության միջոցի հիման վրա անձանց երկար ժամանակ հոգեբուժական կազմակերպությունում պահելուն՝ առանց դատարանի կողմից բուժման նկատմամբ համապատասխան վերահսկողության:

Ուստի, հարկ է սահմանել հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի պարբերական վերանայման հստակ օրենսդրական մեխանիզմ:

Իրավիճակն ավելի դյուրին չի դառնում դատարանի կողմից բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու դատական ակտի առկայության պայմաններում: Օրենսդրությունը չի նախատեսում նշված ակտի ի պաշտոնե (ex officio) դատական վերանայման մեխանիզմներ: Ձևավորված պրակտիկայի համաձայն՝ հարկադրանքի միջոցի վերանայման հարցը բարձրացվում է միայն հոգեբուժական կազմակերպության տնօրենի կողմից՝ այն վերացնելու կամ փոխարինելու վերաբերյալ դատարան միջնորդություն ներկայացնելու դեպքերում: Հոգեբուժական կազմակերպությունը նման միջնորդություն ներկայացնում է միայն այն դեպքում, երբ նույն կազմակերպության բժիշկներից բաղկացած բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների վերանայման հանձնաժողովը, վեց ամիսը մեկ անգամ, ուսումնասիրելով անձի առողջական վիճակը, տալիս է եզրակացություն, որ նա կամ այլևս չունի հարկադիր բուժման կարիք, կամ դա հնարավոր է իրականացնել այլ՝ ընդհանուր կամ արտահիվանդանոցային պայմաններում:

Արդյունքում՝ գործնականում հանդիպում են դեպքեր, երբ անձը շարունակաբար պահվում է հոգեբուժական կազմակերպությունում՝ առանց հարկադիր բուժման վերաբերյալ ակտի դատական վերանայման: Օրինակ՝ մշտադիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի պացիենտներից մեկը կենտրոնում է գտնվում 2012 թվականի մարտ ամսից՝ հոգեբուժական հիվանդանոցային հարկադիր բուժման վերաբերյալ դատարանի դատական ակտի հիման վրա: Հարկ է նշել, որ, ուսումնասիրված փաստաթղթերի համաձայն՝ 2012 թվականից ի վեր «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնը որևէ միջնորդություն չի ներկայացրել դատարան՝ վերջինիս նկատմամբ կիրառվող հարկադիր բուժումը դադարեցնելու կամ այն փոխարինելու վերաբերյալ, ինչը կասկածի տակ է դնում 5 տարի շարունակ իրականացված հարկադիր բուժման արդյունավետությունը:

Ուսումնասիրությունների արդյունքում վեր են հանվել նաև հարկադիր բուժմանն առնչվող դատական պրակտիկայի խնդիրներ:

Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում մշտադիտարկման աշխատանքներ իրականացնելիս պարզվել է, որ պացիենտներից մեկը 2016 թվականի մայիս ամսից պահվում է կազմակերպությունում և դատարանի դատական ակտի հիման վրա ստանում է հարկադիր բուժում: 2016 թվականի նոյեմբեր ամսին հոգեբուժական կազմակերպությունը, համապատասխան բժշկական եզրակացության վրա հիմնվելով, ընդհանուր իրավասության դատարան է ներկայացրել այդ անձի նկատմամբ կիրառվող հարկադիր բուժումը հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդհանուր հսկողության հոգեբուժական բաժանմունքում դադարեցնելու և այն հոգեբույժի մոտ արտահիվանդանոցային հսկողության և հարկադիր բուժման փոխարինելու վերաբերյալ միջնորդություն: Դատարանը միջնորդությունը մերժել է: Դատական ակտը պարզ վկայում է, որ դատարանը, **լսելով հոգեբույժին (առանց դատական նիստին հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի ներկայության) և գտնելով, որ կաշկանդված չէ բժշկական հաստատության եզրակացությամբ՝** առանց դատահոգեբուժական կրկնակի փորձաքննության եզրակացրել է, որ «հիվանդի վիճակը դեռ կայուն չէ և նա հիվանդանոցային բուժման, խնամքի ու հսկողության կարիք ունի, իսկ հոգեբուժական և հոգեթերապևտիկ օգնությունն ու ծառայությունները կարող են իրականացվել միայն հիվանդանոցային ձևով»: Դրանից հետո, 6 ամիս անց, դատարանը կրկին նույն հիմնավորմամբ մերժել է բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների վերանայման հանձնաժողովի եզրակացության հիման վրա «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ներկայացրած՝ անձի նկատմամբ կիրառվող հարկադիր բուժումը դադարեցնելու և այն արտահիվանդանոցային հսկողության ու հարկադիր բուժման փոխարինելու վերաբերյալ միջնորդությունը: Միջնորդությունները մերժելու վերաբերյալ դատական երկու ակտերն են, բացի վերը նշվածից, որևէ այլ հիմնավորում չեն պարունակում:

Այսպիսով, դատարանը ոչ միայն չի համաձայնել բժշկական կազմակերպության եզրակացության հետ՝ առանց կրկնակի դատաբժշկական փորձաքննության, այլև չի ապահովել անձի մասնակցությունն իր նկատմամբ հարկադրանքի միջոցի վերանայման վարույթին: Դատական ակտում բացակայում են անհրաժեշտ հիմնավորումները: Այսպիսի պրակտիկան անընդունելի է:

Հոգեբուժական կազմակերպությունները բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների վերանայման միջնորդությունների ներկայացմանը նույնպես պատշաճ ուշադրություն չեն դարձնում: Այս մասին են վկայում, օրինակ, նույն անձի վերաբերյալ տառացիորեն կրկնվող բովանդակությամբ միջնորդությունները: Այսպես, բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների վերանայման հանձնաժողովի եզրակացությունը հանձնաժողովի անդամների ստորագրությամբ նախ արձանագրվում է հիվանդության պատմագրում, ապա անմիջապես կազմվում է առանձին փաստաթղթի տեսքով, ստորագրվում հանձնաժողովի անդամների կողմից և

ներկայացվում դատարան: Ի տարբերություն դատարան ներկայացվող եզրակացության, հիվանդության պատմագրերում եզրակացության տակ հանձնաժողովի անդամների ստորագրությունները դիտարկված դեպքերում բացակայել են (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Ուստի, վերը շարադրվածի հիման վրա անհրաժեշտ է՝

- ✓ ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 457-րդ հոդվածի կարգով անմեղսունակության վիճակում քրեական օրենսգրքով չթույլատրված արարք կատարած անձանց նկատմամբ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոց կիրառելիս օրենսդրորեն հստակեցնել բուժման կամ հիվանդանոցային խնամքի հարցը.
- ✓ ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքում նախատեսել հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի պարբերական դատական վերանայման մեխանիզմ.
- ✓ բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու պարագայում ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքում նախատեսել նշված ակտի ի պաշտոնե դատական վերանայման մեխանիզմներ՝ հստակ պարբերականությամբ.
- ✓ դատական իշխանության՝ դատական պրակտիկայի ամփոփման համար պատասխանատու մարմինների կողմից ուսումնասիրել բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու վարույթներով դատական պրակտիկան՝ առկա խնդիրները վեր հանելու, օրենքի միատեսակ կիրառությունն ապահովելու և դատավարական խախտումները բացառելու նպատակով.
- ✓ հոգեբուժական կազմակերպությունների կողմից բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների վերանայման միջնորդությունների ներկայացման նկատմամբ դրսևորել անհրաժեշտ հետևողականություն, ինչպես նաև դրա նկատմամբ իրականացնել պատշաճ վերահսկողություն:

2.2. Հոգեբուժական կազմակերպությունում անձին հոժարակամ կամ հարկադիր բուժման ենթարկելը

Հիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում առաջնային է հոժարակամ և հարկադիր կամ ոչ հոժարակամ բուժման տարանջատման հարցը: Հոգեբուժական կազմակերպություններում տրամադրված փաստաթղթերի ուսումնասիրությունը վկայում է, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում զգալիորեն փոքր է ՀՀ քաղաքացիական դատավարության կարգով հարկադիր բուժման ենթարկվող անձանց թիվը: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ընդհանուր տիպի բաժանմունքներում գտնվող 236 պացիենտներից ընդամենը 5-ն էին դատական ակտի հիման վրա ոչ հոժարակամ

րական բուժվող:

Հոժարական բուժվող բոլոր անձանց պատմագրերում առկա է եղել հոսպիտալացման և բուժման վերաբերյալ նրանց համաձայնությունը, սակայն նրանց հետ առանձնագրույցները ցույց են տվել, որ գործնականում շատերը չեն ցանկանում գտնվել հոգեբուժական կազմակերպությունում, ինչպես նաև տեղյակ չեն ցանկացած պահի բուժումից հրաժարվելու իրենց իրավունքից:

Այս կապակցությամբ Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ **հոգեբուժական կազմակերպություններում հոժարական բուժում ստացող անձանց պետք է տրամադրվեն ամբողջական, հստակ և ճշգրիտ տեղեկություններ, այդ թվում՝ հոսպիտալացման վերաբերյալ համաձայնություն տալու կամ չտալու իրենց իրավունքի և հետագայում իրենց համաձայնությունից հրաժարվելու, ինչպես նաև հաստատությունը ցանկության պահի լքելու վերաբերյալ:**

Ավելին, ԽԿԿ-ն ընդգծել է, որ **հոսպիտալացման վերաբերյալ համաձայնություն տալն ու բուժման վերաբերյալ համաձայնություն տալն առանձին հարցեր են, և պացիենտներին պետք է խնդրել իրենց դիրքորոշումն արտահայտել այդ հարցերից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ¹⁷:**

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ նշված հարցերն ինչպես գործնականում, այնպես էլ օրենսդրական մակարդակում լուծում չեն ստացել:

Ավելին, խնդիրն առկա է հատկապես անչափահասների պարագայում, քանի որ նրանց բուժման համար պահանջվում է միայն օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը, և անչափահասի հոսպիտալացումը դատական վերահսկողության առարկա չի դառնում՝ անկախ վերջինիս տարիքից, իր կարծիքն արտահայտելու ունակությունից և օրինական ներկայացուցչի՝ անչափահասի շահերից գործելուց: Արդյունքում, ստացիոնար հետազոտման և բուժման համար բավարար է միայն անչափահասի օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը:

Եվրոպայի խորհրդի նախարարների կոմիտեի թիվ Rec(2004)10 հանձնարարականի 29-րդ հոդվածի 2-րդ մասը սահմանում է, որ **անչափահասի հոսպիտալացման և բուժման վերաբերյալ (հարկադիր կամ ոչ հարկադիր) որոշում ընդունելիս պետք է հաշվի առնել անչափահասի կարծիքը, որը նրա փարիքից և հասունության աստիճանից կախված գնալով ավելի որոշիչ նշանակություն ունեցող գործոն է դիտվում¹⁸:**

Ուստի, անհրաժեշտ է վերանայել ներպետական օրենսդրությունը՝ ամրագրելով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս կարծիք հայտնելու և իրազեկված համաձայնություն տալու անչափահասի (ելնելով նրա տարիքից և հասունության աստիճանից) հնարավորությունը: Պետք

17 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806bf46f> կայքէջը, կետեր 133,134:

18 Տե՛ս [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/O8_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/O8_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf) կայքէջը:

է նկատի ունենալ, որ հարկադիր բուժման ենթարկել կարելի է միայն դատական համապատասխան ակտի հիման վրա:

Նույն խնդիրն է առկա նաև անգործունակ ճանաչված անձանց հարկադիր (ոչ հոժարակամ) բուժման պարագայում, որտեղ ևս բավարար է օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը և հարկադիր բուժման կապակցությամբ դատական ակտ չի պահանջվում:

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը *Շիրուկարտորոֆն ընդդեմ Ռուսաստանի* գործով վճռում արձանագրել է, որ *անգործունակ ճանաչված անձանց նկատմամբ բուժում պետք է սկսել միայն դատարանի համապատասխան որոշմամբ և սահմանել դատական վերահսկողություն բուժման ընթացքի նկատմամբ (տես նշված գործով 2008 թվականի մարտի 27-ի վճիռը, գանգապ թիվ 44009/05, կետեր 121-125):*

Հետևաբար, ներպետական օրենսդրությամբ անհրաժեշտ է նախատեսել անգործունակ ճանաչված անձի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման իրականացման կարգը՝ սահմանելով նախնական և հետագա դատական վերահսկողություն հարկադիր (ոչ հոժարակամ) բուժման նշանակման և դրա ընթացքի նկատմամբ:

Ոչ հոժարակամ բուժման խնդիրները չեն ավարտվում քաղաքացուն հոգեբուժական կազմակերպությունում հարկադիր բուժման ենթարկելու վերաբերյալ ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով նախատեսված վարույթ նախաձեռնելով, քանի որ վերջինս էլ, իր հերթին, ունի ինչպես գործնական, այնպես էլ օրենսդրական մի շարք թերություններ: Գործող պահանջների համաձայն՝ ոչ հոժարակամ բուժման անհրաժեշտության դեպքում անձի նկատմամբ այդպիսի բուժման վերաբերյալ դատական ակտը կարող է կայացվել տևական ժամանակ հետո:

Այսպես, «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 22-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ (...) *հոգեբուժական կազմակերպության տնօրենը հոգեկան խանգարումներով տառապող անձի կողմից բուժումից հրաժարվելու կամ բուժումը դադարեցնելու պահանջ ներկայացնելուց հետո՝ 72 ժամվա ընթացքում, դիմում է դատարան՝ Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 30-րդ գլխով սահմանված կարգով անձին հոգեբուժական հիվանդանոցային ոչ հոժարակամ (հարկադիր) բուժման ենթարկելու համար:*

ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 90-րդ հոդվածի համաձայն՝ դատավորը հայցադիմումը ստանալու օրվանից ետոյա ժամկետում հայցադիմումի ընդունումը չմերժելու կամ դիմումը չվերադարձնելու դեպքում կայացնում է դա ընդունելու մասին որոշում, իսկ նույն օրենսգրքի 176-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ քաղաքացու՝ *հոգեբուժական հիվանդանոցային հարկադիր բուժման վերաբերյալ դիմումը դատավորը քննում է գործը հարուցելու օրվանից հինգ օրվա*

ընթացքում:

Արդյունքում, անձը կարող է առանց դատական ակտի մինչև 11 օր հարկադիր պահվել հոգեբուժական կազմակերպությունում:

Մարդու իրավունքների պաշտպանին ներկայացված անհատական բողոքներով արձանագրվել են դեպքեր, երբ շտապ օգնության ծառայության միջոցով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձին հոգեբուժական ստացիոնար տեղափոխելուց հետո, առանց իր կամ օրինական ներկայացուցչի համաձայնության հոսպիտալացրել են միայն հոգեբուժական կազմակերպության հերթապահ հոգեբույժի որոշմամբ՝ առանց հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից հետազոտվելու (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում):

Հանձնաժողովային հետազոտության անհրաժեշտությունը «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 22-րդ հոդվածի՝ ոչ հոժարական (հարկադիր) հոսպիտալացման կարգի 1-ին մասի պահանջներից է, սակայն աշխատանքային ժամերից դուրս և հանգստյան օրերին հոգեբուժական հանձնաժողովային հետազոտություն հնարավոր չէ կազմակերպել, քանի որ հոգեբուժական կազմակերպություններում, որպես կանոն, հերթապահում է ընդամենը մեկ հոգեբույժ: Այսպես, նշված հոդվածի համաձայն՝ *հոգեկան խանգարումներով տառապող անձն առանց իր կամ օրինական ներկայացուցչի համաձայնության կարող է հոսպիտալացվել հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից պարտադիր հետազոտվելուց հետո:*

Միաժամանակ, ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի «Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 350-Ն որոշման 34-րդ կետի համաձայն՝ *ոչ հոժարական ընդունվածները 72 ժամվա ընթացքում հետազոտվում են հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից:* Այս երկու դրույթների համադրությունից բխում է, որ «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 22-րդ հոդվածը հոգեբուժական կազմակերպություն ընդունվելու համար պարտադիր է համարում հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից հետազոտվելը, իսկ Կառավարության վերոնշյալ որոշման 34-րդ կետի համաձայն՝ հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից հետազոտումն իրականացվում է ընդունվելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Ուստի, այս երկու ակտերի միջև անհամապատասխանությունը ևս ուղղման կարիք ունի:

Կառավարության որոշման նման կարգավորումը հակասում է առ այն, որ անձը կարող է հոսպիտալացվել միայն հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից պարտադիր հետազոտվելուց հետո:

Համապատասխան փաստաթղթերի ուսումնասիրությունները վեր են հանել դեպքեր, երբ հոգեբուժական հաստատություն ընդունված և ստացիոնար բուժմանն իր համաձայնությունը չտված հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող

անձի նկատմամբ **իրականացվել է բուժում՝ մինչև դատարանի կողմից հարկադիր բուժման ենթարկելու վերաբերյալ վճռի կայացումը** (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում): Անգամ, եթե բժշկի նշանակումները հանդիսացել են, օրինակ, դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդ, այդ մասին դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին մատյանում բացակայել են համապատասխան գրառումները և հիմնավորումները: Ավելին, կատարված դեղորայքային միջամտությունը չի կարող դիտարկվել որպես հանդարտեցման դեղորայքային մեթոդ, քանի որ նշանակված դեղամիջոցները ներառված չեն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանում՝ որպես դեղորայքային հանդարտեցման միջոց¹⁹:

Նույն խնդիրն է արձանագրվել նաև Լոռու մարզային հոգեոչխարդաբանական դիսպանսերում, երբ անձը հրաժարվել է ստացիոնարում բուժում ստանալուց, սակայն մինչև դատարանի կողմից վերջինիս նկատմամբ հարկադիր բուժման վերաբերյալ վճիռ կայացնելը նշանակվել և իրականացվել է դեղորայքային բուժում, այդ թվում՝ ներարկվել են վիտամիններ, որոնք չեն կարող դիտարկվել որպես դեղորայքային հանդարտեցման միջոց²⁰:

Նման պրակտիկան անընդունելի է այն հաշվառմամբ, որ ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 177-րդ հոդվածի համաձայն՝ քաղաքացուն հոգեբուժական հաստատությունում հարկադիր բուժման ենթարկելու համար հիմք է միայն հարկադիր բուժման վերաբերյալ դատարանի վճիռը:

Միաժամանակ, ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքը չի կարգավորում վճռի կայացումից հետո դրա նկատմամբ դատական վերահսկողության մեխանիզմ: Մասնավորապես՝ օրենքով ամրագրված չեն ինչպես հարկադիր բուժման ժամկետներ, այնպես էլ այդ ժամկետների երկարացման հարցի վերանայման ընթացակարգ:

Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցի 132-րդ կետում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ **չնայած իր նախկին զեկույցներում ներկայացված առաջարկություններին, «Հոգեբուժական օգնության մասին» օրենքում դեռևս բացակայում են ոչ հոժարակամ հոսպիտալացումը պարբերաբար վերանայելու մասին դրույթները: ԽԿԿ-ն կոչ է արել Հայաստանի իշխանություններին ամբողջականացնել «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքը՝ նախապես ներմուծելով, որ անձի ոչ հոժարակամ հոսպիտալացումը պետք է պարբերաբար վերանայվի առնվազն**

19 Սույն զեկույցի հիմաստով *դեղորայքային հանդարտեցման միջոցներ* են համարվում հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման կարգը հաստատելու վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանի՝ հանդարտեցման նպատակով ներարկվող դեղատեսակները:

20 Խնդիրն արձանագրվել է այցերի ընթացքում հիվանդության պատմագրերի և դատական փաստաթղթերի համեմատական վերլուծության արդյունքում:

յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ անգամ²¹:

Ուստի, անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով սահմանել հարկադիր բուժման ժամկետներ՝ նշելով դրա առավելագույն շեմը, և նախատեսել մինչև սահմանված ժամկետի ավարտը դատարանի կողմից հոգեբուժական հաստատությունում անձի ոչ հոժարակամ բուժումը շարունակելու հարցի ի պաշտոնե պարտադիր քննարկման պահանջ:

Վերոշարադրյալ խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է.

- ✓ քայլեր ձեռնարկել հոգեբուժական կազմակերպություն հոսպիտալացման և բուժման համաձայնություն տալու կամ չտալու իրավունքի, հետագայում համաձայնությունը վերանայելու, բուժումից հրաժարվելու, ինչպես նաև հոգեբուժական կազմակերպություն հոժարակամ ընդունված անձին իր կողմից այդ կազմակերպությունը լքելու հնարավորության վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկություններ տրամադրելու ուղղությամբ,
- ✓ ստանալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոսպիտալացման և բուժման վերաբերյալ իրազեկված համաձայնությունը, ավելին՝ ներկայացված մատչելի բացատրությունների հիման վրա անձն իր դիրքորոշումը պետք է արտահայտի այդ հարցերից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ,
- ✓ օրենքով ամրագրել հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս անչափահասի կողմից (ելնելով նրա տարիքից և հասունության աստիճանից) կարծիք հայտնելու և իրազեկված համաձայնություն տալու հնարավորությունը, իսկ հարկադիր բուժման ենթարկել միայն դատական ակտի հիման վրա,
- ✓ օրենքով նախատեսել անգործունակ ճանաչված անձի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման իրականացման կարգ՝ սահմանելով դատական վերահսկողություն բուժման նշանակման և դրա ընթացքի նկատմամբ,
- ✓ անձի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության բացակայության դեպքում բացառել հարկադիր հոսպիտալացումը՝ առանց հոգեբուժական հանձնաժողովի հետազոտության.
- ✓ բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի ոչ հոժարակամ (հարկադիր) բուժման բոլոր դեպքերը մինչև դատարանի կողմից վճռի կայացումը. ինչպես նշված է սույն զեկույցում հրատապ դեպքերում կարող է կիրառվել դեղորայքային հանդարտեցման միջոց.
- ✓ ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով սահմանել հարկադիր բուժման ժամկետներ՝ նշելով դրա առավելագույն շեմը և նախատեսել մինչև սահմանված ժամկետի ավարտը հոգեբուժական հաստատությունում անձի ոչ հոժարակամ բուժումը շարունակելու դատարանի կողմից ի պաշտոնե քննարկելու պահանջ:

21 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806bf46f> կայքէջը:

2.3. Զսպման միջոցներ

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք, պայմանավորված իրենց հոգեկան անկայուն վիճակով, կազմում են հասարակության հատուկ խումբ: Նրանց նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառման չափանիշները կարևոր երաշխիք են որևէ տեսակի վատ վերաբերմունք կամ նրանց իրավունքներին անհիմն միջամտություն թույլ չտալու համար: Դրանք էությանը հարկադրանքի միջոցներ են և պահանջում են հատուկ կարգավորումներ: ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանի համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող անձանց կողմից շրջապատին կամ իրենց ֆիզիկական վնաս պատճառելու իրական սպառնալիքի դեպքում կիրառվում են զսպման միջոցներ:

Որպես զսպման միջոցներ՝ ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված են ֆիզիկական զսպումը, դեղորայքային հանդարտեցումը և մեկուսացումը:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում ուսումնասիրություններ իրականացնելիս արձանագրվել են խնդիրներ՝ կապված զսպման միջոցների կիրառության և դրանց իրավական կարգավորման հետ:

2.3.1. Ֆիզիկական զսպում

Հոգեբուժական կազմակերպություններում կիրառվում են **մեխանիկական միջոցներ**՝ որպես ֆիզիկական զսպում: Դրանց սպառիչ ցանկը սահմանվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով²² հաստատված կարգի 6-րդ կետով, որը ներառում է *միայն կաշվե ամրակապերը, Պոզիի գոտիները և հատուկ հագուստները*:

Գործնականում արձանագրվել են դեպքեր, երբ հոգեբուժական կազմակերպությունում օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում, կամ այլ կազմակերպությունների որոշ բաժանմունքներում (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունքում, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում) **չի եղել նշված հրամանով նախատեսված ֆիզիկական զսպման որևէ մեխանիկական միջոց**:

Ուսումնասիրությունների ընթացքում պարզվել է, որ տարբեր հոգեբուժական կազմակերպություններում օգտագործվում են վերոնշյալ **հրամանով չնախատեսված մեխանիկական միջոցներ**: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում կիրառվում են **ռետինե լարաններ**²³, նույն հաստատությունում և Վար-

22 ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2010 թվականի մայիսի 3-ի թիվ 691-Ա հրամանը ուժը կորցրած ճանաչելու և հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց նկատմամբ ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների և հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 2636-Ա հրաման:

23 Բժշկագիտության մեջ դրանք անվանվում են էսմարիսի լարաններ:

դենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում՝ **սավանի կտորներ, ամուր գործվածքից (ոչ կաշվե) պատրաստված գոտիներ**, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում այդ նպատակով օգտագործվում են **սինթետիկ գործվածքից պատրաստված գոտիներ: Նշված միջոցների կիրառումը սահմանված չէ վերոնշյալ հրամանում, հետևաբար ապօրինի է: Իսկ առանձին դեպքերում էլ դրանց կիրառությունը կարող է վտանգել պացիենտի առողջությունը:** Հարկ է նշել, որ Էսմարիսի ռետինե լարանների (արյունահոսությունը կանգնեցնելու համար օգտագործվող ժգուտ) օգտագործումը՝ որպես մեխանիկական զսպման միջոց, անթույլատրելի է, քանի որ դրանց երկարատև կիրառությունը (Առողջապահության նախարարի վերոնշյալ հրամանի համաձայն՝ ֆիզիկական զսպումը կարող է միանվագ կիրառվել մինչև երկու ժամ) կարող է առաջացնել վերջույթներում արյան շրջանառության խանգարում՝ հյուսվածքների հետագա ախտահարմամբ:

Ուարի, պեպրե և բացառել օրենքով չնախատեսված ֆիզիկական միջոցների կիրառումը պացիենտների նկատմամբ: Դրա կիրառումն անօրինական է և պեպրե է առաջացնի խիստ պատասխանատվություն:

Բացի զսպան մեխանիկական միջոցների տեսակներից, **առանձին դեպքերում անթույլատրելի են նաև դրանց կիրառման մեխանիզմները:** Արձանագրվել են դեպքեր, երբ ֆիզիկական զսպման նպատակով կիրառվել են բարդ կառուցվածքով կաշվից գոտիներ (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված կարգի 7-րդ կետի համաձայն՝ *ֆիզիկական զսպման մեխանիկական միջոցները պեպրե է լինեն հեշտությամբ արձակվող և չպեպրե է ցավ պատճառեն պացիենտին:*

ԽԿԿ իրավաբանության համաձայն՝ *մեխանիկական զսպման նպատակով կարող են օգտագործվել միայն վնասակար ազդեցությունը սահմանափակող այնպիսի միջոցներ, որոնք նվազագույնի կհասցնեն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց շարունակվող ցավը կամ տառապանքը*²⁴: ԽԿԿ-ի գործունեության մասին 16-րդ ընդհանուր հաշվետվության 48-րդ կետի 3-րդ պարբերության համաձայն՝ *զսպման միջոցներ կիրառելիս հարկ է դա անել հմտորեն և խնամքով, որպեսզի սպառնալիքներ չսրբեղծվեն հիվանդի առողջության համար և նրան ցավ չպատճառեն: Չպեպրե է խախտվեն հիվանդի կենսական ֆունկցիաները, ինչպիսիք են շնչառությունը, խոսելու, ուրելու և խմելու կարողությունը*²⁵:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում **առկա չեն ֆիզիկական զսպման**

24 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16807001c3> կայքէջը. Հոգեբուժական հաստատություններում չափահասների համար զսպման միջոցների վերաբերյալ 2017 թվականի մարտի 21-ի ԽԿԿ-ի վերանայված չափանիշներ:

25 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680696a83> կայքէջը:

համար առանձնացված սենյակներ (Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ, 6-րդ բաժանմունքներ):

Մշտադիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ ֆիզիկական զսպում հիմնականում իրականացվում է հիվանդասենյակներում՝ **մյուս պացիենտների ներկայությամբ, որին երբեմն մասնակցում են նաև պահակային ծառայություն իրականացնող անվտանգության աշխատակիցներ** (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն): **Այսպիսի պրակտիկան անթույլատրելի է և հակասում է օրենսդրությանը:**

Մասնավորապես, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանի հավելվածի 11-րդ կետի համաձայն՝ *ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցները կամ հանդարտեցման մեթոդները չեն կարող կիրառվել այլ պացիենտների ներկայությամբ:*

Ավելին, Վրաստանի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2002 թվականի զեկույցի 166-րդ կետի համաձայն՝ *զսպման միջոցների կիրառումը հոգեբուժական կազմակերպության բուժանձնակազմի պարտականությունն է, իսկ անվտանգության աշխատակիցները զսպմանը կարող են մասնակցել միայն բացառիկ հանգամանքներում բուժանձնակազմի պահանջով և միայն բուժանձնակազմի կողմից տրված ցուցումների շրջանակներում*²⁶:

Հարկ է նշել, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի բաժանմունքներում պահակային ծառայություն իրականացնող անվտանգության աշխատակիցը կրում է հատուկ համազգեստ: Այս առնչությամբ Սերբիայի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2012 թվականի զեկույցի 124-րդ կետում տեղ է գտել մտահոգություն այն մասին, որ *հոգեբուժական կազմակերպության անվտանգության աշխատակիցները կրում են ռազմական հարուկ համազգեստ, պացիենտների մոտ առաջացնում է վախի մթնոլորտ, ինչի կապակցությամբ ԽԿԿ-ն նշել է, որ անհրաժեշտ է շտապ քայլեր ձեռնարկել նման պրակտիկան վերացնելու ուղղությամբ*²⁷:

Ավելին, հոգեբուժական կազմակերպություններում չափահասների նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառման վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2017 թվականի չափանիշների 1.7-րդ կետի համաձայն՝ *յուրաքանչյուր հոգեբուժական կազմակերպություն պետք է ունենա զսպման միջոցների կիրառման վերաբերյալ համապարփակ և մանրամասն ձևավորած քաղաքականություն: Նման քաղաքականությունը պետք է ուղղված լինի զսպման միջոցների կիրառումը հնարավորինս նվազեցնելուն, դրանց կիրառման դեպքում թույլատրելի զսպման միջոցների հստակեցմանը, դրանց կիրառման պայմանների, եղանակների, անհրաժեշտ վերահսկողության և զսպման միջոցի կիրառումը դադարեցնելու դեպքում ձեռնարկվող գործո-*

26 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680696085> կայքէջը:

27 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680697c4e> կայքէջը:

ղությունների կարգավորմանը: Քաղաքականությունը պետք է պարունակի նաև այլ կարևոր հարցերի վերաբերյալ կարգավորումներ, ինչպիսիք են՝ անձնակազմի վերապատրաստումը, արձանագրությունների վարումը, ներքին և արտաքին հաշվեքվողականության մեխանիզմների ձևավորումը և բողոքարկման ընթացակարգերի մշակումը²⁸:

Ուստի, անհրաժեշտ է խստիվ պահպանել օրենսդրությամբ սահմանված ֆիզիկական զսպման կիրառման չափանիշները, բացառել այլ պացիենտների ներկայությամբ դրանց կիրառումը, ինչպես նաև ոչ բժշկական անձնակազմի ոչ հիմնավոր միջամտությունը, նպատակային օգտագործել մեկուսացման սենյակները, իսկ անվտանգության աշխատակիցների ծառայությունը կազմակերպել բաժանմունքից դուրս:

ՀՀ առողջապահության նախարարի երկու հրամանով նախատեսվում են հոգեբուժական կազմակերպություններում կիրառվող ֆիզիկական զսպման միջոցի և դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին **մատյանների** վարման մեխանիզմներ:

Ընդ որում, հոգեբուժական կազմակերպություններում հիմնականում վարվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված «Ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցների կամ հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման» մատյաններ, սակայն որոշ դեպքերում դրանք ոչ պատշաճ են վարվում: Մի շարք դեպքերում վերը նշված մատյանը կարված և կնքված չէ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն), լրացվում է անփութորեն, ջնջումներով և բացթողումներով («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունք, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն): Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում վարվող «ֆիզիկական զսպման» մատյանը չի համապատասխանում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով²⁹ կամ 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված մատյանի պահանջներին: Այսպես, մատյանում ամրագրված չեն զսպման միջոցի կիրառման հիմնավորումները, դրանց արդյունավետության, պացիենտի կամ բուժանձնակազմի ստացած վնասվածքների վերաբերյալ տեղեկություններ և այլն:

Զսպման միջոցների ոչ պատշաճ արձանագրումը մտահոգություն է հարուցում նաև դրանց կիրառման սահմանված կարգի չպահպանման հետ կապված: Ինդերահարույց է զսպման միջոցների կարգավորումը Հայաստանի Հանրապետության

28 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16807001c3> կայքէջը:

29 ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի «Հայաստանի Հանրապետության հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խանգարումով տառապող անձանց նկատմամբ հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 1781-Ա հրաման:

տության առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով (այս մասին մանրամասն խոսվում է սույն զեկույցի 2.3.3-րդ ենթավերնագրում):

Այսպիսով, ֆիզիկական զսպման միջոցների կիրառմանն առնչվող խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ապահովել ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների և հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կարգի վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանի պահանջների կատարումը գործնականում.
- ✓ բացառել ֆիզիկական զսպման համար ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով չնախատեսված միջոցների և մեխանիզմների կիրառումը.
- ✓ նպատակային օգտագործել հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա մեկուսացման սենյակները.
- ✓ բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառումը հիվանդասենյակներում կամ դրա կիրառման համար չնախատեսված վայրերում՝ մյուս պացիենտների կամ խնամվողների ներկայությամբ.
- ✓ բացառել անվտանգության աշխատակիցների մասնակցությունը հոգեբուժական կազմակերպությունում պացիենտի բուժումը կամ խնամքը կազմակերպելիս.
- ✓ բացառել զսպման միջոցի կիրառմանն անվտանգության աշխատակիցների մասնակցությունը՝ առանց համապատասխան բժշկական ուղղորդման և վերապատրաստման.
- ✓ անվտանգության աշխատակիցների ծառայությունը կազմակերպել բաժանմունքից դուրս.
- ✓ բացառել հոգեբուժական կազմակերպությունում ծառայություն իրականացնելիս անվտանգության աշխատակիցների հատուկ համազգեստի կրումը:

2.3.2. Դեղորայքային հանդարտեցում

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ ֆիզիկական զսպման կիրառումը հիմնականում զուգակցվում է դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի օգտագործմամբ:

Դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի տեսակներն ու կիրառման կարգը սահմանված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով: Սակայն գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպու-

թյուններում աշխատակիցները (տեղեկացված են «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում) տեղեկացված չեն նշված հրամանի, դրանով սահմանված դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդների և դրանց կիրառման կարգի մասին: Այնուամենայնիվ, հաստատություններում կիրառվում է դեղորայքային հանդարտեցում, որն առանձին դեպքերում իրականացվում է՝ չպահպանելով Առողջապահության նախարարի վերը նշված հրամանի պահանջները:

Այսպես, դիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 1-ին բաժանմունքում, որպես դեղորայքային հանդարտեցման միջոց³⁰, օգտագործվում են «Լևոմեպրամազին» հաբեր, որոնք ընդգրկված չեն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով նախատեսված դեղորայքային հանդարտեցման միջոցների սպառիչ ցանկում:

Ուստի, անհրաժեշտ է բացառել վերը նշված հրամանով չնախատեսված դեղերի կիրառումը՝ որպես դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդ: Դա օրենսդրության կոպիտ խախտում է:

Հարկ է նշել, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում հիմնականում չեն վարվում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով հաստատված կարգին համապատասխան դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման մատյաններ:

Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ դեղորայքային հանդարտեցման պահանջվող մատյանն արդեն կազմված և դրված է գործածության մեջ, իսկ հոգեբուժական կազմակերպության անձնակազմը՝ իրազեկված:

«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման հաշվառման մատյանում արձանագրությունները բացակայում են այն պարագայում, երբ հիվանդության պատմագրերում առկա են պացիենտների նկատմամբ դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման մասին նշումներ:

2.3.3. Չսպման միջոցների օրենսդրական կարգավորման բացեր և թերություններ

2016 թվականի օգոստոսի 24-ից սկսած Հայաստանի հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ ֆիզիկական Չսպման միջոցների և դրանց կիրառման օրենսդրական կարգավորումները սահմանվել են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահու-

30 Տե՛ս 19-րդ հղումը:

թյան նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով: Նշված հրամանի հավելվածով հաստատվում է հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց նկատմամբ **Ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների և հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կարգը**:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով հաստատվել է հոգեկան խանգարումով տառապող անձանց նկատմամբ **հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման** կարգը:

Առողջապահության նախարարի նշված երկու հրամանների առնչությամբ անհրաժեշտ է առանձնացնել հետևյալ երկու օրենսդրական խնդիրները.

1. հրամաններում հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կապակցությամբ կրկնություն,
2. այդ իրավական ակտերի բնույթը:

Այսպես, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանը հաստատում է ինչպես ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների, այնպես էլ հանդարտեցման մեթոդների կարգը: 2017 թվականի մայիսի 30-ի հրամանը հաստատում է միայն հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կարգը, որը նախատեսված է նաև 2016 թվականի վերոնշյալ հրամանով:

Հետևաբար, հանդարտեցման մեթոդի հետ կապված միաժամանակ առկա է ՀՀ առողջապահության նախարարի երկու գործող հրաման:

Առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանի 14-րդ կետի համաձայն՝ ինչպես ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցների, այնպես էլ **հանդարտեցման մեթոդների** կիրառման, ինչպես նաև դադարեցման մասին որոշումը հիմնավորվում և արձանագրվում է հրամանի հավելվածով հաստատված մատյանում: Նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանի 11-րդ կետի համաձայն՝ դեղորայքային **հանդարտեցման մեթոդի** կիրառման, ինչպես նաև դադարեցման մասին որոշումը հիմնավորվում և արձանագրվում է այդ հրամանի հավելվածով հաստատված մատյանում:

Հետևաբար, Առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով նախատեսված մատյանը վարելու դեպքում դրա մեջ ներառվելու է նաև նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցների կամ հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման մատյանի **դեղորայքային հանդարտեցման** վերաբերյալ նույնաբովանդակ տեղեկությունը:

«Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 45-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ նույն մարմնի ընդունած նույն տեսակի նորմատիվ իրավական ակտերում, որպես կանոն, չպետք է կրկնվեն գործող իրավական ակտերում պարունակվող նորմատիվ դրույթները:

Այս վիճակը լրացուցիչ բարդություններ կարող է առաջացնել նաև հոգեբուժական կազմակերպությունների աշխատակիցների համար:

Ուստի, անհրաժեշտ է կատարել համապատասխան փոփոխություններ և վերացնել նույն առարկային վերաբերող երկու բովանդակային կրկնությունները:

Երկրորդ խնդիրն առնչվում է վերոնշյալ հրամանների տեսակներին: Դրանք երկուսն էլ անհատական իրավական ակտ են, քանի որ վերնագրերում նշված է «Ա» բնույթը:

Իրավական ակտերի բնույթը և դրանցից յուրաքանչյուրի էությունը սահմանվում է «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքով: Այդ օրենքի 2-րդ հոդվածի 2-րդ մասը տարբերակում է նորմատիվ, անհատական (ոչ նորմատիվ) և ներքին (լուրկալ) իրավական ակտեր: Նույն հոդվածի 3-րդ մասի համաձայն՝ *իրավական ակտը համարվում է նորմատիվ, եթե պարունակում է թեկուզ մեկ իրավական նորմ:* «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 4-րդ մասի համաձայն՝ *իրավական նորմն օրենքով սահմանված դեպքերում և նույն օրենքով սահմանված կարգով՝ Հայաստանի Հանրապետության ժողովրդի, Հայաստանի Հանրապետության պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների՝ իրենց լիազորությունների շրջանակում ընդունած վարքագծի կանոնն է, որն ունի ժամանակավոր կամ մշտական բնույթ, նախատեսված է մեկանգամյա կամ բազմակի կիրառման համար և պարտադիր է **անորոշ կամ որոշակի (բայց ոչ անհատական) անձանց համար:***

Ի տարբերություն նորմատիվ իրավական ակտի, *անհատական ակտ է «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասում նշված մարմինների՝ իրենց լիազորությունների շրջանակում ընդունած իրավական այն ակտը, որն ունի ժամանակավոր կամ մշտական բնույթ, նախատեսված է մեկանգամյա կամ բազմակի կիրառման համար, չի պարունակում իրավական նորմ և **սահմանում է վարքագծի կանոններ միայն դրանում ուղղակի անհատապես նշված (նախատեսված) ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձանց կամ պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների կամ պետական կամ համայնքային հիմնարկների համար:***

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա և 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանները վարքագծի կանոններ են սահմանում **անձանց անորոշ շրջանակի** համար և ակնհայտորեն կրում են **նորմատիվ բնույթ**, սակայն ընդունվել են՝ որպես անհատական իրավական ակտեր: Արդյունքում, չեն ապահովվել նորմատիվ իրավական ակտերի գրանցման և հրապարակման համար օրենքով նախատեսված ընթացակարգերը՝ դրանով իսկ սահմանափակելով նշված ակտերի հասանելիությունն, այդ թվում՝ այն անձանց համար, ում նկատմամբ դրանք կիրառվում են:

Հարցը հատկապես խնդրահարույց է այն առումով, որ խոսքը գնում է հարկադրանքի այնպիսի միջոցների մասին, որոնք կիրառվում են կարգավիճակով խոցելի, իսկ առանձին դեպքերում նաև անօգնական անձանց նկատմամբ: Հետևաբար, երաշխիքներն այստեղ պետք է շատ ավելի ամուր ու կայուն լինեն: Այս տեսանկյունից սկզբունքորեն անթույլատրելի է դրանք նախարարի և այն էլ ոչ թե նորմատիվ, այլ անհատական ակտով կարգավորելը:

Ավելին, 2015 թվականի փոփոխություններով ՀՀ սահմանադրության 75-րդ հոդվածի համաձայն՝ հիմնական իրավունքները և ազատությունները կարգավորելիս օրենքները սահմանում են այդ իրավունքների և ազատությունների արդյունավետ իրականացման համար անհրաժեշտ կազմակերպական կառուցակարգեր և ընթացակարգեր: Հետևաբար, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների այնպիսի սահմանափակումը, ինչպիսին զսպման միջոցների կիրառումն է, որևէ պարագայում չի կարող ամրագրվել ենթաօրենսդրական ակտի մակարդակով:

Ուստի, անհրաժեշտ է կատարել համապատասխան հրապապ օրենսդրական փոփոխություններ՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառումը և դրա իրականացման կարգը նախատեսելով բացառապես օրենքով:

2.3.4. Ֆիզիկական ուժի կիրառում

Ընդհանրապես, հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի կողմից շրջապատին կամ իրեն իսկ ֆիզիկական վնաս պատճառելու իրական սպառնալիքի ժամանակ, իրավական համապատասխան հիմքերի առկայության դեպքում, այդ անձի նկատմամբ կարող է կիրառվել **ֆիզիկական ուժ՝ նրան զսպելու կամ անշարժացնելու նպատակով:** Դա երբեմն կարող է նախորդել ֆիզիկական զսպման միջոցի կամ դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառմանը: Այն կարող է կիրառվել նաև, **ասենք, պացիենտին «անթույլատրելի» տարածքից հեռացնելու, այլ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց, այցելուների կամ բժշկական անձնակազմի անվտանգությունն ապահովելու, ֆիզիկական վնաս պատճառելու իրական վտանգը կանխելու նպատակով:**

ՀՀ օրենսդրությունը, սակայն, ֆիզիկական ուժի կիրառումը չի համարում **ֆիզիկական զսպման միջոց** և հետևաբար՝ նախատեսված չէ դրա կիրառման մեխանիզմ կամ կարգ: Գործնականում կարող են լինել, օրինակ, ֆիզիկական ուժի անհամաչափ կիրառման դեպքեր, այդ թվում՝ կախված այն իրականացնողների պատրաստվածության աստիճանից: Ուստի, այս հարցերը պետք է ստանան հստակ իրավական կարգավորում:

Ինչպես արձանագրել է ԽԿԿ-ն եվրոպական երկրների մեծ մասում, որպես զսպման միջոց, կարող է օգտագործվել նաև ֆիզիկական զսպումը, որը ներառում է ֆիզիկական ուժի կիրառմամբ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձին բժշկական անձնակազմի կողմից անշարժացնելը կամ պահելը:

Ըստ ԽԿԿ-ի՝ *որպես զսպման միջոց՝ ֆիզիկական ուժ կիրառելիս հոգեբուժական կազմակերպության բժշկական անձնակազմը պետք է անցնի ֆիզիկական ուժի տեխնիկայի կիրառման հարուկ վերապատրաստում, որով նվազագույնի կհասցվի պացիենտներին վնասելու ռիսկը: Դրանից բացի, պետք է արգելվեն պարանոցից բռնելը կամ այն միջոցների կիրառությունը, որոնք կխոչընդոտեն շնչառությանը կամ ցավ կպատճառեն պացիենտին*³¹:

Վերը շարադրվածի հիման վրա անհրաժեշտ է՝

- ✓ մշակել ֆիզիկական ուժի կիրառման մեթոդաբանություն և կարգ՝ հաշվի առնելով միջազգային փորձն ու չափանիշները.
- ✓ կազմակերպել բժշկական անձնակազմի համապատասխան վերապատրաստումներ:

2.4. Բժշկական անձնակազմ

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի ու բուժման պատշաճ և արդյունավետ կազմակերպման համար առանցքային նշանակություն ունի բժշկական և սպասարկող անձնակազմի քանակն ու մասնագիտական պատրաստվածության աստիճանը:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների հաստիքացուցակների ուսումնասիրմամբ պարզվել է, որ հոգեբուժական ստացիոնար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում բժշկական, վարչական և տեխնիկատնտեսական սպասարկում իրականացնող անձնակազմի հաստիքները մարզպետարանների ենթակայությամբ գործող կազմակերպություններում հաստատվում են մարզպետների, իսկ Առողջապահության նախարարության ենթակայությամբ գործող կազմակերպություններում՝ կազմակերպության տնօրենի կողմից, որը համաձայնեցվում է Առողջապահության նախարարի հետ:

Գոյություն չունի հաստիքների նախատեսումը և հաստատումը կարգավորող այնպիսի իրավական ակտ, որը համապարփակ կսահմաներ հոգեբույժների, բուժքույրերի, հսկիչ-սանիտարների, հոգեթերապևտների, հոգեբանների և սպասարկող անձնակազմի այլ աշխատակիցների աշխատանքի ծավալները՝ ըստ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համամասնության և աշխատանքի ծավալի:

Հարկ է նշել, որ տուն-ինտերնատներում հաշվառված խնամվողների հսկո-

31 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16807001c3> կայքէջը:

ղության և խնամքի համար միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի քանակը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման³² թիվ 2 հավելվածով:

Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում ապահովված է խնամվողների թվին համապատասխան միջին և կրտսեր բուժանձնակազմ:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա են գրեթե նույն ծավալի ծառայություններ, սակայն հաստիքների ընտրության գործում միատեսակ մոտեցում առկա չէ: Հաստիքների ընտրության հարցում կազմակերպությունները հիմնականում ուղղորդվում են՝ ելնելով ֆինանսական միջոցների հնարավորությունից կամ արդեն իսկ հաստատված հաստիքների տեսակներից և քանակներից: Բժշկական անձնակազմի ձևավորման հարցում ազդեցություն ունի նաև այն, թե որքանով են կոնկրետ մարզում կամ քաղաքում առկա որակավորված մասնագետներ (բժիշկ, հոգեբան և այլն):

Ակնհայտ է, որ տարբեր հոգեբուժական կազմակերպություններում պացիենտ-հոգեբույժ հարաբերակցությունը տարբեր է:

Որոշ կազմակերպություններում մատուցվում են հոգեբուժական այնպիսի ծառայություններ, որոնց համար հաստիքացուցակում հատուկ մասնագետներ նախատեսված չեն, սակայն նման ծառայությունները կարող են անհրաժեշտ լինել:

Օրինակ՝ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, որը սպասարկում է ամբողջ տարածաշրջանը, այդ թվում՝ 0-18 տարեկաններին, մանկական հոգեբույժի հաստիք նախատեսված չէ:

Նեղ մասնագետների՝ Մարդու իրավունքների պաշտպանի բարձրացրած հարցին անդրադարձել է Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը՝ նշելով, որ հոգեբուժական կազմակերպությունն ունի մանկական հոգեբույժի, կլինիկական հոգեբանի և սոցիալական աշխատակցի անհրաժեշտություն, որի վերաբերյալ առաջարկություններ են ներկայացվել իրավասու պետական մարմիններին:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում տարբեր է նաև միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի հարաբերակցությունը պացիենտների թվաքանակի հետ: Օրինակ՝ 10 հերթափոխային բուժքույր, 8 հերթափոխային սանիտար և 10 հերթափոխային մայրապետ՝ 70 մահճակալ (հոգեբուժական ստացիոնար օգնության համար նախատեսված) ունեցող Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, իսկ 108 մահճակալ ունեցող Արմաշի առողջության կենտրոնում 5 հերթափոխային բուժքույր, 10 հերթափոխային սանիտար և 5 հերթափոխային

32 ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի «ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությանը հանձնված խնամք և սպասարկում իրականացնող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների հաստիքային միավորների չափորոշիչները հաստատելու և ՀՀ կառավարության 2007 թվականի մայիսի 31-ի թիվ 730-Ն և թիվ 815-Ն որոշումներում փոփոխություններ կատարելու մասին» թիվ 1292-Ն որոշում:

մայրապետ, այն դեպքում, երբ նրանց կողմից մատուցվող ծառայությունները նույն են: Ավելին, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում մայրապետի հաստիք հոգեբուժական ստացիոնարում նախատեսված չէ, իսկ այդ աշխատանքային պարտավորությունը դրված է հերթապահ հսկիչ-սանիտարների վրա³³:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում արձանագրվել են թափուր հաստիքներ ինչպես տեխնիկատնտեսական սպասարկման, այնպես էլ բժշկական սպասարկման ոլորտներում (նյարդաբան, համաճարակաբան, թոքաբան, աշխատանքային թերապիայի հրահանգիչ, բուժքույր, սանիտար): Այս առնչությամբ խնդրահարույց է հոգեբույժի թափուր հաստիքների առկայությունը: Հոգեբույժի թափուր հաստիքներ առկա են «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում և Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում:

Նույնիսկ այն դեպքերում, երբ բժշկական անձնակազմի հաստիքները համարված են, միննույն է կարիք կա վերանայելու հոգեբույժների, միջին և կրտսեր բժշկական անձնակազմի հաստիքներին առնչվող կարգավորումները, քանի որ, բացի Երևան քաղաքում տեղակայված հոգեբուժական կազմակերպություններից, մարզային հոգեբուժական կազմակերպություններում գիշերային ժամերին հոգեբույժներ չեն հերթապահում, իսկ հերթապահություն իրականացնող միջին բուժանձնակազմը բավարար չէ:

Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (տնօրինության պնդմամբ՝ մահճակալային թվաքանակը 350 է) գիշերային հերթապահությանը ներգրավված է ընդամենը մեկ հոգեբույժ, իսկ ընդունարանում պացիենտների ընդունելության պատշաճ կազմակերպման համար բժշկի հաստիք նախատեսված չէ: Այսինքն՝ հիվանդանոց դիմողը պետք է սպասի ընդունարանում, մինչև կմոտենա տվյալ օրվա հերթապահ բժիշկը: Ավելին, երեկոյան ժամերին, երբ ամբողջ հաստատությունում հերթապահում է մեկ հոգեբույժ, աշխատանքային օրվա ավարտից և ընդունարանի փակվելուց հետո հաստատություն (Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն) դիմածների ընդունելությունը տեղի է ունենում այն բաժանմունքում, որտեղ այդ օրը հերթապահում է բժիշկը: Մարզային հոգեբուժական կազմակերպություններում ոչ աշխատանքային ժամերին հրատապ անհրաժեշտության դեպքում բժիշկը հրավիրվում է տնից:

Հակառակ այսպիսի վիճակի, ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման³⁴ հավելված 2-ի 33-րդ կետի կադրային հագեցվա-

33 Հոգեբուժական հաստատությունների բուժանձնակազմի վերաբերյալ վերոնշյալ տվյալները հիմնված են այցերի ընթացքում տրամադրված հաստիքացուցակների վերլուծության վրա:

34 ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի «Պոլիկլինիկաների (խառը, մեծահասակների և մանկական), առանձին մասնագիտացված կաբինետների, ընտանեկան բժշկի գրասենյակների, բժշկական ամբուլատորիաների, գյուղական առողջության կենտրոնների, բուժակ-մանկաբարձական կետերի, կանանց կոնսուլտացիաների և հիվանդանոցային (մասնագիտացված) բժշկական օգնության ու սպասարկման համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջներն ու պայմանները հաստատելու մասին» թիվ 1936-Ն որոշում:

ծության 1-ին ենթակետի համաձայն՝ ընդունարանի բժշկի հաստիքը պարտադիր պայման է:

Ինչ վերաբերվում է միջին և կրտսեր բուժանձնակազմին, ապա արձանագրվել են դեպքեր, երբ բաժանմունքում, որտեղ բուժում է ստանում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 60 անձ, հերթափոխային հերթապահություն է իրականացնում 1 բուժքույր և 2 սանիտար («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունք), 1 բուժքույր և 1 սանիտար 35-45 մահճակալներով բաժանմունքներում (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր և Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն), կամ 1 բուժքույր և 2 սանիտար (Լոռու մարզային հոգեՆյարդաբանական դիսպանսեր և «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Ակնհայտ է, որ ոչ միայն տարբեր են բուժանձնակազմի և պացիենտների հարաբերակցությունը, այլև տարբեր հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող նույն քանակի անձանց սպասարկում են տարբեր քանակի բուժանձնակազմեր:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների հատկապես այն բաժանմունքներում, որտեղ պահվում են հատուկ խնամքի կարիք ունեցող անձինք, միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի քանակը բավարար չէ:

Արձանագրվել են դեպքեր, երբ կանանց բաժանմունքներում հերթապահում են տղամարդ հսկիչ-սանիտարներ, ինչը որոշ դեպքերում կարող է դիտարկվել որպես արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունք: Այլ իրավիճակում, տղամարդկանց բաժանմունքներում ոչ բոլոր օրերին է ներգրավված տղամարդ սանիտար, որն իրական դժվարություններ կարող է առաջացնել բաժանմունքում պացիենտների անվտանգության ապահովման և զսպման միջոցների կիրառման դեպքերում:

Ավելին, չնայած նրան, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն սոցիալական կապերի պահպանման և հասարակություն վերաինտեգրման կարիք, կազմակերպություններում սոցիալական աշխատողներ և հոգեբանական ծառայություններ նախատեսված չեն (օրինակ՝ հոգեբանների հաստիք չկա Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում): Արդյունքում՝ թերի է կազմակերպվում պացիենտների սոցիալ-հոգեբանական աջակցությունը:

Ուստի, անհրաժեշտ է ամբողջական գնահատման ենթարկել հոգեբուժական կազմակերպությունների կարիքները, որի արդյունքները կօգնեն սահմանել պացիենտների և բժշկական կամ սպասարկող անձնակազմի օպտիմալ հարաբերակցություն, ինչպես նաև հստակեցնել յուրաքանչյուրի աշխատանքային ծավալը:

Այս հարցին անդրադարձ է կատարված նաև ԽԿԿ-ի 8-րդ ընդհանուր զեկույցում, որի 42-րդ կետի համաձայն՝ *կադրային ռեսուրսները պետք է համարժեք*

լինեն քանակի, կազմի (հոգեբույժ, թերապևտ, բուժքույր, հոգեբան, աշխատանքային թերապիա իրականացնող անձ, սոցիալական աշխատող և այլն), ինչպես նաև մասնագիտական փորձի և պատրաստվածության տեսակետից³⁵:

Ինչ վերաբերում է բժշկական անձնակազմի մասնագիտական վերապատրաստմանը, ապա ոչ բոլոր հոգեբուժական կազմակերպությունների բժշկական անձնակազմերի ներկայացուցիչներն են պարբերաբար մասնագիտական վերապատրաստումներ անցնում: Մինչդեռ, դրանք պետք է կրեն պարբերական բնույթ և վերաբերեն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բժշկական օգնության շրջանակներում պացիենտների խնամքի կազմակերպմանը, այդ թվում՝ միջազգային չափանիշներին: Վերապատրաստման առանձնահատուկ կարիք առկա է բուժանձնակազմի՝ պացիենտների հետ շփման արդյունավետ հաղորդակցական հմտությունների զարգացման և անձակենտրոն (պացիենտակենտրոն) մոտեցման կիրառման, ինչպես նաև բժշկական էթիկայի (դեոնթոլոգիայի) ժամանակակից սկզբունքներին իրազեկվելու և կիրառելու առումներով:

Ուսուցիչ, վերոշարադրյալ բոլոր խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ամբողջական գնահատման ենթարկել հոգեբուժական կազմակերպությունների բժշկական և տեխնիկատնտեսական սպասարկման անձնակազմի կարիքները.
- ✓ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբուժական օգնության, վերականգնողական բուժման և սոցիալական կապերի պահպանման և վերաինտեգրման համար նախատեսել անհրաժեշտ մասնագետների հաստիքներ.
- ✓ սահմանել պացիենտների և բժշկական կամ սպասարկող անձնակազմի օպտիմալ հարաբերակցություն, ինչպես նաև հստակեցնել յուրաքանչյուրի աշխատանքի ծավալն ու գործառույթները.
- ✓ մարզային հոգեբուժական կազմակերպություններում վերանայել հոգեբույժների հերթապահության անհրաժեշտությունը.
- ✓ հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդունարանների համար նախատեսել առնվազն մեկ հոգեբույժի հաստիք՝ համաձայն ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման հավելված 2-ի 33-րդ կետի կադրային հագեցվածության 1-ին ենթակետի.
- ✓ կազմակերպել քաղաքացիների շուրջօրյա և արդյունավետ ընդունելություն.
- ✓ համալրել հոգեբուժական կազմակերպությունների թափուր հաստիքները, ինչպես նաև աշխատանքներում ներգրավել անհրաժեշտ մասնագետներ և բավարար չափով անձնակազմ.

35 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680696a72> կայքէջը:

- ✓ վերանայել բժշկական անձնակազմի վերապատրաստման համապատասխան ծրագրերը, այդ թվում՝ դրանց տևողությունը, հաճախականությունը և բովանդակությունը՝ միջազգային պահանջներին համահունչ:

2.5. Դեղեր

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ դեղորայքային բուժման իրականացման առնչությամբ խիստ անթույլատրելի են, դեղերի պահման ռեժիմի և պայմանների խախտումները, ինչպես նաև այլ կազմակերպություններում ժամկետանց դեղերի առկայությունը:

Մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում ժամկետանց դեղեր են հայտնաբերվել «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (ընդունարան, 1-ին, 6-րդ, 7-րդ և 9-րդ բաժանմունքներ, ատամնաբուժական ծառայությունների մատուցման համար նախատեսված սենյակ), Լոռու մարզային հոգեոնկոլոգիայի կենտրոնում, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում: Դեղերից շատերը հայտնաբերվել են բաժանմունքների միջամտությունների սենյակների բիքսերում³⁶ և օգտագործվում են՝ որպես պացիենտների բուժման հիմնական դեղամիջոց կամ նախատեսված են առաջին օգնության տրամադրման համար:

Մասնավորապես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (ընդունարանի, կանանց, ինչպես նաև 7-րդ և 6-րդ բաժանմունքների միջամտությունների սենյակներում, ատամնաբուժական ծառայության համար նախատեսված սենյակում) Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի դեղատանը, Լոռու մարզային հոգեոնկոլոգիայի կենտրոնում, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի սենյակում հայտնաբերվել է ինչպես դեղատոմսով, այնպես էլ առանց դրա տրամադրվող ժամկետանց դեղեր:

Այս կապակցությամբ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի դեղագետը նշված խախտման համար ենթարկվել է նկատողություն ձևով կարգապահական տույժի:

Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն այցի արդյունքների վերաբերյալ գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպությունում հայտնաբերված ժամկետանց դեղորայքի առկայությունը պայմանավորված է եղել բուժքրոջ անփութությամբ, որի համար վերջինս ստացել է գրավոր նկատողություն:

³⁶ Վարակազերծման համար նախատեսված մետաղական արկղ, որը դիտարկված դեպքերում օգտագործվել է դեղերի պահման նպատակով:

Մշտադիտարկման ընթացքում հայտնաբերվել են նաև դեպքեր, երբ դեղերի դեղաթիթեղները կտրված են եղել այնպես, որ ժամկետն ամրագրող հատվածը բացակայել է («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ), որի պատճառով նույնիսկ բժշկական անձնակազմը չի կարողացել նշել դեղերի պիտանելիության ժամկետները:

Խնդրահարույց է նաև ժամկետանց դեղերի և բժշկական պարագաների խտանման ոչ պատշաճ կազմակերպումը, որը կարող է վտանգավոր լինել ոչ միայն հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց, այլև շրջակա միջավայրի համար: Օրինակ՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում չեն պահպանվում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թվականի մարտի 4-ի «Բժշկական թափոնների գործածությանը ներկայացվող հիգիենիկ և հակահամաճարակային պահանջներ» N 2.1.3-3 սանիտարական կանոնները և նորմերը հաստատելու մասին» թիվ 03-Ն հրամանով հաստատված դրույթները, և բժշկական թափոնները այրվում են տուն-ինտերնատի դիահերձարանի մոտակայքում³⁷, ինչն անթույլատրելի է:

Խնդիրներ են արձանագրվել՝ դեղերի գնման գործընթացի կազմակերպման հետ: Այսպես, այն իրականացվում է կենտրոնացված մրցութային սկզբունքով՝ նախնական կանխատեսված դեղատեսակներով և դեղաքանակներով: Երբ անհրաժեշտ դեղորայքն ավարտվում է կամ առաջանում է այնպիսի դեղերի անհրաժեշտություն, որը կանխավ հնարավոր չէր պլանավորել (օրինակ՝ հորմոնային պրեպարատներ, հակաբորբոքային քսուքներ և այլն), կազմակերպությունը չի կարողանում ժամանակին այն ձեռք բերել և կազմակերպել պացիենտների ու խնամվողների արդյունավետ բուժումը:

Հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում դիտարկման ընթացքում արձանագրվել է բժշկական պարագաների՝ բինտի, բամբակի կարիք («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի կանանց բաժանմունք): Արձանագրվել են դեպքեր, երբ հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի սոմատիկ հիվանդության բուժման համար անհրաժեշտ դեղեր գնել են հաստատության աշխատակիցները («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունք):

Առանձին կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող որոշ անձինք ազատ հնարավորություն ունեն հոգեբուժական կազմակերպությունից դուրս գտնվող դեղատներից տարբեր դեղեր ձեռք բերել, որոնք չեն վերահսկվում: Օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանցից մեկի մոտ առկա «Անալգին», «Ակտիվացված ածուխ» և ևս մեկ անհայտ ծագման դեղամիջոցի վերաբերյալ բաժանմունքի բուժանձնակազմը տեղեկացված չի եղել: Հաշվի առնելով այն, որ հո-

37 Այցի ընթացում նշված վայրում արձանագրվել է թափոնների այրված մոխրակույտ:

գեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են ունենալ նաև սուիցիդալ հակումներ՝ առանց պատշաճ հսկողության դեղորայքի ընդունումը կարող է անդառնալի հետևանքներ ունենալ առողջության համար կամ վտանգել նրանց կյանքը:

Նմանատիպ դեպքերը կանխելու նպատակով պետք է մշակել բաժանմունքներում պացիենտների սեփական միջոցներով ձեռք բերված դեղորայքի պատշաճ և անվտանգ պահման ու օգտագործման կանոններ, սահմանել անհրաժեշտ վերահսկողության մեխանիզմներ:

Մշտադիտարկման ընթացքում արձանագրվել են նաև դեղերի պահման ռեժիմի և պայմանների խախտման դեպքեր: Այսպես, Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ միջամտությունների սենյակի հեղուկ դեղերի համար նախատեսված արկղում, բացի վերը նշվածներից, առկա են եղել նաև այլ դեղերի դատարկ, ճմռթված տուփեր, ծխախոտի դատարկ տուփեր, այսինքն՝ արկղը նաև ծառայել է որպես ժամանակավոր աղբաման:

Բժշկական փաստաթղթերում առկա են նաև պացիենտներին անհրաժեշտ դեղերի տրամադրման պատշաճ արձանագրման խնդիրներ: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տղամարդկանց թիվ 5 բաժանմունքի «Բուժհաստատությունների բաժանմունքներում հերթապահ բուժքրոջ դեղերի և ԲՆԱ-ի քանակական հաշվառման» մատյանի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ դեղորայքի՝ «օրվա ընդհանուր ծախսի քանակը» սյունակում թվերը լրացված են մատիտով, որի դիմաց առկա է հերթապահ պատասխանատու բուժքրոջ գրիչով ստորագրությունը: Լրացված չի եղել նաև նշված մատյանի՝ մուտքագրվող դեղորայքի և մնացորդի քանակի սյունյակները: Կենտրոնի տղամարդկանց թիվ 5 բաժանմունքի վերոհիշյալ մատյանի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ դեղորայքի մուտքի սյունյակներն ընդհանրապես լրացված չեն, ինչի հետևանքով լրացված չի եղել նաև մատյանի՝ մնացորդի քանակի սյունյակը: Նշված մատյաններում գրառումները մատիտով և բացթողումներով կատարելը կարող է հանգեցնել չարաշահումների՝ հաշվի առնելով, որ մատյանում հաշվառված են հոգեմետ դեղամիջոցներ, որոնք ընդգրկված են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի թիվ 1129-Ն որոշմամբ³⁸ հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմում:

Վերը շարադրվածի հիման վրա անհրաժեշտ է՝

- ✓ սահմանել պատշաճ հսկողություն հոգեբուժական կազմակերպություններում ժամկետն անհայտ, ինչպես նաև ժամկետանց դեղերի շրջանառության, այդ թվում՝ դրանք օգտագործելու նկատմամբ, բացառելու համար ցանկացած նման պրակտիկա.

38 ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» թիվ 1129-Ն որոշում:

- ✓ ապահովել սոմատիկ հիվանդությունների բուժման համար անհրաժեշտ դեղերի առկայությունը.
- ✓ մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մոտ գտնվող դեղերի պահման կանոններ ու դրանց պահպանման նկատմամբ գործուն հսկողության մեխանիզմներ.
- ✓ մշակել հոգեբուժական կազմակերպություններում դեղերի և այլ անհրաժեշտ պարագաների ու սարքերի գնումների գործընթացի առավել արդյունավետ կազմակերպման ուղղված մեխանիզմներ.
- ✓ ապահովել հոգեբուժական կազմակերպություններում դեղերի պահման պատշաճ պայմաններ.
- ✓ հոգեբուժական կազմակերպություններում կազմակերպել ժամկետանց դեղերի և բժշկական պարագաների խոտանումը՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարության սահմանած չափանիշների:

2.6. Լաբորատոր և այլ հետազոտություններ

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում ուսումնասիրվել է նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ստացիոնար բուժման և խնամքի կազմակերպման ընթացքում լաբորատոր հետազոտությունների կազմակերպումը: Պարզվել է, որ հետազոտությունների նկատմամբ ցուցաբերվում է ոչ միատեսակ մոտեցում: Որոշ կազմակերպություններում կատարվում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մարմնի քաշի պարտադիր ամսական հսկողություն, իսկ լաբորատոր հետազոտություններն իրականացվում են՝ ըստ ցուցման: Հոգեբուժական մի շարք այլ կազմակերպություններում իրականացվում է պարտադիր ամսական կամ եռամսյակային լաբորատոր հսկողություն, իսկ քաշի հետազոտություն կատարվում է՝ ըստ անհրաժեշտության:

Միատեսակ չեն նաև լաբորատոր հետազոտությունների ծավալների պարտադիր կատարման պահանջները: Պրակտիկան վկայում է, որ հետազոտությունների ծավալները հոգեբուժական յուրաքանչյուր կազմակերպություն ինքն է հաստատում, որի պատճառով միասնական մոտեցումը բացակայում է:

Այսպես, ուսումնասիրության համաձայն՝ արյան և մեզի ընդհանուր քննություն տարբեր ժամանակահատվածներում իրականացնում են գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում, օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ 15 օրը մեկ անգամ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում՝ «Ազալեպտին» («Կլոզապին») տեսակի դեղորայք տրամադրելու դեպքում՝ ամիսը մեկ անգամ, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում՝ վեց ամիսը մեկ անգամ, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում՝ ամիսը մեկ անգամ, իսկ «Ազա-

լեպտին» տեսակի դեղորայք տրամադրելու դեպքում հետազոտվում է նաև արյան լեյկոֆորմուլան, Լոռու մարզային հոգեոնկոլոգիայի գիտահետազոտական կենտրոնում՝ 24 օր ստացիոնար բուժման ընթացքում 2 անգամ է ենթարկվում արյան ընդհանուր քննության, իսկ 36 օր բուժում ստանալու դեպքում՝ 3 անգամ, խնամքի պացիենտները՝ ամիսը մեկ անգամ, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում՝ երեք ամիսը մեկ անգամ: Լոռու մարզային հոգեոնկոլոգիայի գիտահետազոտական կենտրոնում, օրինակ, կատարվում են ոչլակրոսային հետազոտություններ, ինչպես նաև արյան և մեզի ընդհանուր քննություններ, կղանքի բակտերիոլոգիական քննություն և սիֆիլիսի սերոլոգիական հետազոտություն (RW):

Իրականացվող հետազոտությունների վերաբերյալ նշված տվյալները հիմնված են այցերի ընթացքում հաստատությունների աշխատակիցների պարզաբանումների և բժշկական փաստաթղթերի վրա:

Մշտադիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ Արմաշի առողջության կենտրոնում կազմակերպվում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կլինիկական-լաբորատոր հետազոտություններ՝ արյան և մեզի ընդհանուր քննություն, արյան մեջ շաքարի հետազոտություն, սակայն կենտրոնի ստացիոնարում առանձնացված չէ համապատասխան աշխատասենյակ, և հետազոտությունները կազմակերպվում են միջամտությունների կամ բժիշկների սենյակում:

Պետք է բացառել Արմաշի առողջության կենտրոնի ստացիոնարում լաբորատոր հետազոտությունների կազմակերպումը դրանց իրականացման համար չնախատեսված աշխատասենյակներում:

Արմաշի առողջության կենտրոն ընդունվելիս հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք նույնպես պարտադիր ենթարկվում են նշված լաբորատոր, ինչպես նաև թոքերի ֆլյուորոգրաֆիկ հետազոտությունների: Վերջինը կրկնվում է 6 ամիսը մեկ պարբերականությամբ՝ տուբերկուլյոզի կանխարգելման նպատակով:

Վերը նշվածն ավելի պատկերավոր ամփոփված է ստորև ներկայացված գծապատկերում:

Կազմակերպություն		Հետազոտության տեսակ								
		Արյան ընդ- քննություն.	Մեզի ընդ- քննություն	Արյան մեջ շաքարի քանակի որոշում	Արյան բիոքիմիա- կան քնն.	Սիֆիլիսի սերոլոգի- ական քնն. (MRP)	Սիֆիլիսի սերոլոգի- ական քնն. (RW)	Կղանքի բակ. քնն.	Ռենտգեն հետազոտություն	Ոջվակրության ստուգում
Արմաշի առողջության կենտրոն	ընդունվելիս	+	+	+					+	
	քրոնիկ պացիենտ- ներ	+ 15 օրը մեկ անգամ	+ 15 օրը մեկ անգամ						+ 6 ամիսը մեկ անգամ	
Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն	ընդունվելիս	+	+		+					
	քրոնիկ պացիենտ- ներ	ամիսը մեկ անգամ	ամիսը մեկ անգամ		+ ըստ ան- հրաժ.					
Սյունիքի մարզային նյարդահո- գեբուժական դիսպանսեր	ընդունվելիս	+	+	+	+					
	քրոնիկ պացիենտ- ներ	+ 6 ամիսը մեկ անգամ	+ 6 ամիսը մեկ անգամ							
«Նուբարա- շեն» հոգե- բուժական կենտրոն	ընդունվելիս	+	+	+		+				
	քրոնիկ պա- ցիենտներ	ամիսը մեկ անգամ	ամիսը մեկ անգամ							
Լոռու մար- զային հոգե- նյարդաբա- նական դիս- պանսեր	ընդունվելիս	+	+	+				+	+	+
	24 օրվա ընթացքում	+ երկու անգամ	+ երկու անգամ							
	36 օրվա ընթացքում	+ երեք անգամ	+ երեք անգամ							
	քրոնիկ պա- ցիենտներ	+ ամիսը մեկ անգամ	+ ամիսը մեկ անգամ							
Վարդենիսի նյարդահո- գեբանական տուն-ինտեր- նատ		+ 3 ամիսը մեկ անգամ	+ 3 ամիսը մեկ անգամ	+					+ վերջին 3 տարում՝ 2 անգամ	

Վերը շարադրվածը վկայում է, որ պետք է մշակել հիվանդությունների վարման ուղեցույցներ, որը կներառի նաև լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները:

Հարցի քննարկման համար կարևոր է նաև Հայաստանի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2016 թվականի զեկույցի 124-րդ կետում ամրագրված մտահոգությունը, որի համաձայն՝ «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց «Կլոզապին» տեսակի դեղ նշանակելիս պարբերական արյան քննություն կատարելու պաշտոնական հրահանգներ չեն տրվել: «Կլոզապինը», որպես կողմնակի ազդեցություն, կարող է հանգեցնել արյան սպիտակ բջիջների հնարավոր մահացու պակասին (գրանուլոցիտոպենիա): Այսպես, արյան քննությունները պետք է պարտադիր կրեն պարբերական բնույթ³⁹:

Ելնելով վերոգրյալից՝ անհրաժեշտ է հոգեբուժական բոլոր կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետազոտություններն իրականացնելու նկատմամբ միասնական մոտեցում ցուցաբերելու նպատակով սահմանել համապատասխան չափորոշիչներ և ուղեցույցներ:

2.7. Հիվանդության պատմագրերի վարում

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժման, դրա ընթացքի և արդյունավետության, ինչպես նաև այդ անձանց իրավունքների սահմանափակման հիմքերի վերաբերյալ տեղեկություններն արձանագրվում են հիվանդության պատմագրերում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հիվանդության պատմագրերը լրացնելու միասնական մոտեցում գոյություն չունի: Օրինակ՝ պացիենտների նկատմամբ դինամիկ հսկողությունն իրականացվում է, ըստ հիվանդության պատմագրերի համապատասխան լրացումների, 10 օրը մեկ անգամ (Լոռու մարզային հոգեոնյարդաբանական դիսպանսեր, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր) կամ, եթե անձն ունի սուր հոգեբուժական ախտորոշում, ամիսը 2 անգամ (Արմաշի առողջության կենտրոն) և ամիսը մեկ անգամ՝ քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում: Խնամքի նպատակով հոգեբուժական կազմակերպություններում գտնվող անձանց հիվանդության պատմագրերը լրացվում են 2 ամիսը մեկ անգամ:

Արձանագրվել են հիվանդության պատմագրերի ոչ պատշաճ վարման դեպքեր: Ասենք, պատմագրերը լրացված չեն եղել 1-2 ամսվա կտրվածքով («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն) կամ լրացված են եղել բացթողումներով (Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ պացիենտի առաջնային զննությունը, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում՝ նշանակված դեղորայքային բուժման վերաբերյալ գրառումները): Այլ օրինակում, հաստատությունից անձի դուրսգրման դեպքում անգամ նրա վերաբերյալ պատմագիրը տևական ժամանակ չի լրացվել, կամ անձի նկատմամբ կիրառվել է ֆիզիկական զսպման միջոց,

39 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806bf46f> կայքէջը:

սակայն այդ մասին որևէ գրառում, այդ թվում՝ դրա կիրառման հիմնավորում, հիվանդության պատմագրում չի հայտնաբերվել (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն): Վերը նշված ժամանակացույցից զատ հիվանդության պատմագրերում գրառումներ կատարվում են, երբ անհրաժեշտ է լինում փոխել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձին նշանակված դեղորայքը:

Նման իրավիճակն առաջացնում է դժվարություններ անձի պատշաճ բուժումը կամ իրավունքների սահմանափակման հիմնավորումները գնահատելու հարցում, ինչպես նաև մտահոգիչ է պացիենտների արդյունավետ բուժման և նրանց իրավունքների ապահովման տեսանկյունից:

Դրա հետ մեկտեղ, հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տևական ժամանակ պահելու դեպքերում հիվանդության պատմագրերի էջերը սովորաբար չեն բավարարում, ինչի արդյունքում պատմագրերում ավելացվում են լրացուցիչ էջեր, սակայն այս հարցում ևս միասնական կանոններ կամ պրակտիկա առկա չէ:

Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի կանոնադրության համաձայն՝ **տուն-ինտերնատը կազմակերպում է խնամվող անձանց առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրումը, հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն ուղեգրումը:** ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման⁴⁰ հավելված 2-ի 8-րդ գլխով սահմանվում է, որ հատուկ տիպի (մասնագիտացված) հաստատություններում պետք է տրամադրվի **առաջնային բժշկական օգնություն և սպասարկում:** Ստացիոնար բժշկական օգնություն ստանալու նպատակով, համաձայն վերը նշված որոշման, տուն-ինտերնատում խնամվողներն ուղեգրվում կամ ուղղորդվում են այլ բժշկական հաստատություններ, սակայն այդ հաստատությունում յուրաքանչյուր խնամվողի համար ընդունման օրվանից վարվում է **ստացիոնար հիվանդի բժշկական քարտ և տրամադրվում է ստացիոնար բուժում:** Ավելին, տուն-ինտերնատի ընդհանուր բաժանմունքներում պահվում են ստացիոնար բուժում ստացող պացիենտներ: Որևէ իրավական ակտով սահմանված չեն տուն-ինտերնատներում բժշկական փաստաթղթերի ձևերը և դրանց վարման կարգը:

Հաշվի առնելով վերոգրյալը՝ անհրաժեշտ է ապահովել հիվանդության պատմագրերի պատշաճ վարումը և սահմանել դրանց վարման միասնական չափանիշներ:

40 ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի «Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությանը հանձնված խնամք և սպասարկում իրականացնող պետական ոչ առեվտրային կազմակերպությունների հաստիքային միավորների չափորոշիչները հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2007 թվականի մայիսի 31-ի N 730-Ն և N 815-Ն որոշումներում փոփոխություններ կատարելու մասին» թիվ 1292-Ն որոշում:

2.8. Շտապ օգնության ծառայություն և դիսպանսեր հսկողություն

Հոգեբուժական օգնության տրամադրումը ներառում է նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում ստացիոնար հոգեբուժական կազմակերպություն տեղափոխելը:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 18-ի թիվ 49-Ն հրամանով⁴¹ հաստատված չափորոշիչի 13-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեկան խանգարումներով տրանսպորտը հիվանդները հոսպիտալացվում են անհետաձգելի հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում՝ շտապ բժշկական օգնության ծառայության հոգեբուժական բրիգադների ուղեգրով կամ հիվանդանոցային օգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպության ընդունարանի (հերթապահ) բժշկի եզրակացությամբ:*

Հայաստանի Հանրապետությունում միայն Երևան քաղաքի շտապ օգնության ծառայությունում է գործում հոգեբուժական բրիգադ⁴² և միայն Երևան քաղաքում տեղակայված հոգեբուժական կազմակերպություններում են հերթապահություն իրականացնում հոգեբույժներ: Մարզերի բնակիչների շրջանում անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում՝ շտապ բժշկական օգնության ծառայությունում հոգեբուժական բրիգադներ կամ հոգեբույժներ չկան, ինչի վերաբերյալ իրենց մտահոգությունն են հայտնել նաև հոգեբուժական կազմակերպությունների տնօրինությունները: Ավելին, բժիշկների հերթապահության գրաֆիկների ուսումնասիրության համաձայն՝ հերթապահ հոգեբույժներ չեն ընդգրկվում հոգեբուժական կազմակերպություններում ոչ աշխատանքային օրերին և ժամերին՝ հերթապահություն իրականացնող բժշկական անձնակազմի կազմում:

Ակնհայտ է, որ անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում առաջանում են դժվարություններ:

Ուստի, անհրաժեշտ է բնակչության ողջ շրջանում անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում անձին հոգեբուժական կազմակերպություններ տեղափոխելու և պատշաճ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու մեխանիզմներ:

41 ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 18-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հոգեբուժական օգնության կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» թիվ 49-Ն հրաման:

42 ՀՀ կառավարություն 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի «Երևան քաղաքի առողջապահական հաստատությունների օպտիմալացման ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1939-Ն որոշման հավելված 1-ի 2.2.4-րդ կետ:

ՀՀ կառավարություն 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի «Երևան քաղաքի առողջապահական հաստատությունների օպտիմալացման ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1939-Ն որոշման 4.2.2.1-րդ կետի համաձայն՝ պետական պատվերի շրջանակներում ամբուլատոր հոգեբուժական օգնություն Երևանում իրականացնում է «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնը, սակայն, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու առանձնահատկություններով (շատերը չեն ցանկանում կամ չեն կարողանում հետևել նշանակված բուժման ռեժիմին, ժամանակին ստանալ անհրաժեշտ հոգեմետ դեղորայքը), ինչպես նաև սոցիալական վիճակով պայմանավորված՝ չեն կարողանում օգտվել իրենց բնակության վայրից հեռու տեղակայված հաստատությունից:

Նրանք չեն կարողանում նաև ազատորեն դիմել իրենց տեղամասային հոգեբույժին, քանի որ տնայցը, կազմակերպության կողմից սահմանված ծառայությունների ցանկի համաձայն, վճարովի է: Ուստի, մտահոգիչ է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պատշաճ դիսպանսեր հսկողության կազմակերպման գործընթացը:

2.9. Սկրինինգային հետազոտություններ և բժշկական այլ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն

2015 թվականի հունվարի 1-ից Հայաստանի Հանրապետության տարածքում մեկնարկված՝ Համաշխարհային բանկի կողմից ֆինանսավորվող սկրինինգային ծրագրի շրջանակում սկրինինգային հետազոտություններ են իրականացվել արգանդի վզիկի քաղցկեղի, հիպերտոնիայի և շաքարային դիաբետի հայտնաբերման ու կանխարգելման նպատակով:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում և տուն-ինտերնատում երկարատև (մինչև 15 և ավելի տարի) բուժում և խնամք են ստանում տարբեր տարիքային խմբերի անձինք, ում նկատմամբ սկրինինգային հետազոտություններ չեն իրականացվում՝ ըստ այդ հաստատությունների տնօրինությունների տրամադրած տվյալների:

Ուստի, հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող անձանց ևս պետք է ընդգրկել երկրում իրականացվող սկրինինգային հետազոտությունների ծրագրերում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող անձինք սոմատիկ ախտանիշների դեպքում, ըստ անհրաժեշտության, կարող են օգտվել այլ մասնագետների ծառայություններից: Այդ կազմակերպություններում առկա են թերապևտներ, կլինիկական լաբորատորիաներ, երբեմն՝ ատամնաբուժական ծառայություններ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Վարդենիսի նյարդահո-

գեբանական տուն-ինտերնատ): Այլ բժիշկ մասնագետների ծառայություններից օգտվելու կամ այլ ծավալով լաբորատոր-գործիքային հետազոտության ենթարկվելու նպատակով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք պետք է տեղափոխվեն տարածքային կամ մասնագիտացված բժշկական կենտրոններ կամ պետք է հրավիրվեն բժիշկ-մասնագետներ՝ անհրաժեշտ խորհրդատվություն ստանալու նպատակով:

Սակայն գործնականում այլ բժիշկ-մասնագետների ծառայություններից օգտվելու և լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները կազմակերպելու հարցում առաջանում են խնդիրներ:

Ուսումնասիրության արդյունքում, մասնավորապես, արձանագրվել է, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացողների մեծ մասն ունի ատամնաբուժական և ատամների պրոթեզավորման խնդիր, որի լուծման ուղղությամբ բավարար քայլեր չեն ձեռնարկվում:

ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» թիվ 318-Ն որոշման հավելված 1-ի 20-րդ կետի համաձայն՝ *ծերանոցներում խնամվող անձինք օգտվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքից, իսկ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 11-ի թիվ 45-Ն հրամանի⁴³ հավելված 1-ի 10-րդ կետի 3-րդ ենթակետի համաձայն՝ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը, (...) ընդգրկում է՝ օրթոպեդիկ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնությունը և սպասարկումը՝ ներառելով նոր արամնապրոթեզների պատրաստումը և արամնապրոթեզի վերանորոգումը՝ ըստ բժշկական ցուցումների, առանց դեպքերի թվի սահմանափակման:*

Արձանագրվել են դժվարություններ՝ կապված հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց քաղաքացիական մասնագիտացված բուժհաստատություններ տեղափոխելու և այնտեղ նրանց բուժումը կազմակերպելու հետ: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի դատահոգեբուժական փորձաքննությունների բաժանմունքում առաջանում են դժվարություններ՝ կապված անձանց՝ ըստ անհրաժեշտության, այլ բժշկական կենտրոններում նեղ մասնագետների ծառայություններից օգտվելու հետ: Դա հատկապես զգացվում է երեկոյան ժա-

43 ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 11-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բնակչությանը ցուցաբերվող ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը, «Երեխաների ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում համապատասխան տարիքային խմբի երեխաների ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը և պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում անվճար ստոմատոլոգիական խորհրդատվության և/կամ բուժման ուղեգրի ձևը հաստատելու մասին» թիվ 45-Ն հրաման:

մերին նրանց տեղափոխման կազմակերպման ժամանակ: Նշված անձանց տեղափոխումն իրականացնում է ՀՀ ոստիկանության մասնագիտացված ուղեկցող ստորաբաժանումը՝ համապատասխան հայտի հիման վրա: Սակայն շտապ դեպքերում նույն կենտրոնի աշխատակիցների համար գործնականում հնարավոր չէ ստանալ գրավոր թույլտվություն, որը հիմք կհանդիսանա անձին դատահոգեբու-ժական փորձաքննությունների բաժանմունքից դուրս բերելու համար, ինչի պատճառով պատշաճ բժշկական օգնություն կարող է չցուցաբերվել կամ այն կարող է ձգձգվել՝ առաջացնելով ծանր հետևանքներ:

Ուստի, անհրաժեշտ է այլ բժշկական կենտրոններում նեղ մասնագետների ծառայություններից հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց օգտվելը կազմակերպել պատշաճ և ժամանակին՝ հստակ կանոնակարգված մեխանիզմով:

Որոշ հոգեբուժական հաստություններ (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբու-ժական դիսպանսեր, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Լոռու մարզային հոգեբնյարդաբանական դիսպանսեր) պայմանագրեր են կնքել տարածքային բժշկական կենտրոնների ամբուլատոր ծառայությունների հետ, և իրենց պացիենտներն անհրաժեշտ բժշկական մասնագիտական խորհրդատվությունները ստանում են այնտեղ: Սակայն ոչ բոլոր կազմակերպություններն ունեն նման հնարավորություններ, և բժշկական մասնագիտացված օգնություն ցուցաբերվում է ծայրահեղ դեպքերում:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց այլ բժշկական հաստատություն տեղափոխելու համար առկա չեն համապատասխան տրանսպորտային միջոցներ. օրինակ՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի տնօրինությունը հատուկ շեշտադրել է այս խնդիրը: Ավելին, թեև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն հատուկ խնամքի կարիք և, գտնվելով քաղաքացիական բուժհաստատությունում, կարող են անհանգստություն պատճառել այնտեղ բուժում ստացող մյուս պացիենտներին, հոսպիտալացվում են ծայրահեղ դեպքերում, կամ առաջարկվում է օգտվել առանձին հիվանդասենյակներից՝ վճարովի հիմունքներով:

Նման խնդիրներից խուսափելու նպատակով անհրաժեշտ է մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց այլ բժշկական և մասնագիտացված հաստատությունում հեղափոխման կամ բուժման պատշաճ կազմակերպման մեխանիզմներ՝ հնարավորության սահմաններում և ըստ անհրաժեշտության հարկացնել առանձին հիվանդասենյակներ՝ անվճար հիմունքներով:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար մասնագիտացված տուբերկուլյոզային բաժանմունք առանձնացված է միայն Աբովյանի «Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ում: Այնուամենայնիվ, հոգեբու-ժական կազմակերպություններում տուբերկուլյոզի կանխարգելման ուղղությամբ

հստակ սահմանված կարգով և պարբերականությամբ հետազոտություններ չեն իրականացվում, նույնիսկ տուբերկուլյոզ հայտնաբերելու դեպքերում:

Այսպես, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի տրամադրված տեղեկության համաձայն՝ վերջին ֆյուտրոգրաֆիկ հետազոտությունը կազմակերպվել է 2015 թվականին, որին, սակայն, առողջական խնդիրների պատճառով (անկողնային հիվանդներ) 52 խնամվող չի մասնակցել, չնայած, որ հոգեբուժական կազմակերպությունում նշված ժամանակահատվածում հայտնաբերվել են տուբերկուլյոզի դեպքեր:

Փաստորեն, տուն-ինտերնատում խնամվողները վարակի վտանգի առկայության պարագայում տևական ժամանակ չեն ենթարկվել տուբերկուլյոզի կանխարգելիչ հետազոտությունների:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թվականի հոկտեմբերի 20-ի թիվ 21-Ն հրամանով հաստատված «Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլյոզի համաճարակաբանական հսկողության N 3.1.1-010-08 սանիտարահամաճարակային կանոններ և հիգիենիկ նորմեր» հավելվածով նախատեսված միջոցառումները պատշաճ չեն կազմակերպվում, թեև տուբերկուլյոզի վարակի տարածման տեսակետից դիսկի խմբեր են համարվում ձերանոցների, մանկատների և սոցիալական օգնության կազմակերպությունների բնակիչները, ովքեր չունեն որոշակի բնակության վայր և զբաղմունք (տե՛ս հրամանի հավելվածի 10-րդ կետի 14-րդ ենթակետ): Նշված հավելվածի 61-րդ կետի համաձայն՝ *հիվանդ անձանց հետ շփված անձանց հետազոտությունները կազմակերպվում են հիվանդի ախտորոշումը հաստատելուց հետո 7 օրվա ընթացքում:*

Ստացվում է՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի վերոնշյալ հրամանի պահանջները չեն պահպանվում:

Ուսումնասիրված հոգեբուժական կազմակերպություններում գինեկոլոգիական ծառայություններ նախատեսված չեն, և այնտեղ տևական ժամանակով բուժում և խնամք ստացող անձինք զրկված են գինեկոլոգիական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունից: Ավելին, առանձնազրույցների արդյունքում պարզվել է, որ, օրինակ, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում խնամվող կանանցից ոմանց մոտ ոչ ցանկալի հղիությունները կանխելու նպատակով դեռևս 1990-ական թվականներին տեղադրվել են հակաբեղմնավորիչ պարույրներ, սակայն տարիներ շարունակ գինեկոլոգիական հետազոտության կանայք չեն ենթարկվել:

Ոլորտն ունի նաև օրենսդրական լրացուցիչ կարգավորման անհրաժեշտություն: Այսպես, ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման հավելված 1-ի 20-րդ կետի 2-րդ ենթակետի համաձայն՝ *«ընդհանուր փոսի փուն-ինփերնատում բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրումը նախատեսում է խնամվողների պարբերական բժշկական զննություն»* համա-

ծայն սահմանված կարգի և պարբերականության»: **Սակայն նշված որոշումը չի սահմանում ինչպես բժշկական զննության հստակ մեխանիզմներ, այնպես էլ դրանց իրականացման հաճախականություն:**

Ամփոփելով վերոշարադրյալը՝ անհրաժեշտ է՝

- ✓ կազմակերպել հարկ եղած դեպքերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հարմարեցված տրանսպորտային միջոցով քաղաքացիական բուժհաստատություն տեղափոխումը.
- ✓ իրականացնել տուն-ինտերնատի խնամվողների շրջանում տուբերկուլյոզի հայտնաբերման դեպքերում սահմանված կարգով տուբերկուլյոզային վարակի տարածման կանխարգելման և նման դեպքերի վաղաժամ հայտնաբերման համապատասխան հետազոտություններ.
- ✓ բժշկական ցուցման դեպքում կազմակերպել տուն-ինտերնատներում պահվող խնամվողների անհրաժեշտ ատամնաբուժական պրոթեզավորումը.
- ✓ սահմանել ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման հավելված 2-ի 20-րդ կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված հատուկ տիպի տուն-ինտերնատում առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում խնամվողների պարբերական բժշկական զննության կարգ և հաճախականություն.
- ✓ մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց այլ բժշկական և մասնագիտացված հաստատություններում պարբերաբար հետազոտման և ըստ անհրաժեշտության բուժման պատշաճ կազմակերպման մեխանիզմներ՝ հնարավորության սահմաններում անվճար հատկացնել առանձին հիվանդասենյակներ:

2.10. Ոչ դեղորայքային բուժում և հոգեբանական օգնություն

Սույն զեկույցի նախապատրաստման շրջանակներում կատարված ուսումնասիրությունները վկայում են, որ մի շարք հոգեբուժական կազմակերպություններում, բացի դեղորայքային բուժումից, այլընտրանքային բուժման մեթոդներ չեն կիրառվում (Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն»): Որոշ հոգեբուժական կազմակերպություններում, որտեղ իրականացվում է այլընտրանքային բուժում, այն հասանելի է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր անձանց: Մասնավորապես՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում առկա արտթերապիայի և ավագաթերապիայի ծառայությունները հասանելի չեն ստացիոնար բուժման մեջ գտնվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց: Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում օժանդակ թերապիայից (մար-

զահեծանիվ և արհեստանոց) օգտվում են հիմնականում հոգեկան առողջության խնդիրներ սահմանափակ թվով անձինք:

Դրա հետ մեկտեղ, ողջունելի է, որ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում պացիենտները վարում են նաև բանջարաբուստանային տնտեսություն, ինչպես նաև զբաղվում են խաղողագործությամբ և մեղվաբուծությամբ:

Լոռու մարզային հոգեոնկրոնական դիսպանսերում, բացի դեղորայքային բուժումից, որպես այլընտրանքային բուժման մեթոդ՝ կիրառվում է դերձակությունը: Դրա ապահովման համար կազմակերպությունում առկա է կարի արտադրամաս, սակայն աշխատանքներին ներգրավված են միայն դիսպանսեր հսկողության մեջ գտնվողները:

Սակայն գործունեության այս տեսակների մեջ պացիենտները չպետք է ներգրավվեն ուղղակի «աչքաչափով», դրանք պետք է կիրառվեն ծրագրված և դեղորայքային բուժման հետ համակցված՝ որպես պրոտոկոլային բուժական միջոցներ: Նման միջոցների կիրառման համար պետք է ձևավորել կլինիկոնեն հիմնվավորված բուժական ռազմավարություն (պացիետների զր խմբի համար, հիվանդության զր փուլում, ինչ հաճախականությամբ և տևողությամբ, զր գործունեության տեսակը և այլն):

Ամեն դեպքում, Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն նշել է, որ *հոգեբուժական կազմակերպությունները գրեթե ամբողջությամբ հիմնված են ֆարմակոթերապիայի և հիվանդությունների տարածումը զսպելու վրա (...)*⁴⁴:

Այլընտրանքային բուժման մեթոդներ չկիրառելը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբուժական օգնության և վերաինտեգրման վրա:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վերականգնման և սոցիալական ինտեգրման տեսանկյունից առանձնահատուկ դեր է խաղում հոգեբանական աշխատանքների ճիշտ և արդյունավետ կազմակերպումն ու տրամադրումը: Համաձայն Հոգեկան առողջության ոլորտում գործողությունների պլանի Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության թարմացված ուղեցույցի՝ հոգեկան խանգարումների ճնշող մեծամասնության համար արվող առաջարկությունները պարունակում են հոգեբանական (կոգնիտիվ-վարքային թերապիա, միջանձնային հոգեթերապիա, մոտիվացիայի բարձրացման թերապիա և այլն) և հոգեսոցիալական (զույգի և ընտանեկան թերապիա, կյանքի հմտությունների թրեյնինգ, հաղորդակցական թրեյնինգ և այլն) միջամտության հստակ ցուցումներ⁴⁵: Ընդ որում, վերոնշյալ աջակցության եղանակները հանդիսանում են պացիենտի ամբողջական բուժական և վերականգնողական ծրագրի անքակտելի

44 Տես <https://rm.coe.int/16806bf46f> կայքէջը, կետ 124:

45 Տես http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1 կայքէջը:

և ինտեգրված մաս: Մինչդեռ, Հայաստանի Հանրապետությունում առկա վիճակը թույլ է տալիս անել հիմնավորված եզրակացություն այն մասին, որ հոգեկան առողջության խնդիրներով անձանց աջակցության հոգեբանասոցիալական մասը հստակ երկրորդական է և պատշաճ կարևորության չի արժանանում: Այս մասին են փաստում ստորև բերվող դիտարկումները:

Նախևառաջ, հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա չեն անհրաժեշտ թվով նեղ մասնագիտական պատրաստվածությամբ և արհեստավարժ հոգեբաններ: Այդ պատճառով է նաև, որ նրանց աշխատանքի ադյունավետությունը մնում է ցածր:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների բաժանմունքներում առկա չեն հոգեբանական անհատական և խմբային աշխատանքների համար նախատեսված հարմարություններ: Հոգեբանը հաճախ հարկադրված է իր աշխատանքն իրականացնել միջամտությունների կամ բուժքույրերի սենյակներում, ինչը տեխնիկապես խիստ սահմանափակում է հոգեբանական պրոֆեսիոնալ և հետևողական աշխատանքի հնարավորությունը, թույլ չի տալիս ապահովել կոնֆիդենցիալություն: Բացի այդ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ հոգեբանական աշխատանքը պահանջում է հատուկ պայմաններ (կահավորանք, դասավորվածություն, ներքին հարդարվածություն և այլն), որոնք պացիենտի հոգեվիճակի բարելավման կարևոր թերապևտիկ գործոններից են:

Որոշ հոգեբուժական կազմակերպությունների վարչական մասնաշենքերում տեղակայված են հոգեբանի աշխատասենյակներ, որտեղ պացիենտների հետ աշխատանքը նույնպես դժվարությամբ է իրականացվում, քանի որ բաժանմունքներից դեպի հոգեբանի կաբինետ պացիենտի ուղեկցումը կատարում են սանիտարները, իսկ յուրաքանչյուր բաժանմունքում առկա է ընդամենը երկու սանիտար («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Ստացվում է, որ եթե երկու սանիտարներից մեկն ուղեկցում է պացիենտին դեպի հոգեբանի աշխատասենյակ, ապա ամբողջ բաժանմունքում մնում է մեկ սանիտար, ինչն էլ հանգեցնում է հոգեբանի աշխատանքը հիմնականում բաժանմունքներում կազմակերպելուն:

Բացի այդ, երբ առկա է լինում փորձաքննությանը հոգեբան ներգրավելու անհրաժեշտություն, նա չի կարողանում աշխատել պացիենտների հետ, քանի որ գործառույթների համատեղումն անհնար է նույն աշխատանքային ժամերին: Միաժամանակ, պացիենտների հետ հոգեբանական աշխատանքները, ելնելով օրակարգից, հնարավոր է կազմակերպել աշխատանքային օրվա միայն կոնկրետ ժամերին, այն է՝ ժամը 11:00-ից մինչև 15:00-ը («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Նշվածի պատճառով հոգեբանական ծառայությունից օգտվելու հնարավորություն է ունենում շաբաթական առավելագույնը 4-5 պացիենտ (այցի պահին

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տնօրինության կողմից տրամադրված տվյալների համաձայն՝ կազմակերպությունում պահվում էր 306 պացիենտ), ինչը խիստ անբավարար է՝ հոգալու համար հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբանական և վերականգնողական կարիքները:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեբանական աշխատանքների կազմակերպման՝ իրավաբանորեն ամրագրված որևէ ընթացակարգ գոյություն չունի: Հոգեբանը չի իրականացնում պլանային այցեր բաժանմունքներ, չունի պարտականությունների հստակեցված ցանկ, առկա չէ հոգեբույժների հետ համագործակցության որևէ ֆորմալ մեխանիզմ: Չկա պացիենտի հետ հոգեբանական աշխատանքի էությունը և դինամիկան արտացոլող փաստաթուղթ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի հոգեբանը լրացնում է միայն «Հոգեբանական վերլուծությունների գիրք» կոչվող մատյանը, որում, սակայն, որևէ վերլուծություն չի արվում. մատյանում հոգեբանական վերլուծության համար բաժին կամ սյունակ նախատեսված չէ: Մատյանում լրացվում է միայն պացիենտի հետ հանդիպման ամսաթիվը, անունը, ազգանունը, ինչպես նաև արտագրվում է հիվանդության պատմագրից պատորոշումը: Բացի այս մատյանից, հոգեբանը սեփական նախաձեռնությամբ վարում է հոգեբանական հանդիպումների բովանդակությանը վերաբերող մատյան, ինչը ողջունելի է:

Փաստորեն, ստացվում է, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում անձի նկատմամբ իրականացվում է բուժական միջամտություն, այն է՝ հոգեբանական աշխատանք, որը, սակայն, չի արտացոլվում կամ փաստվում պացիենտի բժշկական փաստաթղթերում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում կատարված ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվել է, որ չկան հոգեբույժի, հոգեբանի և հոգեթերապևտի աշխատանքների տարանջատման և դրանց ծավալը կանոնակարգող նորմեր, պացիենտի համալիր բուժական ռազմավարությունը չի ներառում հոգեբանական և սոցիալ-հոգեբանական միջամտությունը:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում առաջանում է նաև հոգեբանների վերապատրաստման անհրաժեշտություն, սակայն առկա են վերապատրաստմանների կազմակերպման ֆինանսական և ժամանակային խնդիրներ (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

Հաշվի առնելով վերոգրյալը՝ անհրաժեշտ է՝

- ✓ հոգեբուժական կազմակերպություններում ավելացնել համապատասխան նեղ մասնագիտացմամբ կամ վերապատրաստմամբ հոգեբանների հաստիքներ.
- ✓ հոգեբանների համար նախատեսել աշխատանքի (այդ թվում՝ խմբային)

կազմակերպման համար անհրաժեշտ սենյակներ.

- ✓ կազմակերպել անձնակազմի համապատասխան մասնագիտական վերապատրաստումներ.
- ✓ հոգեբանական և հոգեսոցիալական միջամտությունը ներառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժական ռազմավարության մեջ, մշակել հոգեբույժ-հոգեբան-սոցիալական աշխատող և այլ նեղ մասնագետների համագործակցության ձևաթղթային համակարգ.
- ✓ հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար կազմակերպել այլընտրանքային թերապիա, դրանք հասանելի դարձնել հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող բոլոր անձանց համար:

ԳԼՈՒԽ 3.

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՊԱՀՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ, ՆՐԱՆՑ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԸ

3.1. Գերբնակեցվածություն

Գերբնակեցվածությունը Հայաստանի Հանրապետության հոգեբուժական կազմակերպություններում արդիական խնդիր է: Գերբնակեցման պատճառով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողները չեն ապահովվում անհրաժեշտ կամ նվազագույն բնակելի տարածությամբ և չունեն անձնական տարածքի հնարավորություն: Արդյունքում, նրանք հայտնվում են անթույլատրելի վիճակում՝ առողջության համար անբարենպաստ միջավայրից սկսած մինչև բռնության հնարավորություն:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների գերբնակեցվածության տեսանկյունից խնդրահարույց է հատկապես այն, որ հիվանդասենյակների մակերեսները խիստ տարբերվում են մահճակալների թվի համեմատությամբ, և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար ապահովված չէ անձնական տարածք (Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր): Արձանագրվել են դեպքեր, երբ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար ապահովվել է ընդամենը 3,3-3,5 քմ չափով բնակելի տարածք:

Մակեդոնիայի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2016 թվականի գեկույցի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բնակելիության մակարդակի վերաբերյալ ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ 36 քմ մակերես ունեցող սենյակում պահվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 8 անձ*⁴⁶:

Վերը նշվածի հետ կապված՝ ԽԿԿ-ն կոչ է արել *ջանքեր գործադրել հոգեբուժական կազմակերպությունում պահվող անձանց կենսապայմանների բարելավման, մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձին հասանելի բնակելի տարածության մակերեսը բարձրացնելու ուղղությամբ՝ բազմաբնակելի սենյակներում յուրաքանչյուր անձի համար ապահովելով առնվազն 6 քմ անձնական տարածություն:*

Հոգեբուժական կազմակերպություններում գերբնակեցումը գնահատելիս հաշվի է առնվել ոչ թե յուրաքանչյուր կազմակերպության մահճակալների թվաքանակի և փաստացի բուժվող պացիենտների թիվը, այլ յուրաքանչյուր պացիեն-

46 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806974f0> կայքէջը, կետեր 143 և 145:

տին հասանելի բնակելի տարածությունը: Այսպես, մարզային ենթակայությամբ գործող հոգեբուժական կազմակերպությունների մահճակալային հզորությունը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2006 թվականի նոյեմբերի 2-ի «Հայաստանի Հանրապետության մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագրերը հաստատելու մասին» թիվ 1911-Ն որոշմամբ, իսկ ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության դեպքում՝ Առողջապահության նախարարի 2017 թվականի դեկտեմբերի 29-ի թիվ 3801 հրամանով: Թեև դիտարկված բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններն առերևույթ չեն խախտում մահճակալների թվաքանակը սահմանող ակտերի պահանջները, և պացիենտների թիվը չի գերազանցում մահճակալային ֆոնդի հնարավորությունը, այնուամենայնիվ հիվանդասենյակներում չի ապահովվում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար վերոնշյալ միջազգային չափանիշներով ամրագրված նվազագույն բնակելի տարածությունը:

Սկզբունքորեն անընդունելի են առողջապահության նախարարության պարզաբանումներն այն մասին, որ մահճակալների թվի պլանավորման հիմքում ընկած են միայն մահճակալի տարեկան զբաղված լինելու ցուցանիշը, հիվանդացության և հիվանդելիության, ինչպես նաև բուժման միջին տևողության ցուցանիշները:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների գերբնակեցումը գնահատելիս պետք է որպես չափանիշ հիմք ընդունել յուրաքանչյուր պացիենտին հասանելի բնակելի տարածության չափը, այլ ոչ թե մահճակալների թիվն ու դրանց զբաղված լինելու ցուցանիշը:

Որպես հոգեբուժական կազմակերպություններում գերբնակեցվածության հետևանք՝ հիվանդասենյակներում առկա են խիտ դասավորված, իրար կիպ դրված, նույնիսկ իրար միացված մահճակալներ (Արմաշի առողջության կենտրոն, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն): Մահճակալներ են տեղադրված նաև հիվանդասենյակների դռան մոտ՝ կիսով չափ արգելափակելով սենյակների մուտքը («Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր):

Գերբնակեցվածության մասին է վկայում նաև այն, որ մահճակալներ են տեղադրված հանգստի սենյակներում (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր): **Սա նշանակում է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժումն ու խնամքը կազմակերպվում է ընդհանուր օգտագործման, այն է՝ կազմակերպությունների համապատասխան բաժանմունքներում պահվող բոլոր անձանց օգտագործման համար նախատեսված սենյակում: Այսպիսի պրակտիկան անթույլատրելի է:**

Օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում ուսումնասիրություններ արդյունքում պարզվել է նաև, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի մահճակալը տեղադրված է եղել բաժանմունքի միջանցքում՝ սանիտարի մշտական հսկողության տակ գտնվելու պատճառաբանությամբ: Սակայն կանխարգելման ազգային մեխանիզմի ստորաբաժանման ներկայացուցիչների դիտարկմամբ, հիվանդասենյակներում առկա է եղել մշտական հսկողություն պահանջող՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ևս մի քանի անձ, ում մահճակալները գտնվել են հիվանդասենյակներում: Միջանցքում ազատ շրջում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող այլ անձինք: **Այսինքն՝ նրանք, ում մահճակալը տեղադրված է միջանցքում, զրկված են առանձնանալու և հանգստի հնարավորությունից: Այսպիսի վիճակն անընդունելի է: Ուստի, մշտական հսկողություն պահանջող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մշտական հսկողությունը պետք է սահմանել հիվանդասենյակներում:**

Այցի արդյունքների առնչությամբ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի գրավոր պարզաբանման՝ վերոգրյալի կապակցությամբ հերթապահ բուժքույրը ստացել է խիստ նկատողություն:

Մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում պարզվել է, որ առկա են այնպիսի մեծ չափերի հիվանդասենյակներ, որոնք չեն համապատասխանում պահանջվող չափանիշներին և պետք է ենթարկվեն փոփոխության: Ուստի, հոգեբուժական կազմակերպությունների բաժանմունքների հիվանդասենյակներ կառուցելիս կամ դրանք վերանորոգելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել դրանց կառուցվածքին և կահավորմանը, քանի որ հիվանդասենյակներն ունեն թերապևտիկ նշանակություն և ազդում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վարքագծի վրա: Տարածքով չափազանց մեծ հիվանդասենյակների և այնտեղ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մեծ թվով անձանց պահելու դեպքում անձնական տարածքի հնարավորությունն ավելի է փոքրանում՝ բացասաբար ազդելով պացիենտների վարքագծի և բուժման արդյունավետության վրա: Արձանագրվել են 53-55 քմակերես ունեցող նման սենյակներ, որոնք նախատեսված են 8-11 անձ պահելու համար («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Լատվիայի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2017 թվականի զեկույցի 108-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում կադրաված ուսումնասիրությամբ պարզվել է, որ նշված հաստատության բաժանմունքներից մեկի սենյակներում պահվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 8-10 անձ՝ միմյանց չափազանց մոտ տեղադրված մահճակալներով: Արդյունքում, հիշյալ բաժանմունքում պահվող անձինք ունեցել են սահմանափակ բնակելի տարածություն և զրկված են եղել անձնական տարածք ունենալու հնարավորությունից: ԽԿԿ-ն ընդգծել է, որ նման պայմանների առկայությունը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ*

այնպեղ պահվող անձանց վրա՝ խախտելով վերջիններիս անձնական տարածք ունենալու իրավունքը: ԽԿԿ-ն կոչ է արել՝ ձեռնարկել միջոցներ հոգեբուժական կազմակերպություններում նախատեսված **մեծ սենյակներն աստիճանաբար ավելի փոքր սենյակների վերափոխելու ուղղությամբ**⁴⁷:

Այսպիսով, հոգեբուժական կազմակերպություններում գերբնակեցվածության բացառման և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անձնական տարածք ունենալու իրավունքի ապահովման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ վերանայել յուրաքանչյուր հոգեբուժական կազմակերպության մահճակալների թվաքանակը՝ ապահովելով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար անհատական բնակելի տարածք.
- ✓ կազմակերպել բարեկարգման աշխատանքներ՝ հիվանդասենյակներում բարեկեցիկ պայմաններ ապահովելու նպատակով.
- ✓ բացառել մահճակալների առկայությունը հանգստի համար նախատեսված սենյակներում.
- ✓ բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահելը միջանցքներում, իսկ մշտական հսկողություն պահանջող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ հսկողությունը սահմանել միայն հիվանդասենյակներում.
- ✓ մեծ հիվանդասենյակներն աստիճանաբար վերափոխել ավելի փոքր սենյակների:

3.2. Կենցաղային պայմաններ

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձ իրավունք ունի պահվելու և պետք է պահվի այնպիսի պայմաններում, որոնք անհրաժեշտ և բավարար են նրա նորմալ կենսագործունեության համար: Ընդ որում, այդ պայմանները պետք է բխեն նրա առողջական վիճակի պահանջներից:

Դիտարկված հոգեբուժական կազմակերպություններում, սակայն, արձանագրվել են կենցաղային պայմանների հետ կապված խնդիրներ, որոնք կարելի է դասակարգել հետևյալ խմբերի.

1. կանանց և տղամարդկանց մեկտեղված բաժանմունքներ,
2. խտրական մոտեցում,
3. անվտանգության հետ կապված խնդիրներ,
4. սանիտարահիգիենիկ պայմաններ,
5. կողապահարաններով ապահովվածություն,
6. վերանորոգում:

47 Տե՛ս <https://rm.coe.int/pdf/168072ce4f> կայքէջը:

1) Հարկ է նշել, որ կանանց և տղամարդկանց մեկտեղված բաժանմունքների առկայությունը և այդ առումով հատուկ, առանձին կացարանային տարածքների բացակայությունը խնդրահարույց է: Այս հարցին անդրադարձել է ԽԿԿ-ն Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում կենցաղային պայմանների ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ դրանցից որոշներում առանձնացված չեն կանանց և տղամարդկանց բաժանմունքները: Խոսքը վերաբերում է «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ և 7-րդ բաժանմունքներին: Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում կանանց բաժանմունքն առանձնացված չէ նարկոլոգիական բաժանմունքից:

Առանձնացված կացարանային հատվածի բացակայությունն անթույլատրելի է. հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար բավարար և արժանապատիվ պահման պայմաններ ապահովելու նպատակով անհրաժեշտ է՝ կանանց պահել տղամարդկանցից անջատ:

2) Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բոլոր անձինք հավասար են օրենքի առջև և պետք է հավասարապես օգտվեն իրենց ընձեռված իրավունքներից և ազատություններից, իսկ հոգեբուժական կազմակերպության աշխատակիցները պետք է հարգեն նրանց իրավունքները՝ առանց խտրական մոտեցում ցուցաբերելու:

Այս առումով, մտահոգիչ է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տարբեր հիվանդասենյակներում պահելու տարբերակված մոտեցումը՝ կապված հիվանդասենյակների համեմատաբար բարեկեցիկ պայմանների հետ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունք):

Այսպես, վատ պայմաններ, այդ թվում՝ ջեռուցման խնդիր ունեցող հիվանդասենյակներում եղել է ցուրտ և խոնավ, օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ընդհանուր տիպի բաժանմունքների միջանցքի վերջում տեղակայված հիվանդասենյակներում՝ որպես պատժի միջոց, պահվում են հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցող անձինք կամ նրանք, ովքեր դրսևորել են ոչ պատշաճ, այդ թվում՝ ագրեսիվ վարքագիծ: Այսպիսի պրակտիկական բացասաբար է անդրադառնում նաև նրանց հոգեվիճակի վրա:

Ըստ Պաշտպանի աշխատակազմին տրամադրած տվյալների՝ հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում աշխատակիցները տարբերակում են պացիենտներին ըստ նրանց գործողությունների գիտակցման աստիճանի՝ դասակարգելով նրանց այսպես կոչված «հասկացող» և «չհասկացող» անձանց: Ըստ այդմ, անհատական հագուստը տրամադրվում է միայն «հասկացող» անձանց, ովքեր կարողանում են տարբերակել իրենց հագուստը: Մյուսների հագուստը լվացվելուց հետո չի անհատականացվում և բաժանվում է պատահականության սկզբունքով: Ավելին, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում արձանագրվել է նաև, որ չի

անհատականացվում և խառն է բաժանվում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող այն անձանց հագուստը, ովքեր չունեն դրանք ազգականների միջոցով լվանալու հնարավորություն:

«Հ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության տրամադրած պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի տնօրինության ուշադրությունը հրավիրել է այն փաստի վրա, որ «հասկացող» և «չհասկացող» խնամվողներին առանձնացնելն ընդունելի չէ, խնամվողների դասակարգումը կատարվում է ըստ նրանց գնահատված կարիքների և մատուցվող ծառայությունների, որը նման բնորոշում չպետք է պարունակի և պահանջվել է գերծ մնալ մարդկանց պիտակավորելուց:

Ուստի, անհրաժեշտ է բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ ցուցաբերվող ցանկացած խտրական մոտեցում:

3) Արմաշի առողջության կենտրոնի հիվանդասենյակներում արձանագրվել են էլեկտրական հոսանքալարերի բաժանման բաց տուփեր և լարեր, հոսանքի անսարք և կիսաբաց վարդակներ («Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն):

Այցի ընթացքում արձանագրված վերը նշված խնդրի կապակցությամբ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի գրավոր պարզաբանմամբ՝ բաժանմունքներում առկա հոսանքի բաց լարերը փակվել են:

Պետք է բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անվտանգությանը սպառնացող ցանկացած նման վիճակ:

4) Սանիտարահիգիենիկ պայմանների հարցն առաջին հերթին կապված է հոգեբուժական կազմակերպությունների որոշ հիվանդասենյակներում օդի աղտոտվածության հետ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր):

Դա հիմնականում պայմանավորված է նրանով, որ այդ հիվանդասենյակներում պահվում են գիշերամիզող պացիենտներ, ում համար տակդիրներ առկա չեն: Նշվածը, հոգեբուժական կազմակերպությունների տնօրինության պատճառաբանությամբ, պայմանավորված է ոչ բավարար ֆինանսավորմամբ:

Սանիտարահիգիենիկ պայմանների խնդիրները կապված են նաև լվացքի կազմակերպման հետ, որի առնչությամբ անչափ կարևոր են նաև հաստատությունների աշխատակիցների աշխատանքային պայմանները, որոնք ոչ միշտ են բավարար: Օրինակ՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի որոշ բաժանմունքներում փակ տանիքին հարմարեցված է չորանոց, որտեղ նաև արդուկվում են հագուստը և սպիտակեղենը: Աշխատողներն այնտեղ ապահովված չեն պատշաճ աշխատանքային պայմաններով: Լվացքի չորացնելու հետ կապված խնդիր է արձանագրվել նաև Արմաշի առողջության կենտրոնում, որտեղ դա ար-

վում է հաստատության առաջին հարկում առանձնացված սենյակում՝ փայտի վառարանի մոտ: Բացակայում է ցուրտ և անձրևային եղանակային պայմաններում այլ վայրում լվացքը չորացնելու հնարավորությունը:

Լվացքի կազմակերպմանը և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հազուստի և սպիտակեղենի մաքրության հարցերին Հայաստանի վերաբերյալ 2004 թվականի զեկույցում անդրադարձել է նաև ԽԿԿ-ն՝ շեշտելով *հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հազուստի և սպիտակեղենի լվացքի պարբերաբար կազմակերպման անհրաժեշտությունը*⁴⁸:

Մյուս խնդիրը պայմանավորված է մշտադիտարկման այցերի ընթացքում հոգեբուժական կազմակերպություններում վերջին անգամ կատարված սանիտարահիգիենիկ, այդ թվում՝ ախտահանման աշխատանքների վերաբերյալ տեղեկությունների բացակայությամբ:

Սանիտարահիգիենիկ բավարար պայմանները չապահովելու արդյունքում ստեղծվում են պահման ոչ պատշաճ և անընդունելի պայմաններ, որոնց բացառման համար անհրաժեշտ է՝

- ✓ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ապահովել բավարար քանակությամբ անհրաժեշտ հիգիենիկ պարագաներով, այդ թվում՝ տակդիրներով.
- ✓ ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սպիտակեղենի հաճախակի լվացման և ախտահանման պատշաճ կազմակերպումը, այդ թվում՝ այդ կապակացությամբ աշխատակիցների պատշաճ պայմանները.
- ✓ իրականացնել պարբերական սանիտարահիգիենիկ, այդ թվում՝ ախտահանման աշխատանքներ՝ ապահովելով դրանց պատշաճ արձանագրումը:

5) Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կողապահարաններով ապահովելը և իրենք առանձին պահելու հնարավորություն ընձեռելն անձնական տարածքի և, հետևաբար, մասնավոր կյանքի հիմնական նախապայմաններից է: Ուսումնասիրությունների արդյունքում, սակայն, պարզվել է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր անձինք են ապահովվում կողապահարաններով: Չնայած որոշակի թվով կողապահարանների առկայությանը, դրանք հնամաշ են, վնասված կամ կոտրված: Արդյունքում, կողապահարաններով չապահովված անձինք ստիպված են իրենց իրերը պահել մահճակալի տակ՝ հատակին կամ աթոռներին:

Վերոգրյալի լույսի ներքո ողջունելի է այն, որ, օրինակ, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի թիվ 2 բաժանմունքում գրեթե բոլորն ապահովված են բարվոք վիճակում գտնվող կողապահարաններով:

ԽԿԿ-ն Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում նշել է, որ «Գյում-

48 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680667a9e> կայքէջում, կետ 173:

րու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ի և կանանց և փղամարդկանց բաժանմունքներում անձնական փարածքն ապահովված չի եղել, մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք չեն ունեցել կողպելու հնարավորություն ընձեռող անձնական փարածություն: **ԽԿԿ-ն առաջարկել է Հասարակական իշխանություններին անհրաժեշտ միջոցներ ձեռնարկել «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ում պահվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բոլոր անձանց կողպելու հնարավորություն ընձեռող անձնական փարածությամբ ապահովելու ուղղությամբ, որպեսզի նրանք կարող են պահել իրենց իրերը**⁴⁹:

Ելնելով վերոգրյալից՝ անհրաժեշտ է հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող բոլոր անձանց տրամադրել անձնական իրերը պահելու համար նախատեսված պահարաններ՝ կողպելու հնարավորությամբ:

6) Հոգեբուժական կազմակերպություններում պահման անբարենպաստ պայմանները հիմնականում պայմանավորված են վերանորոգման և հիմնանորոգման խնդիրներով:

Գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա է վերանորոգման և մաքրման աշխատանքների կարիք: Հիվանդասենյակների հատակները փայտե և հնամաշ են (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր) կամ բետոնապատ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Հիվանդասենյակների պատերի ծեփամածիկը որոշ տեղերում թափված է, առաստաղին առկա են ճաքեր և անձրևաջրի հետքեր: Պատուհանները հին են, այլումինե, որոնք ներսի կողմից պատված են պոլիէթիլենով՝ ջերմային ռեժիմը պահպանելու նպատակով (Արմաշի առողջության կենտրոն):

Որոշ հոգեբուժական կազմակերպություններում հիվանդասենյակները չունեն դռներ, իսկ դռների առկայության դեպքում դրանց ապակիները բացակայում են կամ փոխարինված են պոլիէթիլենով («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն):

Այցերի ընթացքում արձանագրվել են հիվանդասենյակներում արհեստական լուսավորության ոչ բավարար պայմաններ: Գրեթե բոլոր սենյակներում այցի դրությամբ աշխատել է միայն մեկ լամպ՝ փոքր հզորությամբ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

Վերանորոգման կարիք ունեն հոգեբուժական կազմակերպությունների սանհանգույցները, այդ թվում՝ հաստատությունների աշխատակիցների համար նախատեսված, որոնք գտնվում են սանիտարահիգիենիկ ոչ բարվոք վիճակում (Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Լոռու մարզային հոգենյար-

49 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806bf46f> կայքէջում, կետեր 121,122:

դաբանական դիսպանսեր, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մոնիթորինգային այցերի ընթացքում արձանագրվել է նաև, որ բաժանմունքների սանհանգույցներում տեղադրված են երեքական կամ երկուական ասիական տիպի զուգարաններ, որոնք միմյանցից առանձնացված չեն միջնապատով: Միևնույն ժամանակ, զուգարանները տեղադրված են ընդհանուր հատակից մեկ աստիճան բարձրության վրա, որը լրացուցիչ դժվարություններ կարող է առաջացնել հոգեմետ դեղորայք ընդունող պացիենտների տեղաշարժի և հավասարակշռության պահպանման համար (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն): Բացակայում են նաև զուգարանակոնքեր՝ հատուկ կարիքներ ունեցող պացիենտների՝ սանհանգույցից օգտվելու հնարավորությունն ապահովելու համար (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Առկա են նաև մեկտեղված սանհանգույց և լոգարան: Այս դեպքում սանհանգույցը լոգանք ընդունելու համար նախատեսված հատվածից առանձնացված է մեկ աստիճանով, սակայն անջատված չէ, ապահովված չէ մեկուսանալու հնարավորությունը («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունք):

Արմաշի առողջության կենտրոնն ապահովված չէ մշտական խմելու ջրով: Ճիշտ է, հոգեբուժական կազմակերպությունում տեղադրված են ջրի բաքեր, սակայն դրանք ակնհայտորեն բավարար չեն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահանջմունքները բավարարելու համար:

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի կանանց թիվ 1 բաժանմունքի խոհանոցի պատերը տեղ-տեղ քանդված են և ունեն վերանորոգման կարիք:

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունքի անվտանգության գոտու հսկողությունն իրականացնող ոստիկանների համար նախատեսված պահակակետը գտնվում է անընդունելի վիճակում: Այդտեղ ապահովված չեն աշխատանքի նվազագույն պայմաններ (մոտ 2 քմ մակերեսով, թիթեղածածկ, պատերը՝ հնամաշ նրբատախտակից, դուռը և պատուհանը՝ կոտրված):

Վերը նշված խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ հոգեբուժական կազմակերպություններում, այդ թվում՝ սանհանգույցներում և լոգարաններում իրականացնել անհրաժեշտ վերանորոգման և բարեկարգման աշխատանքներ.
- ✓ աշխատակիցների համար ստեղծել աշխատանքային պատշաճ պայմաններ:

3.3. Լոգանքի կազմակերպում

Պարբերական լոգանքը հիգիենայի ապահովման պարտադիր պայման է: Դրա կարևորությունն ավելի բարձր է, երբ անձն, առողջական խնդիրներով պայմանավորված, որոշակի ժամանակահատվածով պահվում է հոգեբուժական կազմակերպությունում: Այդպիսի անձին մաքուր հագուստով և անկողնային պարագաներով ապահովելը կարևոր է հենց նրա առողջության պահպանման իրավունքի և հիգիենայի տեսանկյունից:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի կազմակերպման, ինչպես նաև նրանց հագուստի և վրացքի հետ կապված խնդիրներ արձանագրվել են հոգեբուժական գրեթե բոլոր կազմակերպություններում: Այսպես, լոգանք ընդունելու հնարավորությունը հիմնականում սահմանափակված է և կազմակերպվում է որոշակի ժամանակացույցով: Օրինակ՝ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնի և Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի կանանց բաժանմունքներում լոգանքը կազմակերպվում է 10 օրը մեկ անգամ, իսկ Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ շաբաթական մեկ անգամ: «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում լոգանքը կազմակերպվում է երեքշաբթի և ուրբաթ օրերին՝ 11:00-ից մինչև 15:00-ը:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա է նաև տաք ջրի մատակարարման խնդիր: Որոշ դեպքերում տաք ջուրը հասանելի է սահմանափակ ժամանակահատվածով, ինչպես, օրինակ, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում:

Դրա հետ մեկտեղ, ուսումնասիրված հաստատություններում արձանագրվել են նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի համար անհրաժեշտ հիգիենիկ միջոցների տրամադրման խնդիրներ:

Ներկայացված վիճակն անընդունելի է: Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի համար անհրաժեշտ է տրամադրել բավարար քանակությամբ հիգիենայի միջոցներ:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի կազմակերպման հետ կապված՝ Հայաստան, ինչպես նաև մի շարք այլ երկրներ կատարած այցերի ընթացքում ԽԿԿ-ն բազմիցս կոչ է արել *ավելացնել անազատության մեջ պահվող անձանց լոգանք ընդունելու հաճախականությունը*:

Վրաստանի վերաբերյալ 2007 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ *անհրաժեշտ է վերանորոգման աշխատանքներ իրականացնել հոգեբուժական կազմակերպության լոգարաններում, ապահովել դրանց մաքրությունը, տաք ջրի մատակարարումը, ինչպես նաև պահվող անձանց համար լոգանք ընդունելու ավելի հաճախակի հնարավորությունը*⁵⁰:

Ուստի, նշված խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է հոգեկան

50 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806961c1> կայքէջում, կետ 115:

առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար սրեղծել լոգանքից պատշաճ օգտվելու հնարավորություն՝ ապահովելով հիգիենայի պահպանման պահանջներից ելնելով ավելի հաճախակի լոգանք ընդունելու հնարավորություն, սակայն ոչ պակաս, քան շաբաթական երկու անգամ:

3.4. Պատշաճ սննդի ապահովում

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձ պետք է ստանա իր կենսագործունեության համար անհրաժեշտ և բավարար սնունդ: Դա ներառում է ինչպես սննդի պահպանման, պատրաստման, այնպես էլ տրամադրման պատշաճ կազմակերպում: Այս առնչությամբ արձանագրված խնդիրները հիմնականում հանգում են հետևյալին:

Նախ, սննդի պատրաստման և տրամադրման կազմակերպումը սկսվում է այնտեղից, որտեղ պահվում է սննդամթերքը: Ակնհայտ է, որ սննդի բավարար որակը չի կարող պահպանվել, եթե սնունդը պահվում է ոչ պատշաճ պայմաններում: Ուսումնասիրված պահեստներում արձանագրվել են դեպքեր, երբ սննդամթերքը պահվել է անբավարար և ոչ սանիտարական պայմաններում (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ազգականների կամ այլ այցելուների կողմից ևս ստանում են սնունդ: Հոգեբուժական կազմակերպություններում արձանագրվել են նաև ազգականների կողմից բերված սննդի պահման անբավարար պայմաններ: Դրանք հիմնականում պահվում են բաժանմունքներում: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունքում հանձնուքներով ստացվող սնունդը պահվում է միջանցքում տեղադրված հնամաշ պահարանում: Բաժանմունքում չկա սառնարան, ինչի պատճառով շուտ փչացող սնունդը ձմռանը պահվում է պատուհանի դրսից՝ ճաղավանդակի միջև գտնվող տարածությունում:

Որոշ հոգեբուժական կազմակերպությունների աշխատակիցներ տեղեկացրել են, որ սպասքը վճանալու համար ստիպված են լինում ջուրը տաքացնել կաթսաներով՝ գազօջախների վրա (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն): Այս առնչությամբ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնի պարզաբանումների համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպության խոհանոցում տեղադրվել է ջրատաքացուցիչ:

Գազաֆիկացման բացակայության պատճառով Արմաշի առողջության կենտրոնում **ճաշը տաք եղանակային պայմաններին եփվում է ոչ թե խոհանոցում, այլ բակում՝ կրակի վրա:**

Նշվածի հետ միասին, հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում խոհանոցներն ապահովված են բավարար պայմաններով: Օրինակ՝ Լոռու մարզային

հոգենյարդաբանական դիսպանսերի խոհանոցում առկա են գազօջախ, արտահանող խողովակ, սառնարան, համապատասխան կահույք: Խոհանոցն ապահովված է նաև տաք ջրով, իսկ սպասքը այցի պահին եղել է մաքուր վիճակում: Չնայած սրան, նույն խոհանոցը չափազանց փոքր է և գտնվում է նկուղային հարկում, որի պատուհանները նույնպես փոքր են, ինչի արդյունքում խոհանոցում բնական լուսավորության մակարդակը ցածր է:

Ի տարբերություն մյուսների, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի խոհանոցն այլևս չի շահագործվում: Երեքանգամյա սնունդն ապահովվում է այլ կազմակերպության կողմից՝ պայմանագրային հիմունքներով, և մատակարարվող սնունդը բավարար որակի է:

Սննդի տրամադրման մյուս խնդիրը վերաբերում է սննդի քանակին և ճաշացանկերին: Հայաստանի Հանրապետությունում գործող հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվող սննդի օրական նվազագույն չափաբաժինները հաստատված են **ՀՀ կառավարության 2011 թվականի մայիսի 26-ի «Հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց սննդի օրական միջին չափաբաժինները, հանդերձանքի չափաբաժինները և դրանց շահագործման ժամկետները, անկողնային ու հիգիենիկ պարագաների չափաբաժինները և դրանց շահագործման ժամկետները սահմանելու մասին» թիվ 711-Ն որոշմամբ** հաստատված հավելված N 1-ով:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների ճաշացանկերի ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ որոշ հաստատությունների սնունդը չի համապատասխանում նշված որոշմամբ հաստատված սննդի օրական նվազագույն չափաբաժիններին: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում, Արմաշի առողջության կենտրոնում տրամադրվող սննդի չափաբաժին՝ ՀՀ կառավարության 2011 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 711-Ն որոշմամբ սահմանված նվազագույն չափաբաժին անհամապատասխան լինելու վերաբերյալ արձանագրված իրավիճակը պատկերված է ստորև ներկայացված աղյուսակում, որը կազմվել է նշված կազմակերպություններում սննդի՝ երկու շաբաթվա կտրվածքով ճաշացանկերի ուսումնասիրությունների արդյունքում:

Սննդամթերք	Օրենսդրությանը հաստատված նվազագույն չափաբաժին	Սննդի տրամադրման հաճախականություն և չափաբաժին			
		Արմաշի առողջ կենտրոն	Սյունիքի մ. ն. դիսպանսեր	«Նուբարաշեն» հոգեբուժ. կենտ.	Լոռու մարզ. հոգեկայր. դիսպանսեր
Ձու	2 հատ (շաբաթական)	1 հատ (շաբաթական)	0	1 հատ (շաբաթական)	2 հատ (շաբաթական)
Կաթ	200գ (օրական)	1 անգամ (շաբաթական)	0	199.2գ (2 շաբաթում)	0
Թթվասեր	30գ (օրական)	2-3 անգամ (շաբաթական)	0	33գ (2 շաբաթում)	100գ (միայն շաբաթ/կիրակի օրերին)
Կաթնաշոռ	35գ (օրական)	2-3 անգամ (շաբաթական)	0	33գ (2 շաբաթում)	100գ (միայն շաբաթ/կիրակի օրերին)

Վերոնշյալ աղյուսակում տեղ գտած սննդամթերքից զատ, արձանագրվել են նաև անբավարար քանակությամբ և հաճախականությամբ այլ սննդամթերք տրամադրելու դեպքեր: Օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում թարմ միրգ տրամադրվել է շաբաթվա ընթացքում մեկ անգամ (ՀՀ կառավարության վերոնշյալ որոշմամբ նախատեսված է օրական 200 գրամ), իսկ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (երկու շաբաթվա կտրվածքով) միրգ ընդհանրապես չի տրամադրվել:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 14-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք, մասնավորապես, իրավունք ունեն օգտվելու (...) առողջության պահպանման իրավունքից, այդ թվում՝ ստանալու բավարար սնունդ (...):* Այս կանոնից ուղղակիորեն հետևում է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն անհրաժեշտ պարբերականությամբ բավարար քանակի և պատշաճ որակի սնունդ ստանալու իրավունք:

Այս հարցի առնչությամբ Մոլդովայի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն առաջարկել է *սպահովել անհրաժեշտ ֆինանսավորում՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բավարար չափի փարափոսակ սննդով, այդ թվում՝ մսով, ծովամթերքով, թարմ բանջարեղենով և մրգով, ինչպես նաև կաթ-*

*նամթերքով ապահովելու համար*⁵¹: Այս կերպ ընդգծվել է ինչպես սննդի բավարար քանակի տրամադրման, այնպես էլ որոշակի ժամանակահատվածի համար դրա տարատեսակ լինելու անհրաժեշտությունը:

Նկարագրված իրավիճակներից և ներկայացված իրավական չափանիշների համադրությունից պարզ է դառնում, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սննդի տրամադրումն իրականացվում է ոչ պատշաճ՝ չհամապատասխանելով ներպետական և միջազգային իրավական չափանիշներին: Արդյունքում, ոչ պատշաճ սննդով ապահովումը կապված է միատեսակ և ոչ բավարար սնունդ տրամադրելու հետ:

Այնուամենայնիվ, հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում կատարված նախկին այցերի համեմատ սննդի որակը և խոհանոցային պայմանները բարելավվել են (օրինակ՝ «Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում և «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում):

Հաջորդ խնդիրը ճաշարահներում սեղանների և աթոռների քանակի անբավարարությունն է. տեղադրված սեղանները և աթոռները չեն համապատասխանում պացիենտների թվին: Նմանատիպ խնդիր արձանագրվել է «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում, Արմաշի առողջության կենտրոնում, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում և Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում: Պետք է նշել նաև, որ Արմաշի առողջության կենտրոնի նկուղային հարկի միջանցքում տեղադրված են եղել լրացուցիչ սեղան և աթոռներ, որոնցից հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք օգտվում են ըստ անհրաժեշտության: **Անթույլատրելի է միջանցքի օգտագործումը՝ որպես ճաշարահ, հատկապես երբ այն չի ջեռուցվում:**

Այս կապակցությամբ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում նշված խնդիրը լուծվել է:

Անընդունելի է նաև սննդի ընդունման համար նախատեսվող սահմանափակ ժամանակահատվածը: Օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում նախաճաշի, ճաշի և ընթրիքի համար նախատեսված է մեկական ժամ: Կազմակերպության աշխատակիցների և պացիենտների հավաստմամբ՝ ճաշարահից առաջինն օգտվում են կանայք՝ 20 րոպե տևողությամբ սահմանափակ ժամանակահատվածով, ապա՝ տղամարդիկ:

ԽԿԿ-ի 8-րդ ընդհանուր զեկուցի 35-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սնունդը ոչ միայն պետք է համարժեք լինի քանակի և որակի տեսակետից, այլև պետք է փոփոխվի հիվանդներին բավարար պայմաններում: Պետք է ապահովված լինեն սննդի ընդունման նորմալ պայմաններ:*

51 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806975da> կայքէջում, կետ 152:

այս տեսակետից պետք է ընդգծել, որ հիվանդների սոցիալ-հոգեբանական վերականգնման ծրագրի անբաժանելի մասն է կազմում նրանց կենսական կարևոր պահանջները հոգալու հնարավորության ընձեռումը, այդ թվում՝ սննդի ընդունումը սեղանի մոտ նստած⁵²:

Ներկայացված բոլոր անբարենպաստ պայմաններն, անշուշտ, իրենց բացասական ազդեցությունն են ունենում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց առողջության և հոգեվիճակի վրա: Այս անթույլատրելի վիճակը բացառելու համար անհրաժեշտ է ձեռնարկել հետևյալ քայլերը՝

- ✓ սննդամթերքի պահման պահեստներում, ինչպես նաև բոլոր այն վայրերում, որտեղ պահվում է սննդամթերք (օրինակ՝ բաժանմունքներում), ապահովել դրանց պահման պատշաճ, այդ թվում՝ սանիտարահիգիենիկ պայմաններ.
- ✓ պատշաճ պայմաններ ստեղծել խոհանոցներում աշխատող աշխատակիցների համար, այդ թվում՝ ապահովել տաք ջրի հնարավորություն.
- ✓ հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց տրամադրել ՀՀ կառավարության 2011 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 711-Ն որոշմամբ սահմանված սննդի տեսականին և օրական նվազագույն չափաբաժինները.
- ✓ ապահովել սննդի բազմատեսակությունը՝ բացառելով միատեսակ սննդի տրամադրումը.
- ✓ բարեկարգել հոգեբուժական կազմակերպությունների ճաշասրահները՝ ապահովելով բաժանմունքներում պահվող անձանց թվին համապատասխան կահավորանք, ինչը կբացառի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հերթափոխով կամ կանգնած սնվելու պրակտիկան:

3.5. Տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց խնամք

Հոգեբուժական կազմակերպությունների պացիենտների մի մասն ունի տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ: Նման անձանց բնականոն կենսագործունեության համար անհրաժեշտ են միջավայրը մատչելի դարձնող հատուկ հարմարանքներ, այդ թվում՝ սայլակներ: Դրանք չապահովելը բացասական ազդեցություն է ունենում ինչպես նրանց ընդհանուր առողջական, այնպես էլ հոգեկան վիճակի վրա:

Որոշ կազմակերպություններում զուգարանները տեղադրված են սանհանգույցների ընդհանուր հատակից մեկ կամ մի քանի աստիճան բարձրության վրա («Նուբարաշենի հոգեբուժական կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբու-

52 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680696a72> կայքէջում:

ժական դիսպանսեր): Սանհանգույցներում միայն ասիական տիպի զուգարանների առկայությունը թույլ չի տալիս դրանցից ինքնուրույն օգտվելու անվասայլակով պացիենտի հնարավորությունը:

Տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվելու խնդիրները չեն սահմանափակվում միայն սանհանգույցներից օգտվելու հնարավորության բացակայությամբ: Բարդություններ են առաջանում նաև ճաշասրահներից օգտվելու հարցում: Օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում նման խնդիրներ ունեցող պացիենտները չեն օգտվում ճաշասրահից, քանի որ այն գտնվում է նկուղային հարկում, իսկ աստիճանավանդակն ապահովված չէ թեքահարթակով:

Անվասայլակների և թեքահարթակների բացակայության պատճառով տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձինք զրկված են նաև զբոսանքի դուրս գալու հնարավորությունից, բախվում են տեղաշարժման հետ կապված խնդիրների: Հոգեբուժական որոշ կազմակերպությունների անվասայլակների թիվը չի համապատասխանում այնտեղ գտնվող՝ տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձանց թվին («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն), ուստի պացիենտները նաև հարկադրված են օրվա մեծ մասն անցկացնել անկողնում:

Հեղևաբար, նկարագրված վիճակի բարելավման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ապահովել տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց՝ սանհանգույցից, ճաշասրահներից և զբոսանքից օգտվելու պատշաճ հնարավորությունը.
- ✓ կազմակերպությունների մուտքերը և շենքում տեղաշարժվելու համար անհրաժեշտ այլ վայրերն ապահովել թեքահարթակներով:

3.6. Վնասվածքների մասին իրավապահ մարմիններին հաղորդելու ոչ միասնական պրակտիկա

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ու նրանց անվտանգության ապահովման տեսանկյունից առանձնակի նշանակություն ունի արձանագրվող վնասվածքների մասին իրավապահ մարմիններին ժամանակին տեղեկացնելը: Ընդ որում, աշխատանքի արդյունավետությունը պահանջում է միասնական պրակտիկայի առկայություն: Սա կարևոր է նաև իրավախախտումների կանխարգելման տեսանկյունից:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկումը ցույց է տվել, որ տարբեր հաստատություններում և անգամ միևնույն հաստատության տարբեր բաժանմունքներում գոյություն չունեն միասնական մոտեցումներ: Սա էլ հոգեբուժական կազմակերպություններում վնասվածքների հաշվառման և այդ մասին

իրավապահ մարմիններին տեղեկացնելու՝ իրավասու պետական մարմնի կողմից մշակված միասնական կարգի բացակայության արդյունք է:

Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ընդունարանում վարվում է «Ոստիկանության կանչերի գրանցման մատյան», ինչպես նաև «Հիվանդների փախուստի և վնասվածքների գրանցման մատյան», որոնք լրացնում է հերթապահ բժիշկը: Նշված մատյաններում արձանագրվում են ինչպես հոգեբուժական կազմակերպություն ընդունվելիս հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մարմնական վնասվածքները, այնպես էլ հերթապահության ընթացքում կենտրոնում պահվող անձանց մոտ առաջացած վնասվածքները: Վնասվածքների և փախուստի մատյան վարվում է նաև բոլոր բաժանմունքներում: Միաժամանակ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վնասվածքներն արձանագրվում են նրանց հիվանդության պատմագրերում:

«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում պացիենտների վնասվածքներն արձանագրվում են նրանց հիվանդության պատմագրերում, և, ինչպես նշում են աշխատակիցները, Ոստիկանությունն անմիջապես բանավոր տեղեկացվում է ցանկացած դեպքի մասին: Այցի ընթացքում պացիենտներից մեկի հիվանդության պատմագրի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ վերջինս ընդունվել է կենտրոն 2017 թվականի հունիսի 24-ին: Ըստ պատմագրում հերթապահ բժշկի գրառման՝ «նրա մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթները ֆիզիոլոգիական գունավորման են եղել»: Հերթապահ բժշկի այս գրառումից հետո նրա ձեռագրից տարբերվող ձեռագրով պատմագրում կատարված է այլ գրառում այն մասին, որ նշված պացիենտի ձեռքերին և որովայնին հայտնաբերվել են կապտուկներ: Դրա հետ մեկտեղ հարկ է նշել, որ ըստ համապատասխան գրառման՝ նույն օրը նշված անձը «բաժանմունքում դրսևորել է ագրեսիվ վարք», ինչի հետևանքով կիրառվել է ֆիզիկական զսպում:

Դրանից հետո, տարբերվող ձեռագրով հիվանդության պատմագրում արձանագրված նշված պացիենտի մոտ 2017 թվականի հունիսի 24-ին հայտնաբերված կապտուկների մասին **ՀՀ ոստիկանության Նոր Նորքի բաժնի Ավանի բաժանմունքը գրությամբ տեղեկացվել է միայն 2017 թվականի հունիսի 26-ին:**

Հոգեբուժական մի շարք այլ կազմակերպություններում պացիենտների վնասվածքներն արձանագրվում են նրանց հիվանդության պատմագրերում և վնասվածքների գրանցամատյաններում, ինչպես նաև դրանց մասին տեղեկացվում է ՀՀ ոստիկանությունը (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, Լոռու մարզային հոգեոնյարդաբանական դիսպանսեր, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ):

Հատկանշական է նաև, որ թեև իրավական համապատասխան հիմքերը բացակայում են, Լոռու մարզային հոգեոնյարդաբանական դիսպանսերում վնասվածքների գրանցամատյանը տրամադրվում է ՀՀ ոստիկանության Լոռու մար-

գային վարչության Վանաձորի բաժնի կողմից՝ կնքված ոստիկանության բաժնի կնիքով:

Այսպիսով, անհրաժեշտ է քայլեր ձեռնարկել հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ ընդունվելիս և այնպեղ ստացած վնասվածքների պատշաճ հաշվառման և այդ մասին իրավապահ մարմիններին տեղեկացնելու կարգ մշակելու ուղղությամբ՝ միասնական իրավական կանոններ և պրակտիկա ապահովելու նպատակով:

3.7. Բացօդյա զբոսանք

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկումը թույլ է տվել արձանագրել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բացօդյա զբոսանքի ապահովման հետ կապված համակարգային խնդիր: Զբոսանքի իրավունքը կամ պատշաճ չի ապահովվում, կամ պացիենտները զբոսանքի առհասարակ դուրս չեն բերվում: Ինչպես հոգեկան խնդիրներ ունեցող անձանց, այնպես էլ կազմակերպությունների աշխատակիցների խոսքերով, հարկադիր բուժում ստացող անձանց արգելվում է բացօդյա զբոսանքը: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում հարկադիր բուժում ստացող անձանցից մեկի հետ առանձնագրույցի ընթացքում վերջինս հայտնել է, որ 5-6 ամիս դուրս չի եկել բացօդյա զբոսանքի:

«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում ոչ բոլորն ունեն զբոսանքից օգտվելու հնարավորություն, թեև զբոսանքի դուրս գալու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ցանկությունը շատ մեծ է: Կենտրոնի աշխատակիցների հայտնած տվյալների համաձայն՝ այնտեղ զբոսանքը կազմակերպվում է միայն բժշկի թույլտվությամբ, մոտ 10 հոգանոց խմբերով, ում ուղեկցում է սանիտարը, երեկոյան ժամերին՝ 15-40 րոպե տևողությամբ: Ըստ համապատասխան մատյանի՝ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում բացօդյա զբոսանքը կազմակերպվում է որոշակի օրերին՝ 3, 5 կամ 7 օրը մեկ անգամ՝ օրվա կոնկրետ ժամի, որը տևում է մինչև 70 րոպե: Ավելին, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 60 անձանցից, լավագույն դեպքում, մինչև 12 հոգի է դուրս գալիս բացօդյա զբոսանքի: Հարկ է նաև նշել, որ կանայք և տղամարդիկ բացօդյա զբոսանքի են դուրս գալիս տարբեր օրերի, և կանայք օգտվում են բացօդյա զբոսանքի իրավունքից 3-ից 9 օր ընդմիջումով, իսկ տղամարդիկ՝ 5-ից 13 օր ընդմիջումով:

Ի տարբերություն նշված կազմակերպությունների՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանցից շատերն առանց խոչընդոտի կարող են օգտվել բացօդյա զբոսանքի իրավունքից և դուրս են գալիս հաստատության բակ, երբ եղանակային պայմանները լինում են բավա-

րար:

Զբոսանքի ապահովումն արձանագրվում է համապատասխան մատյաններում: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի կանանց բաժանմունքներից մեկում վարվող զբոսանքի մատյանում յուրաքանչյուր օրվա դիմաց առկա է գրառում այն մասին, որ բաժանմունքի պացիենտները դուրս են եկել զբոսանքի, բացառությամբ «թույլ և հարկադիր բուժվող հիվանդներից»: Այսպիսի պրակտիկայի պատճառով հնարավոր չէ պարզել՝ ի՞նչ պացիենտներն են օգտվել զբոսանքի իրավունքից, ովքեր են համարվում «թույլ հիվանդները», ու՞մ բացօթյա զբոսանքի իրավունքն է սահմանափակվել, և ի՞նչ հիմնավորմամբ:

Նման մոտեցումն ընդհանուր տիպի բաժանմունքում հարկադիր բուժում ստացող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ անթույլատրելի է, քանի որ վերջիններիս բացօթյա զբոսանքի իրավունքը սահմանափակվում է առանց հիմնավորման: Ինչ վերաբերում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբոսանքի իրավունքի սահմանափակումներին, ապա յուրաքանչյուր իրավունքի սահմանափակման դեպքի կապակցությամբ համապատասխան փաստաթղթերում (օրինակ՝ հիվանդության պատմագրերում) անհրաժեշտ է կատարել հիմնավոր և սպառիչ գրառում:

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 5-րդ և 7-րդ բաժանմունքներում մատյանները վկայում են, որ ելնելով «եղանակային վատ պայմաններից», զբոսանք չի կազմակերպվում, իսկ 2016 թվականի հոկտեմբերից մինչև 2017 թվականի մարտի 12-ը ներառյալ մատյանում նշվել են «հրաժարվել են», «անձրևային եղանակ», «ցուրտ», «քամի», «ձյուն» բառերը՝ ընդգրկելով բոլոր պացիենտների անձնական տվյալները ներառող սյունակները: Այս գրառումներից ակնհայտ է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք մոտ 6 ամիս չեն օգտվել բացօթյա զբոսանքից:

Ուսումնասիրությունների ընթացքում պարզվել է, որ ոչ բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում են վարվում զբոսանքի մատյաններ: Բացի այդ, առկա են մատյանների վարմանն ու լրացմանն առնչվող խնդիրներ: Օրինակ՝ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում վարվող զբոսանքի մատյանում հոկտեմբերի 9-ն ավելի վաղ է լրացված, քան հոկտեմբերի 6-ը կամ նույն անձի անունը նույն օրը և նույն ժամին լրացված է 2 անգամ: Սրանք վկայում են մատյանը ձևական լրացնելու, բացօթյա զբոսանքի իրավունքի նկատմամբ անլուրջ վերաբերմունքի մասին: Այս առումով, անհրաժեշտ է ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բացօթյա զբոսանքի դուրս բերման արձանագրման մատյանների պատշաճ վարումը:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բացօթյա զբոսանքի իրավունքն ամրագրված է «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքում, որի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 15-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակեր-*

պոլթյունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք իրավունք ունեն հանգստի, ներառյալ՝ բացօթյա զբոսանքի (...):

ԽԿԿ իրավաբանության համաձայն՝ «հոգեթերապևտիկ բուժումը պետք է հիմնվի անհատական մոտեցման վրա (...): Հիվանդները պետք է հնարավորություն ունենան պարբերաբար օգտվելու հատուկ սարքավորված հանգստի սենյակներից և ամենօրյա բացօթյա զբոսանքից⁵³»:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքում նախատեսված չէ բացօթյա զբոսանքի կազմակերպման կարգ, ինչը նույնպես կարող է գործնականում բացօթյա զբոսանքի ապահովման կապակցությամբ խնդիրների առաջացման պատճառ լինել:

Ելնելով վերը նկարագրված դեպքերի ուսումնասիրություններից, միջազգային չափանիշներից և ներպետական օրենսդրությամբ ամրագրված իրավունքի իրացման պահանջից՝ անհրաժեշտ է՝

- ✓ ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ օրենքով սահմանված ամենօրյա բացօթյա զբոսանքի իրավունքի պատշաճ իրացումը՝ հաշվի առնելով, որ նշված իրավունքը չպետք է սահմանափակվի միայն այն պատճառով, որ անձն ունի հոգեկան առողջության խնդիր կամ երբևէ կատարել է օրենքով չթույլատրված արարք.
- ✓ ապահովել հոգեբուժական կազմակերպությունում պահվող անձանց իրավունքների, կոնկրետ դեպքում՝ բացօթյա զբոսանքի իրավունքի սահմանափակման յուրաքանչյուր դեպքի արձանագրումը հիվանդության պատմագրերում՝ համապատասխան հիմնավորմամբ:

3.8. Զբաղվածություն

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբաղվածության ապահովումն առանձնապես կարևոր է նրանց հոգեվիճակի, ինչպես նաև բուժման տեսանկյունից:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկում իրականացնելիս ուսումնասիրվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբաղվածությունը:

Մասնավորապես, հիմնականում հոգեբուժական կազմակերպություններում զբաղմունքի հիմնական միջոցն, ըստ էության, հեռուստացույցն է, որը սովորաբար տեղադրված է լինում բաժանմունքների միջանցքներում կամ հանգստի սենյակներում («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն», «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր):

53 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680696a72> կայքէջում, կետ 37:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մի մասի մոտ մեծ է գրքեր կարդալու ցանկությունը, սակայն կազմակերպություններում գրադարանները կամ գրքերը բացակայում են: Օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում պահվող որոշ անձինք ունեն գրքեր, որոնք փոխանցել են հարազատները:

Հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում չկան զբաղվածության և հանգստի համար առանձնացված սենյակներ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն): Մինչդեռ, կարևոր է, որ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, օրինակ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք օգտվում են նորակառույց զբաղմունքի սենյակից՝ երգում են, խաղում կամ մարզվում: Նման զբաղմունքի սենյակի կառուցման նախաձեռնությունն, իհարկե, ողջունելի է: Սակայն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր անձինք ունեն դրանից օգտվելու հնարավորություն, քանի որ նրանց բաժանմունքից դուրս գալու հնարավորություն չի ընձեռվում:

Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն նշել է, որ «*հոգեբուժական կազմակերպությունները գրեթե ամբողջությամբ հիմնված են ֆարմակոթերապիայի և հիվանդությունների փարածումը զսպելու վրա՝ առանց որևէ ֆիզիկական և սոցիալական վերականգնման, զբաղմունքի և սպորտազորական գործունեության տեսակների (...)*⁵⁴: Սլովակիայի վերաբերյալ 2006 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ *անհրաժեշտ է քայլեր ձեռնարկել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ավելի շար նպաստակալին զբաղմունքներով ապահովելու ուղղությամբ*⁵⁵»:

Վերոգրյալից կարելի է եզրակացնել, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբաղվածությունն ապահովելու խնդիր: Դա լուծելու նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ հոգեբուժական կազմակերպություններում առանձնացնել հանգստի և զբաղմունքի կազմակերպման սենյակներ.
- ✓ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար ավելացնել նպատակային զբաղմունքների տեսակներ կամ ստեղծել լրացուցիչ հնարավորություններ (օրինակ՝ գրադարան):

3.9. Կապն արտաքին աշխարհի հետ

Հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք արտաքին աշխարհի հետ կապի պահպանման տեսանկյունից գտնվում են խոցելի վիճակում, քանի որ երկարատև ժամանակահատ-

54 Տե՛ս <https://rm.coe.int/16806bf46f> կայքէջում, կետ 124:

55 Տե՛ս <https://rm.coe.int/1680697da1> կայքէջում, կետ 92:

վածով գտնվելով հաստատությունում, ըստ էության, կորցնում են կապն իրենց ազգականների հետ և մեկուսանում հասարակությունից: Իրականում, արտաքին աշխարհի հետ կապի պահպանումը կարևոր է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեվիճակի և լքված չզգալու համար:

Արտաքին աշխարհի հետ կապի տեսանկյունից արձանագրվել են նամակագրությանը և տեսակցություններին առնչվող խնդիրներ:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նամակագրության, այդ թվում՝ դիմում-բողոքների հնարավորության առնչությամբ հարկ է նշել, որ գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում դիմում-բողոքների և առաջարկների համար նախատեսված արկղիկները բացակայում են:

Նշվածի վերաբերյալ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի բոլոր բաժանմունքներում այցից հետո տեղադրվել են դիմում-բողոքների արկղիկներ և տնօրինության կողմից մշակվել է արկղիկները բացելու և դիմումները հաշվառելու ընթացակարգ:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 1-ին և 18-րդ կետերի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք իրավունք ունեն հաստատելու նամակագրական կապ, և հետագույնան, բուժման, դուրսգրման, օրենքով սահմանված իրենց իրավունքների պաշտպանության և ազատությունների խախտման վերաբերյալ դիմումներով, բողոքներով, անձամբ կամ պաշտպանի կամ օրինական ներկայացուցչի միջոցով դիմելու հոգեբուժական կազմակերպության ղեկավարին, նրա վերադաս մարմնին, դատարան, դատախազություն, Մարդու իրավունքների պաշտպանին, պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմիններին, հասարակական միավորումներին և կուսակցություններին, զանգվածային լրատվության միջոցներին, ինչպես նաև մարդու իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության միջազգային մարմիններին կամ կազմակերպություններին:*

Հոգեբուժական կազմակերպություններում դիմում-բողոքների և առաջարկների արկղիկների և դրանց վարման համապատասխան ընթացքակարգերի բացակայությունը բնականաբար խոչընդոտում է վերոնշյալ իրավունքի պատշաճ իրացումը:

Նշվածի հետ միասին, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում, օրինակ, կանխարգելման ազգային մեխանիզմի ստորաբաժանման ներկայացուցիչների մշտադիտարկման այցից հետո ողջունելի քայլեր են ձեռնարկվել: Բոլոր բաժանմունքներում տեղադրվել են դիմում-բողոքների արկղիկներ, ինչպես նաև տնօրինության կողմից մշակվել է այդ արկղիկները բացելու և դիմումները հաշվառելու ընթացակարգ:

Հեռախոսակապին առնչվող խնդիրները հիմնականում կապված են հոգեբու-

ժական կազմակերպությունների բաժանմունքներում տաքսոֆոնների կամ հեռախոսների բացակայության («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն), կամ դրանց անսարքության հետ («Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Մեկ այլ հարց կապված է հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ իրենց մոտ բջջային հեռախոսներ պահելու արգելքի հետ: Դրանք պահվում են կազմակերպության աշխատակիցների մոտ: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում և «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում անհրաժեշտության դեպքում ազգականներին զանգահարելու համար հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվում են իրենց անձնական հեռախոսները, որոնք պահվում են աշխատակիցների, մասնավորապես՝ բուժքույրերի մոտ:

Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում և Արմաշի առողջության կենտրոնում անհրաժեշտ դեպքերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք օգտվում են բուժքրոջ աշխատասենյակում տեղադրված քաղաքային հեռախոսից: «Արմաշի» առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց աշխատակիցներն են տրամադրում իրենց անձնական բջջային հեռախոսները: Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում բաժանմունքներից մեկում խնամվողներն իրենց ազգականներին զանգահարում են սոցիալական աշխատողի բջջային հեռախոսից, քանի որ այդ նպատակի համար նախատեսված այլ հեռախոս բաժանմունքում առկա չէ:

Նկարագրված բոլոր դեպքերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի իրացումը կախվածության մեջ է դրվում կազմակերպության աշխատակիցներից՝ որպես զրկանք ազգականների հետ կապի ապահովման տեսանկյունից: Սա կարող է չարաշահումների տեղիք տալ, քանի որ առանց այն էլ ոլորտը չունի իրավական կարգավորում:

Այլ իրավիճակ է Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում: Այստեղ բաժանմունքներում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձը կարող է իր մոտ ունենալ բջջային հեռախոս և կապ հաստատել, օրինակ, ազգականների հետ: Տաքսոֆոնը տեղադրված է առաջին հարկում, որի հասանելիությունը հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար խնդրահարույց է, քանի որ վերջիններս չունեն բաժանմունքից ինքնուրույն դուրս գալու և, փաստորեն, հեռախոսակապից օգտվելու հնարավորություն:

Նույն կազմակերպությունում անհրաժեշտության դեպքում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի սահմանափակման դեպքերը գրավոր չեն արձանագրվում: Իրականում, իրավունքի

սահմանափակման յուրաքանչյուր դեպք պետք է հիմնավոր և սպառիչ արձանագրում ստանա վերջիններիս բժշկական փաստաթղթերում:

Հարկ է նշել, որ հեռախոսակապից օգտվելու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքն ամրագրված է «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքով, որի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 2-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք իրավունք ունեն օգտվել հեռախոսակապից: Ավելին, նույն օրենքի հավելվածով սահմանվում են նշված իրավունքի իրացման համար չափանիշներ, որոնց համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպություններն իրենց տարածքում տեղադրում են առնվազն մեկ տաքսոֆոն հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց համար հասանելի վայրում:*

Վերոգրյալից պարզ է դառնում, որ հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի իրացումը պրակտիկայում պատշաճ չի ապահովվում:

Ինչ վերաբերում է տեսակցությունների կազմակերպմանը, ապա խնդիրներն այստեղ կապված են տեսակցությունների համար նախատեսված սենյակների չափերի կամ կահավորանքի անբավարարության կամ էլ սենյակների բացակայության հետ: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունքի տեսակցությունների սենյակում առկա են 1 սեղան և 3 աթոռ, իսկ արհեստական լուսավորությունը բացակայում է: Արմաշի առողջության կենտրոնում տեսակցությունների սենյակ նախատեսված չէ: Տեսակցությունները կազմակերպվում են բակում կամ նախասրահում գտնվող ժամանցի սրահում:

Տեսակցությունների հետ կապված մյուս խնդիրը վերաբերում է դրանց ընթացքում բացի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանցից և այցելուներից տեսակցությանը ներկա գտնվող այլ անձանց շրջանակին: Հիմնականում տեսակցությունները տրամադրվում են սանիտարի կամ բուժքրոջ ներկայությամբ (Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր), սակայն «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ և 7-րդ բաժանմունքներում դրանց ներկա է գտնվում նաև անվտանգության աշխատակիցը, ով ոստիկանության ծառայող է: Չի կարող արդարացված համարվել տեսակցությանն անվտանգության աշխատակցի կամ ոստիկանի մասնակցությունը:

Առանձին հարց է նաև նաև տեսակցությունների համար նախատեսված սահմանափակ ժամանակացույցը: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տեսակցությունները տրամադրվում են միայն աշխատանքային օրերին հստակ նախատեսված ժամանակահատվածում, այն է՝ ժամը 10-ից մինչև 16-ը, իսկ հանգստյան օրերին ընդհանրապես տեսակցություններ չեն թույլատրվում: Նշված գրաֆիկը կարող է լրացուցիչ դժվարություններ առաջացնել 7-րդ և 6-րդ բաժանմունքներում բուժում ստացող և դատահոգեբուժական փորձաքննություն անցնող այն անձանց ազգականների համար, ովքեր չունեն իրենց ազգականներ

րին հանգստյան օրերին կամ նույնիսկ աշխատանքային ժամերից հետո այցելելու հնարավորություն:

Պետք է նշել, որ «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 3-րդ կետով նախատեսվում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար այցելուներին հանդիպելու իրավունք: Նշված օրենքի հավելվածի 2-րդ գլխի 2-րդ կետով սահմանվում է, որ *անգործունակ կամ սահմանափակ գործունակ ճանաչված անձանց, ինչպես նաև անչափահաս հիվանդներին այցելուների հետ հանդիպման ժամանակ բժշկական համապատասխան ցուցումների դեպքում բժշկի հանձնարարությամբ ուղեկցում է փոխյա բաժանմունքի բուժքույրը, որի կապակցությամբ գրառում է կատարվում համապատասխան բժշկական փաստաթղթերում:*

Հետևաբար, ստացվում է՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տեսակցություններին կազմակերպության աշխատակիցները չպետք է մասնակցեն՝ բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի:

Այսպիսով, գործնականում չեն ապահովվում նամակագրության, դիմում-բողոքներ հասցեագրելու, հեռախոսակապից օգտվելու, ինչպես նաև տեսակցություններ ունենալու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքները: Ուստի, անհրաժեշտ է՝

- ✓ բաժանմունքներում տեղադրել դիմում-բողոքների համար նախատեսված արկղեր, սահմանել դրանք բացելու, հաշվառելու և հասցեատիրոջն ուղարկելու ընթացակարգ՝ ապահովելով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող խնամվողների գաղտնիության պահպանմամբ դիմում-բողոք գրելու հնարավորությունը, ինչպես նաև նշված արկղերի վրա կամ տեսանելի այլ վայրում փակցնել դիմում-բողոքներ գրելու վերաբերյալ տեղեկություններ.
- ✓ ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի լիարժեք իրացումը.
- ✓ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տեսակցությունները կազմակերպել պատշաճ կահավորված, առանձնացված և բարեկարգ սենյակներում.
- ✓ անհատական մոտեցմամբ մշակել տեսակցությունների տրամադրման ճկուն գրաֆիկ՝ նախատեսելով դրանց հնարավորություն նաև ոչ աշխատանքային օրերին և ժամերին.
- ✓ հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի սահմանափակման պատշաճ պատճառաբանությունն ամրագրել համապատասխան փաստաթղթում (օրինակ՝ հիվանդության պատմագրում)՝ ապահովելով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի հնարավորինս կարճաժամկետ և բացառիկ դեպքերում սահմանափակումը.

- ✓ բացառել տեսակցություններին առանց հիմնավոր պատճառի հոգեբուժական կազմակերպությունների աշխատակիցների մասնակցությունը:

3.10. Անձնագրեր և կենսաթոշակներ

Ինչպես Հայաստանի Հանրապետության յուրաքանչյուր քաղաքացի, այնպես էլ Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիություն ունեցող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացու անձնագիր ստանալու իրավունք: Անձնագրերի հետ կապված կարգավորումներն ամրագրված են «Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացու անձնագրերի մասին» ՀՀ օրենքում: Նշված օրենքի 4-րդ հոդվածի համաձայն՝ քաղաքացին անձնագիր ստանում է կամավոր՝ անկախ տարիքից:

Այս առնչությամբ արձանագրվել են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անձնագրերի տրամադրման հետ կապված խնդիրներ: Այսպես, քննարկվող հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց մի մասը չունի Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացու անձնագիր, ինչի հետևանքով զրկված է օրենքով սահմանված մի շարք իրավունքների իրացման հնարավորությունից («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն): Անձնագիր չունենալու պատճառով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք, մասնավորապես, զրկված են կենսաթոշակ ստանալու իրավունքից, քանի որ անձնագիր չունենալու հետևանքով նրանց նկատմամբ հաշմանդամության խումբ հնարավոր չէ սահմանել: Արդյունքում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող վերոնշյալ անձինք չեն կարողանում ստանալ աշխատանքային, այդ թվում՝ տարիքային և հաշմանդամության կենսաթոշակ:

Դրա հետ միասին, հոգեբուժական կազմակերպություններում բացակայում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսաթոշակ տրամադրելու և վերջիններիս կողմից այն ինքնուրույն տիրապետելու մեխանիզմներ: «Արմաշի» առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող և կենսաթոշակ ստացող անձանց պնդմամբ՝ ստացած գումարի մի մասը պահում են իրենց մոտ, իսկ մնացած մասը տալիս են կենտրոնի աշխատակցին «իրենց հաստատությունում պահելու համար»:

Նշված խնդրի լուծմանը կարող են նպաստել, օրինակ, համապատասխան մատյանների նախատեսումը և դրանց վարման նկատմամբ խիստ հսկողության սահմանումը, հոգեբուժական կազմակերպություններին մոտ բանկոմատների տեղադրումը և այլն:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսաթոշակ տրամադրելու և նրանց կողմից այն ինքնուրույն տիրապետելու մեխանիզմների բացակայությունը կարող է հանգեցնել չարաշահումների: Նման չարաշահում-

ների բացառման, ինչպես նաև անձնագրային խնդրի լուծման համար անհրաժեշտ է՝

- ✓ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ապահովել անձնագրերով.
- ✓ մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսաթոշակ տրամադրելու և վերջիններիս կողմից այն ինքնուրույն տիրապետելու մեխանիզմներ՝ բացառելով հնարավոր չարաշահումները:



**HUMAN RIGHTS DEFENDER
OF THE REPUBLIC OF ARMENIA**



AD HOC PUBLIC REPORT

**ON ENSURING RIGHTS OF PERSONS WITH MENTAL HEALTH
PROBLEMS IN PSYCHIATRIC ORGANIZATIONS**

YEREVAN 2018

CONTENTS

INTRODUCTION.....	99
METHODOLOGY	100
CHAPTER 1. SYSTEMIC PROBLEMS OF ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH PRESERVATION.....	103
1.1. Absence of a unified policy in the field of mental health preservation and problems connected with the paid psychiatric services.....	103
1.2. Deinstitutionalization, rehabilitation and social inclusion in the mental health sphere	109
CHAPTER 2. MEDICAL AID AND SERVICES OF PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS.....	114
2.1. Application of Compulsory Medical Measures in Criminal Procedure:.....	114
2.2. Exposing a Person to a Voluntary or Compulsory Treatment in a Psychiatric Organization	118
2.3. Means of Restraint	123
2.4. Medical Personnel	130
2.5. Drugs.....	134
2.6. Laboratory and other Studies.....	137
2.7. Recording the Disease Histories.....	139
2.8. Ambulance Service and Dispensary Control.....	140
2.9. Screening Tests and Possibility of Making Use of other Medical Services	141
2.10. Non-medication Treatment and Psychological Assistance	145
CHAPTER 3. THE KEEPING CONDITIONS OF PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS, ATTITUDE TOWARDS THEM.....	148
3.1. Overcrowding.....	148
3.2. Living Conditions.....	150
3.3. Organization of Bathing.....	155
3.4. Ensuring Proper Nutrition	156
3.5. Care of People with Movement Problems	159
3.6. Non-unified Practice of Notification the Law Enforcement Agencies on Injuries	160

3.7. Outdoor Walk.....	162
3.8. Occupation	164
3.9. Connection with the Outside World	165
3.10. Passports and Pensions.....	168

INTRODUCTION

The Constitutional Law of the RA (hereinafter the Constitutional Law) “On the Human Rights Defender” of December 16, 2016 has rendered the status of the National Preventive Mechanism to the RA Human Rights Defender defined by the Optional Protocol of the UN Convention of 1984 “Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment” adopted on December 18, 2002.

Article 28 of the Constitutional Law defines the authorities of the Defender in the status of a National Preventive Mechanism, establishes the possibility of the Human Rights Defender to visit psychiatric organizations periodically, as well as, out of necessity.

The existence of psychiatric organizations in the sphere of jurisdiction of the National Preventive Mechanism is conditioned by the necessity of carrying out a consistent work in accordance with internationally accepted principles in the field of ensuring the rights of persons with mental health problems from the aspect of guaranteeing the rights of persons with mental health problems and prevention of violations.

The question is especially sensitive in respect to the fact that it concerns persons who can be held in psychiatric organizations against their will or cannot make public the problems troubling them, cases of violation or disdain of their rights conditioned by their state of health. Therefore, the sphere needs a thorough study, revelation of the systemic problems and accentuation the concrete directions for their solution.

The ad hoc public report is aimed just to promote the solution of all these problems.

It is particularly emphasized that the report does not aim to assess the professional activities of the medical personnel of the psychiatric organizations. The high humanitarian mission of the physician is always appreciated in the Human Rights Defender’s activity system, and the condition of ensuring the rights of specialists of the medical sphere is under the prior attention.

The report exclusively discusses problems that are related to the imperfections in management, control, legislative regulation and so on. These are the problems that affect negatively the condition of the mental health preservation and the quality of services rendered, irrespective of the professional skills of the medical staff, devotion and conscientiousness towards the mission committed.

METHODOLOGY

This report is based on the results of monitoring visits during 2017 to the organizations¹ subordinate to the Ministry of Health of RA, regional administrations as well as the Ministry of Labor and Social Affairs of RA. These visits were conducted by the specialists of Department for Prevention of Torture and Ill-Treatment of the Human Rights Defender's staff and the independent experts (lawyers, a psychologist, a sociologist, doctors, including a psychiatrist) of the National Preventive Mechanism.

The visits were unannounced and had a clear methodology. During the visits to the psychiatric organizations, particularly, the material conditions of persons with mental health problems, the state of their rights and freedom, treatment and care, as well as other documents related to the ensuring of their rights have been studied. Private interviews with the employees of the organizations and persons with mental health problems were held. And while recording problems in private interviews with the latter, they were checked several times by a special method, including verification of the same question in private talks with other patients.

During the visits, technical facilities were used, particularly, photographic, distance, temperature and humidity measuring devices.

At the end of the visit, the raised problems were discussed with the management of the organization and the competent medical staff, the problems and the needs raised by the management of the organizations were also recorded.

The staff of the psychiatric organizations willingly cooperated and supported the activities of the subdivision realizing the functions of the National Preventive Mechanism for ensuring the rights of persons with mental health problems.

As a result of comparison and analysis of information, documents and legislative regulations of the sphere obtained during the visits, both practical problems as well as gaps and imperfections in the legislative regulation have been raised.

In connection with the recorded problems and their solutions, the Human Rights Defender's staff conducted discussions, demanded clarifications on the visits from the competent authorities by presenting them analyzes summarizing the results of each visit. They not only described the raised problems, but based on the professional analysis also suggested legal and practical mechanisms for solution, contained suggestions on

¹ During 2017, monitoring visits were made to the following organizations: "Republican Clinical Hospital of Neuroses and other Borderline States" CJSC of the Ministry of Health, "Avan" Mental Health Center" CJSC of the Ministry of Health, "Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home" SNCO of the Ministry of Labor and Social Affairs, "Gyumri Center for Mental Health" CJSC of Shirak Regional Administration, "Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary" CJSC of Syunik Regional Administration, "Lori Regional Psychoneurological Dispensary" SNCO of Lori Regional Administration, "Nubarashen" Psychiatric Center" CJSC of the Ministry of Health, "Armarsh Health Center after Academician A. Hayriyan" CJSC of Ararat Regional Administration.

In the statement of this report, the names of the mentioned organizations are used without mentioning the departmental subordination and organizational-legal form for the reason of ensuring simplicity.

making changes and additions in the legal acts of the sphere.

The received clarifications and information were reflected in this report.

The sources of information for the National Preventive Mechanism were also the individual complaints submitted to the Human Rights Defender, as well as the published materials and studies by the international organizations, NGOs and mass media.

In the course of the visits, as well as in the preparation of this report, the reports on the visits to Armenia of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (hereinafter the CPT) also have been assumed as a basis, particularly paying attention to the continuous problems recorded in the psychiatric organizations, the proposals directed to the government for their solution and the steps undertaken by the state in that regard.

During 2017 the state of ensuring the rights of persons with mental health problems, the sphere problems and the main directions of their solution were discussed at the meetings of the Advisory Council for the Prevention of Torture adjunct to the Human Rights Defender of RA consisting of the representatives of non-governmental organizations and independent experts.

During 2017, just before the visits, training courses were organized on the principles and methodology of studying the human rights in the psychiatric organizations. Both the Human Rights Defender's staff employees and the members of the Advisory Council for the Prevention of Torture and the representatives of non-governmental organizations participated there.

Besides, an experience exchange seminar of connected with the introduction of the international criteria for the monitoring of psychiatric organizations was held with the participation of the representatives of the Human Rights Defender's staff jointly with the representatives of a number of foreign countries' National Preventive Mechanisms together with the international experts. Moreover, a working manual² for the National Preventive Mechanism for carrying out monitoring in the psychiatric organizations has been developed at the Defender's Staff with the participation of an international expert and the representatives from other countries, which was also used during the monitoring.

The mentioned courses, the experience exchange program and the manual pursued the goal of increasing the effectiveness of monitoring activities in psychiatric organizations by the representatives and experts of the subdivisions of the National Preventive Mechanism during 2017.

The problems raised during the monitoring, the professional analyzes in connection with them and proposals directed for their solution are systematized in this report. At the same time, the report is divided into 3 chapters, each of which in its turn contains

2 See http://www.ombuds.am/images/Uxecuyc_hogebuzharanner_15.03.2018.pdf website

paragraphs concretizing the general problem.

The first chapter of the report is devoted to the systemic problems of organization of preservation of mental health. This chapter deals with the absence of providing unified approaches to psychiatric services, the problems connected with the paid services, as well as the deinstitutionalization, rehabilitation and social inclusion in the sphere of mental health.

The second chapter presents the problems raised in connection with the medical aid and service of people with mental health problems, referring to the use of medical nature compulsory measures against insane persons, exposing a person to undergo a compulsory treatment in a psychiatric organization, means of restraint, medical staff of the institutions, medicines and a number of other issues.

The third chapter reflects the problems related to the material conditions of the persons with mental health problems and the attitude towards them. Here such problems as the overcrowding of the institutions, daily living conditions of persons with mental health problems, organization of bathing and laundering, proper nutrition ensuring, as well as other important problems are presented.

CHAPTER 1.

SYSTEMIC PROBLEMS OF ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH PRESERVATION

1.1. Absence of a unified policy in the field of mental health preservation and problems connected with the paid psychiatric services

According to Article 85 of the Constitution of RA, everyone (...) has the right of health preservation. This constitutional right also concerns to the preservation of a person's mental health, which, in accordance with Article 5 of the RA Law "On the Psychiatric Aid", includes both *the mental health improvement and mental disorders prevention, as well as ensuring the necessary comprehensive and affordable medical aid, care and other forms of assistance for persons with mental disorders.*

According to part 1 of Article 4 of the same Law, *the mental health preservation process is organized by the Authorized Bodies of the Government of the Republic of Armenia, and is realized by the psychiatric organizations established for that purpose.*

In this regard, it should be noted that the psychiatric organizations in Armenia function under the subordination of various bodies. So, "Nubarashen" Psychiatric Center³, the Sevan Psychiatric Hospital, "Avan" Mental Health Center, the Republican Clinical Hospital of Neuroses and other borderline states function at the Ministry of Health, the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neurological Psychiatric Dispensary, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, Armash Health Center function under the Regional Administration subordination and in the field of jurisdiction of the Ministry of Territorial Administration and Development. The "Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home" SNCO "Dzorak" Center for the care of the persons with mental problems, where, besides the care, psychiatric medical aid and services are implemented, are functioning under the subordination of the Ministry of Labor and Social Affairs.

The monitoring and the study of the activities in all these organizations have shown that such a decentralized departmental subordination has led to the absence of a proper supervision by each of the Authorized Bodies in the sphere of its jurisdiction.

After each visit to a psychiatric organization, the results were sent to several bodies simultaneously aiming to draw the attention of each of them to the existing problems

³ Based on the Decision No.1165-A of September 22, 2017 of the Government of the Republic of Armenia on the fusion and reorganization of "Nork" Psychiatric Center and "Nubarashen" Psychiatric Center Closed Joint-Stock Companies and formation of the "National Center for Mental Health Preservation" Closed Joint Stock Company "Nubarashen" Psychiatric Center was reorganized. However, in this report, the name "Nubarashen Psychiatric Center" is used for the reason that the above mentioned reorganization process was not completed at the time of the monitoring visit

in the sphere of its jurisdiction.

For example, numerous psychiatric aid and service problems discussed in this report, including rough violations of the instructions defined by the Orders of the Minister of Health, were recorded during the visits to psychiatric organizations under the jurisdiction of the Regional Administrations. Therefore, the analyses reflecting the results of the visits were sent to the Ministry of Territorial Administration and Development, which, in its turn, sent them to the Regional Administrations and psychiatric hospitals as well as to the Ministry of Health.

The absence of the centralized departmental subordination in the sphere of psychiatric aid may not be problematic itself if it did not have a negative impact on the unity of the principles and standards of psychiatric services, ensuring the proper cooperation between various bodies on the problem of social integration of the persons with mental health problems as well as the effectiveness of state supervision over the sphere.

It is also due to such facts that at the system level sufficient steps are not undertaken by these bodies in the direction of solution of the problems recorded during the monitoring.

In the field of psychiatric aid there is no systematic and interconnected work of different bodies from the standpoint of separation of the functions of each of them, ensuring proper supervision over the jurisdiction field of each body and proper implementation of coordinated and co-agreed work on separate problems.

The Ministry of Health of RA, as the Competent Body in the field of public health, has not properly touched upon the problems connected with its competence. The latter provided similar clarifications of general nature, mainly simply referring to “The Strategy of Ensuring Medical Services Quality of the Republic of Armenia” approved by the Protocol Decree No 8 of the Government session dated February 26, 2015, and to the list of measures that it provides. The Ministry noted that they will be used in psychiatric organizations and will contribute to the improvement of the quality of the work without touching upon the numerous problems raised concerning its jurisdiction. **The Ministry has basically avoided the raised issues ignoring the problems concerning just its own jurisdiction.**

The Ministry of Territorial Administration and Development of RA, in its turn, instead of studying the raised problems and undertaking respective steps within its competence, has presented the clarifications compiled on the basis of discussions of the directors of the corresponding psychiatric organizations with the heads of the Regional Administrations.

Under these circumstances, the detailed clarifications of the Ministry of Labor

and Social Affairs on the problems registered at the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, functioning under the subordination of the Ministry, with an indication of the works done and the foreseen upcoming steps should be especially appreciated.

The package⁴ of manuals on the mental health policy and services related to the proper organization of psychiatric services of the World Health Organization predetermined the directions of the state policy in the field of mental health preservation based on the advanced international experience study and summarizing results. In particular, according to this international organization, the services for the persons with mental health problems should be provided in a mutually agreed manner, ensuring their social, psychological and medical needs.

The psychiatric services should work jointly together with the non-psychiatric, general health, social services, home support, day centers, psychological and rehabilitation programs.⁵

The absence of united approaches has also brought to the problem of affordability of psychiatric services **in connection with the paid psychiatric services guaranteed by the state.**

Thus, Article 85 of the Constitution of the Republic of Armenia not only defines the right of health preservation for everybody but also states that *the list of the free basic medical services and the provision procedure is defined by the law.*

According to part 1 of Article 7 of the Law of the RA “On Psychiatric Aid”, **the psychiatric aid for persons with mental disorders is implemented at the expense of the state resources within the framework of targeted programs guaranteed by the state.** At the same time, part 2 of the same Article obliges the state to guarantee psychiatric aid connected with advisory, diagnosis, treatment and social rehabilitation in hospital and outpatient conditions and so on. In accordance with part 2 of Article 4 of the same Law, the Government Decree No. 1686-N of December 9, 2004 has approved the list of types of psychiatric aid and services that includes psychotherapeutic medical aid, care of the chronic psychiatric patients as well as their rehabilitative treatment.

According to point 2 of the Supplement of Decree No 350-N of April 1, 2010 of the Government of the RA “On Approval of Procedure for Providing Outpatient and Hospital Psychiatric Medical Aid” **the outpatient psychiatric medical aid (e.g. examination to verify the diagnosis, provision of consultative medical assistance to persons with mental disorders) as well as hospital psychiatric medical aid stated in paragraph 27 (e.g. examination and treatment of patients regardless of the part of the day, daytime or twenty-four-hour) is provided for free.**

4 See http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/ website

5 See https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf website, page 5.

At the same time, according to paragraph “c” of subparagraph 1 of point 12 of Supplement 2 of Decree No 318-N of March 4, 2004 of the Government of the RA **the mental health medical aid services were defined as a type of free hospital medical aid and service guaranteed by the state for all the groups of population.**

Moreover, based on the above-mentioned Decree No 318-N of the Government, the Minister of Health, by the Order No 49-N of September 18, 2013, approved the standard for organizing the psychiatric aid within the frames of the free medical aid and service guaranteed by the state. According to Point 7 of the Supplement of the mentioned Order **“*Psychiatric service in ambulatory-polyclinic medical organizations is free for all the groups of population, at all levels of the service organized within the frames of free medical aid and service guaranteed by state*”.**

In this regard, the current policy being implemented in connection with the legislative changes is worrisome. The point is that the Ministry of Health has developed and put into circulation a draft law that envisages amendments and supplements to the RA Law “On Medical Aid and Services of Population” which defines a comprehensive list of basic free medical services not foreseeing psychiatric aid and service.

In spite of guaranteed by the state and by currently in force legislative requirement for psychiatric aid and service to be free the psychiatric organizations have defined the list of the psychiatric paid services and their tariffs (e.g. “Avan” Mental Health Center, “Nubarashen” Psychiatric Center, the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neurological Psychiatric Dispensary, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary).

At the same time, in the psychiatric organizations functioning under the subordination of the Ministry of Health of the RA, these tariffs are defined by the internal legal acts of the organization, and those under the subordination of the Regional Administrations - by the individual legal acts of the Head of the Administration (except for the Gyumri Mental Health Center where the tariffs are defined by the Executive Director).

The establishment of paid services and their tariffs in psychiatric organizations at different departmental levels, in other words, regulating similar legal relations with legal acts having different juridical force is problematic from the point of view of logic of legal acts system and legislative requirements submitted to legal acts.

Thus, in accordance with part 5 of Article 2 of the Law of RA “On Legal Acts”, *“individual act is the legal act of the bodies, referred to in the first part of this Article, adopted within the frames of their powers, which has a temporary or permanent nature, is foreseen for a single or multiple application, does not contain a legal norm and **establishes the rules of conduct for directly individually mentioned (foreseen) only there physical or juridical persons or state or local self-governing bodies or state or community institutions (hereinafter Person)**”.*

According to the parts 5 and 6 of the mentioned Article of the same Law, ***individual and internal legal acts are adopted only in accordance with the normative legal act and in the frames established by it.***

The above-mentioned legislative regulations proceed from the fact that the individual legal act must directly affirm the addressees of the application of the act, based on a normative legal act not exceeding the limits established by it.

Meanwhile, from the study of legal acts defining psychiatric paid services it becomes clear that these are either individual legal acts (for example, Head of the Lori Administration's Decision No. 131-A of May 3, 2016) or internal (local) legal acts (for example, Order L-20 of September 1, 2017 of the Director of "Nubarashen" Psychiatric Center).

The solution of the mentioned problems by the individual legal act directly contradicts the requirement of legislation that such a legal act should have an addressee (addressees) envisaged in the act. Besides that, both in cases of individual or local legal acts, the Law requires the existence of a normative legal basis, which should predetermine the volume of regulation of those acts. With regard to the latter, it should be underlined that, in such a "legal basis", not normative legal regulations are underlying in the acts of the competent authorities, but the approximate prices of the staff of the Ministry of Health of RA of N1/3457-15 of March 30, 2015 for the paid services of Psychiatric medical aid and services.

This unacceptable position of defining psychiatric paid services causes problems not only in terms of discrepancy with the general requirements for the formation of legal acts, but as a result generates formation of practice in the field of mental health principally contradicting the state policy and, in particular, the will of the legislator. This also causes inadmissible contradictions connected with the guarantees of the rights of addressees-individuals of those acts.

Thus, psychiatric services are not actually ensured by the state with the guaranteed volume in **the sense that as services not included in the free psychiatric aid and services that is services rendered on a paid basis**, are defined, for example, by the Decision 350-N of the Government is directly defined: consultative medical aid with a psychiatrist and psychologist or examination for the purpose of diagnostics.

According to the official clarification of the competent body developing and implementing the Government's policy in the field of public health of the Ministry of Health, *"it doesn't possess information on paid basis aid and service in the organizations implementing psychiatric aid and service"*. Moreover, it is interesting that the psychiatric organizations refer to the same approximate prices defined by the staff of the Ministry of Health as a legal basis for rendering paid psychiatric services in case of non-possession of such information by an Authorized Body.

One of the consequences of the departmental such unjustified discretion on defining the scope of paid psychiatric services and their tariffs is that a differentiated approach has been displayed in the discussed legal acts connected with having or not the Armenian citizenship the person in need of psychiatric aid.

By the force of Article 2 of the RA Law “On Psychiatric Aid”, *the Law is applied both to RA citizens and foreign citizens and stateless persons that are in the territory of the Republic of Armenia*. Therefore, foreigners should make use of the state-guaranteed psychiatric services, in general order.

Whereas, for example, in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, according to the approved price list, services rendered free of charge to RA citizens, such as examination for verifying diagnosis in outpatient or hospital conditions, consultation of a psychiatrist are provided on a paid basis to the persons not having the Armenian citizenship (it’s just enough to note that the cost of one day treatment in hospital conditions is defined 15,000 AMD). The Yerevan and other regional psychiatric organizations work with the same differentiated approach. The mentioned data for paid services are based on the study of the official documents hanging in the receptions of psychiatric organizations or the price lists provided by the Ministry of Territorial Administration and Development in cases of psychiatric organizations functioning under the subordination of the Regional Administrations.

Though in these price lists there is foreseen an exception from the principle of rendering paid services for persons included in the socially poor and separate groups of population for receiving free and privileged terms of medical aid and services guaranteed by state, nevertheless, this is not a solution of the problem in the sense that free psychiatric aid is guaranteed irrespective of the social status of a person or belonging to a particular category.

Moreover, the advisory services in the Lori and Shirak psychiatric organizations are rendered to the citizens of Armenia on a paid basis, based on the fact of the latter’s living outside that medical institution service area or being a resident of another region.

In this regard, not in all the regions of the Republic of Armenia psychiatric organizations operate and, in such circumstances, it turns out that not only the physical accessibility of receiving psychiatric aid is not ensured for the residents of these regions, but also they have to pay for the guaranteed by law psychiatric services only because they are not residents of the “service area” of the psychiatric organization. **This directly contravenes the state’s international commitment to ensure availability and accessibility of psychiatric aid for all the layers of the society. Such practice is immediately subject to elimination.**

Summarizing the above, one can emphasize the following problems connected with psychiatric paid services.

- ✓ not proper public supervision over the unity of the policy principles of the sphere, conditioned with different subordination or jurisdiction sphere of the psychiatric organizations;
- ✓ defining the lists of paid services in guaranteed conditions of ensuring free psychiatric aid and service envisaged by Law, moreover, by legal acts having lower juridical force;
- ✓ baseless differentiation of types and tariffs of paid services by psychiatric organizations;
- ✓ establishing discriminatory and unjustified high tariffs for persons not having the Armenian citizenship in the conditions of legislative regulation of granting free psychiatric aid irrespective of citizenship.

One of the priorities of public policy in the field of mental health should be the accessibility of psychiatric services, taking into account the social situation of the population. It should be remembered that the mental health is one of the most sensitive spheres of human health preservation.

The reasons for refusing the current system for transition from psychiatric free services to the paid system and in case of transition to another system its advantages should be reasonable.

Of course, the public obligations towards a person with mental health problems inevitably generate the problem of financial burden. However, changes can be justified only when their non-fulfillment will significantly worsen the sphere's beneficiaries', patients' rights and interests' protection system as well as will be based on the fair balance of the state's financial condition and the social policy in a concrete period of time. At the same time, regardless of the degree of substantiation of the change, the state in accordance with its functions proceeding from the concept of social state should envisage state interference question in cases of social insecurity and financial accessibility of psychiatric organizations, especially taking into consideration the fact that there are also patients from socially poor families in psychiatric organizations. Therefore, the financial policy of the sphere should be carried out in such a way that it does not violate the right of the patient to make use of the accessibility of psychiatric services.

1.2. Deinstitutionalization, rehabilitation and social inclusion in the mental health sphere

The international fundamental documents guaranteeing a person's right of health preservation determine the state obligations to undertake comprehensive measures for ensuring the highest possible level in the direction of physical and mental health

of a person.

Thus, in the “Mental Health and Human Rights” report of 2017 of the UN High Commissioner for Human Rights the following directions are predetermined as an advanced experience of the state policy in the field of mental health preservation:

1. Preservation of Mental Health Rehabilitation

The main accentuation of the community-based mental health services should be the support of people with mental health problems to achieve their own aspirations and aims. Such a rehabilitation approach implies the necessity for “listening and responding to people” taking into consideration their condition, which, in its turn, contributes to the work with a person with mental health problems as equals and to his rehabilitation. In this respect, it is extremely important that working with the person staff being well-informed about the latter’s psychological traumas is competent enough to avoid the person’s double suffering of the trauma, social isolation and alienation, as well as to contribute to their reintegration in the society.

2. Ensuring of Community-Based Services

The international progressive experience testifies that the preservation of health of separate groups of population, in particular, the persons with mental health problems, is effective when the accessibility of inter-branch and de-medicalization services are ensured. The state should ensure rehabilitation medical aid in communities and in the primary unit of the health system.

3. Deinstitutionalization

Effective deinstitutionalization requires, first of all, the implementation of consciousness that the right to live in the community is more than just the physical existence of a person in the community. The social support system for persons with psycho-social problems should be fully accessible (e.g. contribution to the person’s education, having job, his social contacts, etc.).

In the European program on 2013-2020 mental health actions it is mentioned that there is a commitment to the development of deinstitutionalization and community-based mental health care services in the region. There is an agreement that care and treatment should be carried out at the local level, as large psychiatric organizations often lead to a neglect and institutionalization. Thus, the increase of the role of cooperation of primary care in the community institutions and multidisciplinary specialists in the mental health sphere has become fundamental⁶.

According to the World Health Organization, manual for organizing Mental Health Services, deinstitutionalization is an important part of reformation of the mental health

6 See http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf. website

services system. It's more than freeing people from long-term treatment in hospitals.

Significant changes are required for the implementation of services, including mainly the alternative rather than hospital services in the community. The provision of services in the community should be directed to the reduction of the number of patients in psychiatric organizations. Deinstitutionalization can pass by stages when the community alternatives will be already available. Its implementation requires strict obligations from the developers, organizers and doctors⁷.

Besides, in the report, worked out with the support of the European Commission, on the long-term care of persons with severe mental illnesses, it is mentioned that one of the directions of mental health care implementation strategy is the improvement of the quality of the provided care in psychiatric organizations and deinstitutionalization in the community. These measures are especially important in those countries where psychiatric organizations are still responsible for a considerable part of the care provided to persons with mental health problems. National programs on mental health should include a strategy aimed at the improvement of the living conditions of patients and the quality of the latter's care, including the promotion of human rights and the strengthening of respect towards them. At the same time, the rehabilitation programs should be developed and implemented both inside and outside the organizations aimed at preparing patients to live inside the society and their social integration, regardless of the fact at what stage of deinstitutionalization is their country of residence.

At present, there is a wide agreement in the international community that it is necessary to pass from the traditional care model implemented in big psychiatric organizations to a community-based mental health care contemporary model. The main reasons for this change are:

- ✓ for people with chronic mental health problems community-based services are more accessible than services provided in traditional psychiatric organizations;
- ✓ community-based services ensure a greater satisfaction and compliance with the persons' requirements. They also promote the continuity of care and the flexibility of services making possible the early diagnosis and treatment of the recurrence of the disease, its consistency;
- ✓ community-based services contribute to more protection of the rights of persons with mental health problems and prevent those persons from stigmatization;
- ✓ compared to other models of ensuring mental health the community-based services ensure better results connected with the consistency of treatment programs, clinical symptoms, persons' quality of life and professional rehabilitation;

7 See http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1 website

- ✓ community-based services are less costly than hospital care;
- ✓ in case of correct deinstitutionalization, the majority of patients moved from hospital to community are more satisfied, have fewer negative symptoms and conduct a better social life⁸.

At present the psychiatric service system in the Republic of Armenia is mostly concentrated on the psychiatric organizations around outpatient and hospital care services, hospital medical aid and service. Mental health preservation and support of alternative services at community level generally is not accessible for people with mental health problems without isolation from their residence and public life. Under insufficient conditions of social rehabilitation and care institutions, a full recovery of persons with mental health problems cannot be ensured.

According to the World Health Organization, mental health is a state of welfare where each individual realizes his potential, is capable to overcome the natural stresses of life, work efficiently and contribute to his community⁹. Hence, mental health rehabilitation measures should be directed to the above-mentioned, which, however, is practically impossible in the current psychiatric system conditions.

Therefore, one of the prior directions of the mental health preservation state policy should be the formation and development of care and social services system as an alternative just to psychiatric medical services.

Connected with this, it should be noted that the existing problems in the sphere and the priorities of their solution have been recorded by the Government of Armenia since 2013, with the confirmation of “The concept of providing alternative services for the care and social services of persons with mental health problems”¹⁰, as well as with the adoption of the RA Government Decree “On approval of the strategy of mental health care preservation and improvement for 2014-2019 in the Republic of Armenia and the list of measures of ensuring the implementation of the strategy”¹¹. The legislative bases for the introduction of care and social services system have been fixed by the Decision N 1533-N of the RA Government of December 17, 2015 “On approval of the procedure for providing alternative services for care and social services of persons with mental health problems at twenty-four-hour care homes”¹².

As to the practical steps taken in that direction, it should be noted that, according to the official clarifications of the competent state authorities, “Dzorak” Center of Care for Persons with Mental Health Problems” SNCO was established in Yerevan in 2015

8 See https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf website

9 See http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ website

10 See https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/arc_voroshum/2013/05/qax17-7.pdf website

11 See <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=90364> website

12 See <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747> website

where twenty-four-hour care is provided to persons having mental health problems with comparatively preserved abilities. In Spitak, the Spitak Care House for the persons with mental health problems began to function in 2016 for 16 persons having mental health problems.

The results of monitoring testify that a significant part of persons kept in psychiatric organizations are in the institution not for a provision of medical care, but for a care necessity, which cannot be ensured outside of the psychiatric organization because of not sufficiency of care implementation specialized institutions.

Moreover, it should be noted that alternative services in the sphere of mental health preservation imply not only care ensuring but also social-psychological rehabilitation of persons with mental health problems, restoration of the latter's' ability to be engaged in work activities and their social status, support of the entire realization and assistance to social engagement right of living with other persons in the community on equal bases¹³.

Therefore, it is necessary to ensure the alternative services of mental health preservation aimed at the continuity and consistency of the measures for the full introduction of the initiated system through the way of the establishment of care homes, ensuring sufficient material and everyday life conditions, taking practical steps towards the professional training of specialists of the sphere.

13 See <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747> website

CHAPTER 2. MEDICAL AID AND SERVICES OF PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS

2.1. Application of Compulsory Medical Measures in Criminal Procedure:

In case a person commits a socially dangerous act envisaged by the Criminal Code of the Republic of Armenia, it becomes necessary to find out if he was capable to give account of his actions and control them at the time of the crime. That is, in such cases it is necessary to find out the sanity of the person, who committed a socially dangerous act, by conducting an appropriate expertise and beginning the proceedings¹⁴ with the application of compulsory medical measures against the psychiatric patients in accordance with the procedure prescribed by the Criminal Procedure Code of the RA.

Thus, according to Article 451 of the Criminal Procedure Code of the RA, the proceedings on application of compulsory medical measures are instituted at the pre-trial stage and, according to Article 464, the court decides on the application of compulsory medical measures against the person who committed an act in the state of insenity not authorized by criminal law.

This procedure practically requires a long time. In case when a person who has committed an act not authorized by criminal law needs a psychiatric aid and is dangerous for himself or for the society, the only legislative solution towards a person is the application of a security measure¹⁵ by placing him in a psychiatric hospital prior to the decision of applying compulsory medical measures against the latter. However, **Article 459 of the Criminal Procedure Code of the Republic of Armenia** relating to the placement in a psychiatric organization **does not touch upon the problem of the possibility of a person's treatment or care during the application of the security measure at all.**

In practice such situation causes problems. Thus, in the 7th medical ward of "Nubarashen" Psychiatric Center, seven people with mental health problems were kept, towards whom the court has applied a security measure by placing them in a special psychiatric ward. Although there is no indication about treatment in the judicial act, however, the psychiatric organization carries out treatment. **According to the**

14 Here it is not about the proceedings on the application of compulsory medical measures against persons who fell sick with mental illness after the case which is regulated by a separate chapter of the Criminal Procedure Code of the Republic of Armenia.

15 According to Article 457 of the Criminal Procedure Code of RA, the security measures, in case of necessity, applied against the person who committed an act in an insane state not authorized by the Criminal Code are two: handing the patient to relatives, trustees, guardians and placing in a psychiatric hospital.

medical staff assertions the latter's consent is not required for the treatment, since the expertise conclusion always contains a record which recommends to implement compulsory treatment against a person under special control in the psychiatric ward.

Actually, the corresponding judicial act but not the expertise conclusion should be the basis for the compulsory treatment, however, in the studied judicial acts on the application of a security measure by placing in a psychiatric hospital the issue of the necessity of treatment is not touched upon, perhaps because of the absence of appropriate legislative regulations. **As a result, compulsory treatment is implemented against a person, that is, a treatment without his informed consent and (or) a corresponding judicial act.**

It should be noted that in this situation compulsion formally concerns only the placement in a psychiatric hospital rather than the treatment according to the law of our country. In fact, the placement of a person in a psychiatric hospital should follow the aim of either treating him or ensuring a care. As a result, there may appear an issue of consent with regard to the compulsory treatment not mentioned in the judicial act but implemented in practice as it is not always that compulsion may refer just to the treatment. Moreover, the Law "On Psychiatric Aid" of the RA in itself does not consider the consent of the person mandatory if there is a compulsion and it concerns just the treatment. According to part 3 of Article 15 of this Law, *the treatment of a person suffering from mental disorder can be carried out without his consent or his legal representative, in cases of application of statutory compulsive medical measures and not voluntarily (compulsory) hospitalization.*

The question is that Article 457 of the Criminal Procedure Code of RA does not regulate the question of treatment or organizing hospital care in connection with the application of a security measure by the placement in a psychiatric hospital towards persons who have committed acts, unauthorized by the Criminal Code, in the state of insanity. Whereas it is evident that the placement in a psychiatric hospital cannot be an end in itself, but should pursue the aim of treating a person or providing a hospital care.

With this regard the new Criminal Procedure Code draft justly defines that medical control, as means of security, is keeping a person representing danger for the society in a psychiatric institution for **the aim of providing hospital care or ensuring treatment** when touching upon the types of compulsion measures applied to persons with mental illness or mental disorders.

In accordance with point 3 of part 1 of Article 17 of Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe, *a person may be subject to a compulsory*

*hospitalization only if the hospitalization pursues treatment purpose.*¹⁶

It follows from the mentioned that the placement of a person in a psychiatric hospital cannot be justified only by the necessity for isolation. It should mandatory pursue the purpose for hospital treatment or care about which the regulations of the new Criminal Procedure Code draft and the international standards testify.

Consequently, this issue should have a clear legislative regulation.

Apart from the above-mentioned, in practice a person with mental health problems can be kept in a psychiatric organization for a long time before the court makes a decision on applying a medical nature compulsion treatment based on the court decision of applying a security measure. During that period, a person, after receiving treatment, can recover and be of no danger for himself or the society, but continue to be kept in a psychiatric organization, receiving a conservative treatment (without judicial supervision). In such a case, the proceedings on the application of a medical nature compulsory measure by the court may be an outdated and an end in itself process in terms that with the interim measure the aim pursued by the proceedings is already ensured.

At the same time, the present Criminal Procedure Code does not envisage proceedings dates for applying medical nature compulsory measures. Similarly, there are no timeframes also for the application of security measures in a psychiatric hospital. Not even a minimum is envisaged that is the requirement for periodic judicial review of the lawfulness of the security measure. Such shortcomings of the legislative regulation lead to keeping persons in a psychiatric organization for a long time based on this security measure without the court respective supervision over the treatment.

Therefore, it is necessary to establish a clear legislative mechanism for a periodic review of the security measure in the form of placement in a psychiatric hospital.

The situation does not become clearer in conditions of availability of the court judicial act on applying a medical nature compulsion measure. The legislation does not envisage mechanisms for the ex officio judicial review of the mentioned act. According to the formed practice, only the head of the psychiatric organization raises the issue of the review of the compulsion measure in cases of submitting intermediation to court on eliminating or substituting it. The psychiatric organization submits such an intermediation only when the commission on reviewing medical nature compulsion measures, consisting of the doctors of the same organization examining a person's health condition once in six months, gives a conclusion that either he does no longer

¹⁶ See [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf) Website

need compulsory treatment or it can be done in another general or outpatient conditions.

As a result, in practice, there are cases when a person is kept in a psychiatric organization without a judicial review of an act of compulsory treatment. For example, during the monitoring it turned out that one of the patients at “Nubarashen” Psychiatric Center was in the center since March 2012 on the basis of the court judicial act on psychiatric hospital compulsory treatment. It should be noted that according to the studied documents “Nubarashen” Psychiatric Center has not submitted any intermediation to court since 2012 to stop or substitute compulsory treatment applied against the latter which raises doubts about the effectiveness of implementation of the compulsory treatment for 5 years continually.

In the result of studies, problems of judicial practice related to compulsory treatment also have been raised.

Thus, during the monitoring of “Nubarashen” Psychiatric Center it turned out that one of the patients is kept in the organization since May 2016 and receives compulsory treatment based on the juridical act. In November 2016, the psychiatric organization, based on the corresponding medical conclusion, submitted an intermediation to the Court of General Jurisdiction to terminate the compulsory treatment applied against that person at the psychiatric ward of the general supervision of psychiatric organizations and to substitute it with outpatient control and compulsory treatment at a psychiatrist. The court rejected the intermediation. The judicial act clearly testifies that court, listening to the psychiatrist (without the presence of a person with mental health problems at the court sitting) and finding that he was not constrained by the conclusion of the medical institution, without repeated psychological expertise in court concluded that “the patient’s condition is still unstable and he needs hospital treatment, care and control, and psychiatric and psychotherapeutic aid and services can be implemented only in hospital”. After that, six months later, the court again with the same substantiation rejected the intermediation submitted by “Nubarashen” Psychiatric Center based on the conclusion of the Commission of reviewing medical nature compulsion measures for termination of compulsory treatment against a person and substitution with outpatient control and compulsory treatment. The two juridical acts on rejecting the intermediations, apart from the above-mentioned, have no other substantiation.

Thus, the court not only disagreed with the conclusion of the medical organization without repeated psychological expertise in court, but also did not ensure the participation in the proceedings of a person towards whom the compulsory measure was reviewed. There are no necessary substantiations in the juridical acts. Such a practice is unacceptable.

Psychiatric organizations also do not pay due attention to the submission of intermediations for reviewing compulsory medical nature measures. This testifies, for example, the literally reiterative contents of the intermediations on the same person. Thus, the conclusion of the commission on the review of compulsory medical nature measures with the signatures of the members of the commission, first, is recorded in the disease history, then immediately is drawn up in the form of a separate document, is signed by the members of the commission and submitted to court. Unlike the conclusion submitted to court, the signatures of the members of the commission were missing in the disease histories of the observed cases (for example, “Nubarashen” Psychiatric Center).

Therefore, based on the above stated, it is necessary:

- ✓ To clarify legislatively the issue of treatment or hospital care when applying a security measure in the form of placement in a psychiatric hospital against persons committed act in the state of insanity unauthorized by the Criminal Code in accordance with Article 457 of the Criminal Procedure Code of RA;
- ✓ To establish a mechanism in the Criminal Procedure Code of RA for a periodic review of a security measure in the form of placement in a psychiatric hospital;
- ✓ To envisage mechanisms in the Criminal Procedure Code of RA for an ex officio judicial review of the mentioned act, at regular intervals, in case of applying a medical nature compulsion measure;
- ✓ To study the proceedings of judicial practice on the application of medical nature compulsion measure for summarizing the judicial practice of judiciary for the purpose of rising the existing problems, ensuring the unified application of the law and excluding judicial violations;
- ✓ To display the necessary consistency towards the submission of intermediations by the psychiatric organizations for the review of medical nature compulsion measures as well as to carry out proper supervision over it.

2.2. Exposing a Person to a Voluntary or Compulsory Treatment in a Psychiatric Organization

In case of psychiatric medical aid and service, the issue of separation of voluntary and compulsory or non-voluntary treatment is a priority. The study of the documents provided in the psychiatric organizations testifies that the number of persons exposed to compulsory treatment by case of the Civil Procedure of RA is considerably smaller in psychiatric organizations. For example, only 23 out of 236 patients in “Nubarashen” Psychiatric Center were treated on a non-voluntary basis based on a judicial act.

In all the voluntarily treated persons’ disease histories there are their consent on

hospitalization and treatment, but the private talks with them show that practically many of them do not want to be in a psychiatric organization and are unaware of their right to refuse from the treatment at any time as well.

In this regard, in the 2016 report on Armenia, the CPT emphasized that ***persons receiving voluntary treatment in psychiatric organizations should be provided with complete, accurate and precise information, including their right to give a consent or not on hospitalization and to refuse their consent later on, as well as to leave the institution at any moment.***

Moreover, the CPT has emphasized that ***giving a consent on hospitalization and giving a consent on treatment are separate issues and patients should be asked to express their position on each of these issues.***¹⁷

Studies showed that the mentioned issues haven't got solution either practically or at the legislative level.

Moreover, the problem exists especially in case of juveniles as only the consent of the legal representative is required for their treatment, and the hospitalization of a juvenile is not subject to judicial supervision, regardless of the latter's age, the ability to express his opinion and the legal representative operating in the interests of a juvenile. In a result, only the consent of the legal representative of a juvenile is enough for a hospital examination and treatment.

Part 2 of Article 29 of Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe defines that when *making a decision on the hospitalization and treatment of a juvenile (compulsory or non-compulsory), the opinion of the juvenile should be taken into consideration which depending on the age and maturity extent of the juvenile is going to be considered a more decisive factor.*¹⁸

Therefore, it is necessary to revise the internal legislation, fixing the possibility of a juvenile (based on his age and maturity extent) to express his opinion and give an informed consent during the implementation of psychiatric aid and service. It should be noted that compulsory treatment may be carried on only on the basis of the respective judicial act.

The same problem exists in case of compulsory (non-voluntary) treatment of persons recognized as incapable, where also the consent of a legal representative is enough and judicial act is not required for the compulsory treatment.

The European Court of Human Rights in the decision of the case *Shtukaturov v. Russia* has recorded that *the treatment of the persons recognized as incapable is to begin only based on the respective decision of court and establish a judicial supervision over the treatment process (see the decision of the mentioned case of March 27, 2008,*

17 See <https://rm.coe.int/16806bf46f> Website, points 133,134

18 See [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf) Website

appeal number 44009/05, points 121-125).

Consequently, it is necessary to envisage the procedure of implementation of mental health aid and service of a person recognized as incapable by the internal state legislation establishing preliminary and further judicial supervision over the appointment and the process of compulsory (non-voluntary) treatment.

Non-voluntary treatment problems do not end with the initiation of proceedings envisaged by the Civil Procedure Code of RA on exposing the citizen to a compulsory treatment in a psychiatric organization as the latter, in its turn, has a number of practical and legislative shortcomings. According to current requirements, in case of necessity of non-voluntary treatment a judicial act on such a treatment of a person may be made after a long time.

Thus, according to part 2 of Article 22 of Law of RA “On Psychiatric Aid” (...) *the head of the psychiatric organization within 72 hours after the submission of a request from a person with mental disorders to refuse treatment or terminate the treatment, applies to court in accordance to Chapter 30 of the Civil Procedure Code of the Republic of Armenia to expose a person to a non-voluntary (compulsory) treatment in a psychiatric hospital.*

According to Article 90 of the Civil Procedure Code of RA, within three days from the date of receipt of the writ, the judge in case of not rejecting the writ or not returning the writ makes a decision to accept it and in accordance with part 1 of Article 176 of the same Code, *the judge examines the citizen’s application for a compulsory treatment in the psychiatric hospital within five days after instituting the proceedings.*

As a result, a person can be kept in a psychiatric organization without a judicial act up to 11 days.

By the individual complaints submitted to the Human Rights Defender there have been recorded cases when a person with mental health problems after being transferred to a psychiatric hospital by the emergency aid service is hospitalized without his or his legal representative consent only by the decision of the duty psychiatrist of a psychiatric organization without being examined by the psychiatric commission (for example, “Avan” mental Health Center).

The necessity for a commissioning study is one of the requirements of part 1 on the procedure of non-voluntary (compulsory) hospitalization of Article 22 of the Law “On Psychiatric Aid” of RA, however, examination of the psychiatric commission cannot be organized out of the working hours and on weekends, as in the psychiatric organizations, as a rule, there is only one psychiatrist on duty. Thus, according to the mentioned Article, *a person suffering from mental disorders can be hospitalized without his or his legal representative’s consent after being mandatory examined by the psychiatric commission.*

At the same time, according to point 34 of Decree No. 350-N of April 1, 2010 “On Approval of Procedure for Provision of Outpatient and Hospital Psychiatric Medical Aid” of the Government of RA, *the non-voluntary admitted patients are examined by the psychiatric commission within 72 hours*. It follows from the comparison of these two provisions that Article 22 of the Law “On Psychiatric Aid” of RA considers mandatory the examination by the psychiatric commission when admitted to a psychiatric organization, and according to point 34 of the Government’s abovementioned Decree, the examination of the psychiatric commission is implemented within 72 hours after the admission. Therefore, the discrepancy between these two acts also needs rectification.

Such a regulation of the Government Decree contradicts to the fact that a person may be hospitalized only after a mandatory examination by the psychiatric commission.

Studies of the corresponding documents have raised cases when **a treatment was implemented** towards a person with mental health problems, admitted to a psychiatric institution and who hasn’t given his consent to hospital treatment, **before the court pronounces judgment on being subjected to a compulsory treatment** (for example, in “Avan” Mental Health Center). Even if the prescriptions of a physician were, for example, a medication sedation method, there were no respective records and justifications in the register on the application of a medication sedation method or its termination. Moreover, the implemented drug interference cannot be considered as a sedation medication method as the prescribed medicines are not included in the Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the Minister of Health of RA, as a medication sedation means.¹⁹

The same problem has also been recorded in the Lori regional Psycho-Neurological Dispensary when the person has refused to receive a treatment in the hospital, however, before the court pronounces judgment on the latter’s compulsory treatment, medication treatment was prescribed and implemented, including injections of vitamins which cannot be considered as medication sedation means.²⁰

Such a practice is unacceptable taking into account the fact that according to Article 177 of the Civil Procedure Code of RA, only the verdict of the court on the compulsory treatment is a basis for subjecting a citizen to a compulsory treatment in a psychiatric institution.

At the same time, the Civil Procedure Code of RA does not regulate the judicial supervision mechanism over it after the verdict. In particular, the Law does not fix both the compulsory treatment dates and the procedure of reviewing the extension of these

19 In the context of this report, medication sedation means are considered the medicines injected for the purpose of sedation approved by Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the Minister of Health of RA on the procedure of application of the sedation medical method.

20 The problem was recorded in a result of comparative analysis of disease histories and judicial documents during the visits.

dates as well.

In point 132 of the 2016 report on Armenia, the CPT emphasized that, *despite the recommendations made in its previous reports, provisions on periodical review of the non-voluntary hospitalization are still missing in the Law “On Psychiatric Aid”*. **The CPT has urged the Armenian authorities to make complete the Law “On Psychiatric Aid” of RA, envisaging that a person’s non-voluntary hospitalization should be periodically reviewed at least once in six months.**²¹

Therefore, it is necessary to define dates of compulsory treatment by the Civil Procedure Code of RA, indicating its maximum threshold and envisage a requirement for an ex officio mandatory discussion of the issue of the court on continuing the person’s non-voluntary treatment in the psychiatric organization till the end of the defined date.

In order to solve the above problems, it is necessary:

- ✓ To take steps in the direction of providing precise information on the right of giving or non-giving a consent on hospitalization and treatment in a psychiatric organization, to revise the consent in the future, to refuse from the treatment, as well as the possibility of leaving that organization by a person admitted to the psychiatric organization voluntarily;
- ✓ To get informed consent of persons with mental health problems on hospitalization and treatment, moreover, the person should express his position on each of these issues based on accessible explanations;
- ✓ To define by law, the possibility of expressing opinion and giving an informed consent by the juvenile (based on his age and maturity extent) while implementing a psychiatric aid and service, and subdue to a compulsory treatment only on the basis of a judicial act;
- ✓ To envisage by law, the procedure for providing psychiatric aid and service for a person recognized as incapable, establishing judicial supervision over the treatment prescriptions and its progress;
- ✓ To exclude compulsory hospitalization in case of the absence of consent of the person or his legal representative, without the examination of the psychiatric commission;
- ✓ To exclude all the cases of non-voluntary (compulsory) treatment of a person with mental health problems till the court pronounces judgment; as it is mentioned in the present report in urgent cases medication sedation means can be used;
- ✓ To define by the Civil Procedure Code of RA dates of compulsory treatment, indicating its maximum threshold and envisage a requirement by the court of

21 See <https://rm.coe.int/16806bf46f> website

an ex officio discussion on continuing the person's non-voluntary treatment in the psychiatric organization till the end of the defined date.

2.3. Means of Restraint

Persons with mental health problems, due to their psychological instability, form a special group of the society. The criteria for the use of restraint means are an important guarantee against any form of ill-treatment or baseless interference with their rights. They are essentially compulsory means and require special regulations. According to the Order of the Minister of Health of RA, restraint means are applied in case of a real threat of causing harm to the environment or a physical harm to themselves by persons receiving treatment and care in the psychiatric organizations.

As a means of restraint, the Armenian legislation envisages physical restraint, medication sedation and isolation. During the implementation of studies in psychiatric organizations, problems with the application of restraint means and their legal regulation were recorded.

2.3.1. Physical Restraint

Mechanical means are used in psychiatric organizations as a physical restraint. Their complete list is defined by point 6 of Order²² 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA which includes *only leather straps, Pozy belts and special clothing*.

Practically, cases have been recorded, for example in the Armash Health Center or in some other wards of other organizations (for example, in the 7th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center, “Avan” Mental Health Center) **when there were no any mechanical means of physical restraint envisaged by the mentioned order**.

During the studies, it turned out that in various psychiatric organizations there are used **mechanical means not envisaged by the abovementioned Order**. For example, in “Nubarashen” Psychiatric Center **rubber bandages**²³ are used, in the same institution and at the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home **pieces of sheets, belts made of solid fabric (not leather)** are used, in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, “Avan” Mental Health Center, in the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary are used **belts made of synthetic fabric** for that purpose. **The use of these means is not defined in the abovementioned Order**

22 Order 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA “On Declaring Invalid Order No. 691-A of May 3, 2010 of the Minister of Health of the Republic of Armenia and Approval of the Procedure of Application of Physical Restraint, Isolation Means and Sedation Methods against Persons with Mental Disorders in the Psychiatric Medical Aid and Service Implementing Organizations”.

23 In medical science, they are called Esmarch bandages.

and therefore is illegal. And in some cases, their use may endanger the patient's health. It should be noted that the use of Esmarch rubber bandages (braid used to stop bleeding) as a mechanical means of restraint is inadmissible because their long-term application (the physical restraint can be used one-time up to two hours according to the above-mentioned Order of the Minister of Health) may cause blood circulation disorder in the limbs with the further tissue infection.

Therefore, physical means applied against patients not envisaged by law should be excluded. Its application is illegal and must cause serious responsibility.

In addition to the types of restraint mechanical means, **in some cases the mechanisms for their application are also unacceptable.** Cases were recorded when leather belts with complicated structure were used for the purpose of physical restraint (the Gyumri Mental Health Center).

According to procedure envisaged by point 7 of Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA, *the mechanical means of physical restraint should be easily disentangled and should not cause pain to the patient.*

According to the jurisdiction of the CPT, for the purpose of mechanical restraint only such means can be used that restrict the harmful effects to minimize the continuous pain or suffering of persons with mental health problems.²⁴ According to paragraph 3 of point 48 of the 16th General Report on the activities of the CPT, *when using restraint means it is necessary to do it skillfully and carefully so that not to cause threats for the health of the patient and not to hurt him. The patient's vital functions such as breathing, speaking, eating and drinking abilities should not be violated.*²⁵

There are no separated rooms for physical restraint in the psychiatric organizations (the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, the Gyumri Mental Health Center, the Armash Health Center, the 7th, the 6th wards of "Nubarashen" Psychiatric Center).

During the monitoring it turned out that physical restraint is carried out mainly in the hospital rooms, **in the presence of other patients, sometimes employees of the security services implementing guard service also participate in it** (e.g. "Avan" Mental Health Center). **Such a practice is unacceptable and contradicts the legislation.**

In particular, according to point 11 of the Appendix of Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA, *physical restraint or isolation means or sedation methods cannot be used in the presence of other patients.*

Moreover, in accordance with point 166 of the 2002 CPT report on Georgia, *the application of restraint means is the responsibility of the medical personnel of the*

²⁴ See <https://rm.coe.int/16807001c3> website. Revised criteria of the CPT of March 21, 2017 on the restraint means for adults in psychiatric institutions.

²⁵ See <https://rm.coe.int/1680696a83> website

psychiatric organization, and the security employees may participate in restraint only in exceptional circumstances at the request of the medical personnel and within the scope²⁶ of the instructions given by the medical staff.

It should be noted that in the wards of “Avan” Mental Health Center the security service employee who carries out the guard service wears a special uniform. In this regard, in point 124 of the 2012 CPT report on Serbia there is a concern on the fact that *the security employees of the psychiatric organization wear a military special uniform, it causes an atmosphere of fear among patients, in connection with which the CPT has noted that it is necessary to take urgent steps in the direction of eliminating such practice.*²⁷

Moreover, in accordance with point 1.7 on 2017 CPT criteria of application of restraint means against the adults in psychiatric organizations, *each psychiatric organization should have a comprehensive and detailed formed policy on the application of restraint means. Such a policy should be aimed at minimizing the application of restraint means, the clarification of the permitted restraint means in case of their application, the regulation of the undertaken actions in case of terminating their application conditions, methods, the necessary supervision and restraint means. The policy should include regulations also on other important issues, such as personnel training, drawing up protocols, formation of internal and external accountability mechanisms and elaboration of appeal procedure.*²⁸

Therefore, it is necessary to observe strictly the criteria of the physical restraint application prescribed by the legislation, exclude their application in the presence of other patients, as well as unjustified interference of non-medical personnel, use targeted the isolation rooms and organize the service of the security employees outside the ward.

There are envisaged mechanisms on keeping **registers** on the application of physical restraint means and medication sedation methods or termination of application in psychiatric organizations by the two Orders of the Minister of Health of RA.

At the same time, the psychiatric organizations mainly keep registers envisaged by Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Ministry of Health of RA “On Registration of Justified Decision on the Application of Physical Restraint or Isolation Means or Sedation Methods or Termination of Application”, but in some cases they are kept inappropriately.

In a number of cases, the above mentioned register is not filed and sealed (“Nubarashen” Psychiatric Center), is filled in carelessly, with erasures and omissions (the 6th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center, “Avan” Mental Health Center). The

26 See <https://rm.coe.int/1680696085> Website

27 See <https://rm.coe.int/1680697c4e> Website

28 See <https://rm.coe.int/16807001c3> Website

register of “physical restraint” kept in the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home does not correspond to the requirements of Order No. 1781-A²⁹ of May 30, 2017 or Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Ministry of Health of RA. Thus, in the register there not fixed any grounds for the application of restraint means, their effectiveness, information on the received injuries of a patient or medical personnel, and so on.

The improper record of the restraint means also causes concern connected with non- observation of the prescribed procedure on their application. The regulation of the means of restraint by Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA (this is detailed in subtitle 2.3.3 of this Report) is problematic.

Thus, in order to solve the problems related with the application of physical restraint means it is necessary:

- ✓ To ensure the requirements of Order 2636-A of August 23, 2016 of the Ministry of Health of RA on the procedure of application of the physical restraint, isolation means and sedation methods in practice;
- ✓ To exclude the application of the means and mechanisms of physical restraint not envisaged by Order 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA;
- ✓ To use targeted the isolation rooms available in the psychiatric organizations;
- ✓ To exclude the application of restraint means against persons with mental health problems in the hospital rooms or in places not foreseen for their application in the presence of other patients or the cared;
- ✓ To exclude the participation of the security employees in the organization of the patient’s treatment or care in a psychiatric organization;
- ✓ To exclude the participation of the security employees in the application of restraint means without appropriate medical directives and training;
- ✓ To organize the service of the security employees outside the ward;
- ✓ To exclude the wearing of a special uniform of the security employees when implementing the service in the psychiatric organization.

2.3.2. Medication Sedation

The application of physical restraint towards persons with mental health problems in psychiatric organizations is mainly combined with the use of medication sedation method.

The types of methods of medication sedation and the application procedure are

²⁹ Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the Minister of Health of RA “On Approval of the Procedure of Application of the Sedation Medical Method for the Treatment of Persons with Mental Health Disorders in Psychiatric Medical Aid and Service Implementing Organizations of the Republic of Armenia”

defined by Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the Minister of Health of RA. But, almost in all the psychiatric organizations the employees (are informed in “Avan” Mental Health Center) are not informed about the mentioned Order, about the methods of medication sedation and the procedure of their application defined by it. Nevertheless, medication sedation is applied in the institutions which, in some cases, is implemented without the observation of the requirements of the above-mentioned Order of the Minister of Health.

Thus, during the monitoring, it turned out that in the 1st ward of “Nubarashen” Psychiatric Center pills of “Levomepramazine” are used as a medication sedation means³⁰, which are not included in the comprehensive list of the medication sedation means envisaged by Order 1781-A of May 30, 2017 of the Minister of Health of RA.

Therefore, it is necessary to exclude the administration of medicines not envisaged by the abovementioned Order as a method of medication sedation. This is a rough violation of legislation.

It should be noted that in psychiatric organizations they do not generally keep registers on record of substantiation of the decision of application of medication sedation method or the termination of application in accordance to the prescribed by Order No. 1781- A of May 30, 2017 of the Minister of Health of RA procedure.

According to the written clarifications of the Syunik Regional Neuro-Psychiatric Dispensary, the required medication sedation register is already made up and put into use, and the staff of the psychiatric organization is informed.

In “Avan” Mental Health Center, in the registers on record of substantiation of the decision of application of medical sedation method or the termination of application, records are missing in cases when there are indications in the disease histories on the application of medication sedation method towards the patients.

2.3.3. Gaps and Shortcomings of the Legislative Regulation of Restraint Means

Since August 24, 2016, the legislative regulations of physical restraint means and their application against the persons with mental health problems in the psychiatric organizations of Armenia have been defined by Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA. The **procedure of application of physical restraint, isolation means and sedation methods** against persons with mental disorders is established by the Appendix of the mentioned Order.

The procedure of **application of medical sedation method** against persons with mental disorders has been approved by Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the

30 See the 19th reference

Minister of Health of RA.

In relation to the two mentioned Orders of the Minister of Health, it is necessary to single out the following two legislative issues:

- 1) reiteration in Orders in respect of the medical sedation method;
- 2) the nature of those legislative acts.

Thus, Order No 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA establishes the procedure of physical restraint, isolation means as well as sedation methods. Order of May 30, 2017 establishes only the procedure of medical sedation method, which is also envisaged by the above-mentioned Order of 2016.

Consequently, there are simultaneously two Orders of the Minister of Health of RA currently in force related with the sedation method.

According to point 14 of Order No. 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health, the decision on the application as well as on the termination of physical restraint or isolation means, **sedation methods** as well, is substantiated and recorded in the register approved by the Appendix of the Order. According to point 11 of Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the Minister, the decision on the application as well as on the termination of the medication **sedation method** is substantiated and recorded in the register approved by the Appendix of that Order.

Consequently, in case of keeping the register envisaged by Order No. 1781-A of May 30, 2017 of the Minister of Health, there will be also included the identical information on the **medication sedation** of the register on record of the substantiation of the decision on application or termination of physical restraint or isolation means or sedation methods envisaged by Order No 2636-A of August 23, 2016 of the Minister.

According to part 1 of Article 45 of the Law “On Legal Acts” of RA, the normative provisions contained in the legal acts currently in force, as a rule, should not be reiterated in the same type of normative legal acts adopted by the same body.

This situation can also cause additional complications for the employees of psychiatric organizations.

Therefore, it is necessary to make the respective changes and eliminate the two contextual reiterations concerning the same subject.

The second problem relates to the types of above-mentioned Orders. The both are individual legal acts as type “A” is mentioned in the titles.

The nature of legal acts and the essence of each of them are defined by the Law “On Legal Acts” of RA. Part 2 of Article 2 of this Law differentiates normative, individual (non-normative) and internal (local) legal acts. In accordance with part 3 of the same Article, *the legal act is considered to be normative if it contains at least one legal norm*. According to part 4 of Article 2 of the Law “On Legal Acts” of RA, *the legal norm in cases prescribed by Law and by the Order prescribed by the same Law*

*is the rule of conduct adopted by the people of the Republic of Armenia, the state or local self-governing bodies of the Republic of Armenia within their powers which have a temporary or permanent nature, is envisaged for one-time or multiple use and is **mandatory for indefinite or definite (but not individual) persons.***

Unlike a normative legal act, *an individual act is the legal act adopted by the bodies, referred to in part 1 of Article 2 of the Law “On Legal Acts” of RA, within their powers which have a temporary or permanent nature, is envisaged for one-time or multiple use, does not contain a legal norm and **defines the rules of conduct only for those individually directly mentioned** (envisaged) individuals or legal entities or state or local self-governing bodies or state or community institutions.*

The Orders No. 1781-A of May 30, 2017 and No. 2636-A of August 23, 2016 of the Minister of Health of RA define rules of conduct for **an indefinite circle of persons** and, apparently, have **a normative nature**, but have been adopted as individual legal acts. As a result, the procedures prescribed by Law for the registration and publication of normative legal acts have not been ensured, thereby restricting the accessibility to the mentioned acts, including those persons whom they are applied to.

The issue is especially problematic in the sense that we speak about such compulsory means that are applied against persons of vulnerable, and in some cases also of helpless status. Therefore, the guarantees here should be much stronger and more stable. From this point of view, it is impermissible to regulate them by the Minister’s, moreover, individual act and not by a normative act.

Moreover, in accordance with Article 75 of the Constitution of RA, amended in 2015, the laws define the organizational structures and procedures necessary for the effective implementation of the fundamental rights and freedoms when regulating those rights and freedoms. Consequently, the restrictions of the rights of persons with mental health problems, such as the application of restraint means, in no case can be fixed at the level of a sub-legal act.

Therefore, it is necessary to make respective urgent legislative changes, envisaging the application of restraint means against persons with mental health problems and the procedure of its implementation exclusively by law.

2.3.4. Application of Physical Force

In general, in the psychiatric organizations when on the part of a person with mental health problems there is a real threat of causing physical damage to the surroundings and to himself, **physical force** can be applied against that person **for the purpose of restraining or immobilizing him. Sometimes, it can precede the application of physical restraint mean or medication sedation method. It may also be applied**

for the purpose of, let's say, removing the patient from the “impermissible” area, ensuring the safety of persons with other mental health problems, visitors or medical personnel, preventing from causing a real physical danger.

However, the legislation of RA doesn't consider the application of physical force as a physical restraint mean and, consequently, no mechanism and procedure is envisaged for its application. In practice, for example, there may be cases of disproportionate application of physical force, included, depending on the level of preparedness of those implementing it. Therefore, these issues should receive distinct legal regulation.

As the CPT has recorded, in the majority of the European countries as a restraint means can be used also the physical restraint which includes the application of physical force by the medical personnel to immobilize or keep the person with mental health problems.

According to the CPT *when applying physical force as a restraint means, the psychiatric organization personnel should pass training on application of physical force technics to minimize the risk of harming the patients. Besides that, holding of the neck and the application of other means, which will hinder the breathing or will cause pain to the patient, should be prohibited.*³¹

Based on the above it is necessary:

- ✓ To elaborate methodology and procedure of application of physical force taking into consideration the international experience and standards;
- ✓ To arrange the respective training of the medical personnel.

2.4. Medical Personnel

For a proper and effective arrangement of care and treatment of persons with mental health problems in psychiatric organizations, the number and professional preparedness level of the medical and service personnel is fundamental.

The study of the staff lists of psychiatric organizations revealed that the staff of medical, administrative and technical-economic service implemented in the organizations providing psychological hospital medical aid and services are established by the heads of the regional administrations, and in the organizations functioning under the subordination of the Ministry of Health, by the director of the organization, which is coordinated with the Minister of Health.

There is no such a legal act regulating the envisaging and approval of the staff that comprehensively defines the volume of work of psychiatrists, hospital nurses, supervisor- technicians, psychotherapists, psychologists and other service staff

³¹ See <https://rm.coe.int/16807001c3> website

employees according to the proportion of persons with mental health problems and the volume of work.

It should be noted that the number of the middle and junior medical staff for the control and care of the registered cared in the home-asylums is defined by Appendix 2 of the Decree³² No. 1292-N of October 29, 2015 of the Government of RA.

In the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, middle and junior medical staff is ensured according to the number of the cared.

There is almost the same volume of services in the psychiatric organizations, but there is no unified approach in the selection of the staff. In the selection of the staff, organizations are mainly directed based on the availability of financial means or already approved types and quantities of the staff. Formation of the medical personnel is also influenced by the fact as to how many qualified specialists (physician, psychologist, etc.) there are in the concrete region or the city.

It is obvious, that in different psychiatric organizations the patient-psychiatric correlation is different.

In some organizations such psychiatric services are provided for which particular specialists are not envisaged in the staff, but such services can be needed.

For example, in the Syunik Regional Neurological Psychiatric Dispensary, which serves the whole region, including children under the age of 18 years old, the staff for a pediatric psychiatrist is not envisaged.

The Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary reverted to the issue of the particular specialists, raised by the Human Rights Defender, noting that the psychiatric organization needs a pediatric psychiatrist, a clinical psychologist and a social worker, and suggestions on it have been submitted to the competent state bodies.

In psychiatric organizations the correlation between the middle and junior medical personnel and the number of patients is also different. For example, in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary having 70 beds (envisaged for psychiatric hospital care) with 10 shift hospital nurses, 8 shift nurses and 10 shift technicians and in the Armash Health Center having 108 beds with 5 shift hospital nurses, 10 shift nurses and 5 shift technicians, while the services provided by them are the same. Moreover, in the Gyumri Mental Health Center the staff of sick-nurses it is not envisaged in the psychiatric hospital, and that work obligation is put on the supervisor-technicians.³³

There have been registered vacancies both in technical-economic as well as medical service spheres (neurologist, epidemiologist, pulmonologist, working

32 The Decision No 1292-N of October 29, 2015 of the Government of RA "On Approval of the Standards for the Staff Units of State Non-Commercial Organizations Providing Care and Service under the Subordination of the Ministry of Labor and Social Affairs of RA and Making Amendments to the Decisions No 730-N and No 815-N of May 31, 2007 of the Government of RA"

33 The above-mentioned data on the medical personnel of psychiatric institutions is based on the analysis of the staff lists provided during the visits.

therapy instructor, hospital nurse, technician) in the psychiatric organizations. In this regard, the availability of vacancies of a psychiatrist is problematic. The vacancies of the psychiatrist are available at “Nubarashen” Psychiatric Center and the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home.

Even when the medical personnel are with a complete staff, there is a need to review the regulations related to the psychiatrists, middle and junior medical personnel staff, because, besides the psychiatric organizations located in Yerevan, in the regional psychiatric organizations there are no psychiatrists on duty at night hours and the nursing staff personnel on duty is not enough.

For example, in “Nubarashen” Psychiatric Center (by the assertion of the management the number of beds is 350) only one psychiatrist is involved in the night shift duty, and a staff for a doctor at the reception is not envisaged for the proper organization of reception of patients. Namely, the applicant is to wait in the reception until the doctor on duty approaches. Moreover, during the evening hours when one psychiatrist is on duty in the whole institution, after the end of the working day and the reception is closed (“Nubarashen” Psychiatric Center) the reception of the applicants takes place at the ward where the doctor is on duty that day. In the regional psychiatric organizations in case of urgent necessity at non-working hours the doctor is invited from home.

Contrary to this situation, according to the 1st subparagraph on the complete staff of point 33 of Appendix 2 of Decree³⁴ No. 1936-N of December 5, 2002 of the Government of RA, the staff of a reception physician is a mandatory condition.

As for the middle and junior medical staff, there are recorded cases when in a ward where 60 people with mental health problems receive treatment, 1 hospital nurse and 2 technicians are on a shift duty (the 7th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center), in a ward with 35-45 beds - 1 nurse and 1 technician (the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary and the Gyumri Mental Health Center) or 1 hospital nurse and 2 technicians (the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary and “Nubarashen” Psychiatric Center).

It’s obvious, that not only the correlation between the medical personnel and the patients is different, but also different number of medical personnel serve the same number of persons with mental health problems in different psychiatric organizations.

Especially in the wards of the psychiatric organizations, where persons with special care needs are kept, the number of the middle and junior medical personnel is insufficient.

34 Decree No 1936-N of December 5, 2002 of the Government of RA, “On Approval of Requirements and Conditions of Technical and Professional Qualification Necessary for Polyclinics (mixed, adults and infants), Separate Specialized Cabinets, Family Doctor’s Offices, Medical Ambulatories, Rural Health Centers, Medical-obstetric Points, Antenatal Clinics and Hospital (specialized) Medical Aid and Service”.

Cases have been recorded when male supervisor-technicians are on duty in women's wards, which in some cases may be viewed as a degrading treatment. In other situations, not on all days, a male technician is involved in men's wards which can cause real difficulties in cases of ensuring the safety of the patients and application of restraint means in the ward.

Moreover, despite the fact that people with mental health problems need social protection and reintegration into society, social workers and psychological services are not envisaged in the organizations (e.g. there is no staff of psychologists in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary). As a result, the organization of the social and psychological support of patients is incomplete.

Therefore, it is necessary to expose to a complete assessment the needs of psychiatric organizations, the results of which will help to define the optimal correlation between the patients and the medical or service personnel as well as clarify the volume of work of each of them.

This issue also has been touched upon in the 8th General Report of CPT, in accordance with point 42 of which, *the personnel resources should be equivalent to the quantity, composition (psychiatrist, therapist, hospital nurse, psychologist, occupational therapist, social worker, etc.), as well as from the point of view of professional experience and preparedness*³⁵.

As regards to the professional training of the medical staff, then the representatives of the medical staff, not all of the psychiatric organizations regularly undergo training. Meanwhile, they should bear a regular nature and refer to the arrangement of the patients' care within the framework of medical aid for the persons with mental health problems, including international standards. Special need of training of the medical staff is on hand from the aspects of application of effective developed communication skills in the association with patients and person-centered (patient-centered) approach, as well as awareness and application of the modern principles of medical ethics (deontology).

Therefore, for the solution of all the above-mentioned problems it is necessary:

- ✓ To expose the needs of medical and technical-economic personnel of the psychiatric organizations to a complete assessment;
- ✓ To envisage the necessary specialists staffs for the psychiatric aid, rehabilitation treatment and protection of social contacts and reintegration of persons with mental health problems;
- ✓ To define the optimal correlation between the patient and the medical or service personnel, as well as clarify the work volume and functions of each of them;

³⁵ See <https://rm.coe.int/1680696a72> website

- ✓ To review the need of duty of psychiatrists in the regional psychiatric organizations;
- ✓ To envisage at least one psychiatrist staff for the receptions of the psychiatric organizations according to the 1st subparagraph on the complete staff of point 33 of Appendix 2 of the Decree No. 1936-N of December 5, 2002 of the Government of RA;
- ✓ To organize twenty-four-hour and effective reception of the citizens;
- ✓ To replenish the vacancies of the psychiatric organizations, as well as involve the necessary specialists and sufficient extent of staff in the works;
- ✓ To review the medical personnel training respective programs, including their duration, frequency and content accordant to the international requirements.

2.5. Drugs

With respect to the implementation of the medication treatment of persons with mental health problems in psychiatric organizations the violation of the drugs storage regime and conditions, as well as the availability of the expired drugs in other organizations are strictly impermissible.

During the monitoring works, expired drugs have been found in “Nubarashen” Psychiatric Center (the reception, the 1st, the 6th, the 7th and the 9th wards, the room envisaged for dental service), the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, the Gyumri Mental Health Center. Most of the drugs have been found in the sterilizing drums³⁶ of the procedure rooms of the wards and are used as a main medicament for the treatment of the patients or are envisaged for the first aid provision.

Particularly, there were found expired drugs provided both with prescription and without it in “Nubarashen” Psychiatric Center (in the reception, the women’s, as well as the procedure rooms at the 7th and the 6th wards, the room envisaged for dental service), in the pharmacy of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, in the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary procedure room.

In this regard, for the violation the pharmacologist of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home has incurred disciplinary penalty in the form of a reprimand, according to the clarifications of the Ministry of Labor and Social Affairs of RA.

According to the written clarifications on the results of the visit to the Gyumri Mental Health Center, the existence of expired medications found in the psychiatric organization was due to the negligence of the hospital nurse, for which the latter received a written reprimand.

³⁶ A metal box for disinfection which has been used for drug storage purposes in the monitored cases

During the monitoring, cases were also discovered when the drug tins were cut in such a way that the segment fixing the date was missing (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home), and because of which even the medical staff was unable to indicate the expiration date.

An improper arrangement of rejecting the expired drugs and medical supplies is also problematic, which can be dangerous not only for the persons kept in psychiatric organizations, but also for the environment. For example, in the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home the provisions approved by Decree No 03-N of March 4, 2008 of the Minister of Health of RA “On the Approval of Sanitary Rules and Norms No. 2.1.3-3 “Hygienic and Anti-Epidemiological Requirements for Medical Wastes” are not adhered and the medical wastes are being burnt nearby³⁷ the morgue of the Home Asylum, which is impermissible.

Problems have been recorded with the procedure of organizing drug procurement. Thus, it is implemented on a centralized competitive basis, with preliminary predictable drugs and dosages. When the necessary medication is over or appears the necessity of such drugs that is not possible to plan in advance (e.g. hormonal preparations, anti-inflammatory liniments, etc.), the organization is unable to obtain it in time and arrange the effective treatment of the patients and the cared.

During the monitoring in some psychiatric organizations need of medical supplies has been recorded: bandage, cotton (Women’s ward of “Nubarashen” Psychiatric Center). Cases were recorded when in the psychiatric organizations the employees of the institution bought themselves the drugs necessary for the treatment of a person with mental health problems suffering from somatic illness (the 7th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center).

In separate organizations some persons with mental health problems have a free access to pharmacies outside the psychiatric organization to obtain different drugs which are not controlled. For example, in “Avan” Mental Health Center, the medical staff of the ward has not been informed about the presence of “Analgin”, “Activated Coal” and one more drug of unknown origin at one of the persons with mental health problems. Taking into consideration that the persons with mental health problems may also have suicidal predispositions, taking medicine without the proper control can have irreversible consequences for health or endanger their lives.

In order to prevent similar cases, it is necessary to elaborate the rules of proper and safe storage and use of the medication obtained by the patient’s own means and to establish necessary control mechanisms in the wards.

During the monitoring, cases of violation of the regime and conditions of storage of drugs were also recorded. Thus, in the Ardashir Health Center, in the box intended

³⁷ During the visit, there was recorded a burnt ash heap of wastes at the site

for liquid medicine of the procedure room, besides the above-mentioned, there were also empty, crumpled boxes of other drugs, empty boxes of cigarettes, that is, the box also served as a temporary dustbin.

In the medical documents there are also problems with the proper registration of the provision of necessary medicines to the patients. Thus, as a result of study of register of “Quantitative Registration of the Drugs of the Duty Nurse and Medical Products in the Medical Wards” in the 5th male ward of “Nubarashen” Psychiatric Center it was found out that the numbers in the column “Quantity of the total daily consumption” of drugs were filled in with a pencil in front of which there was the signature of the duty responsible nurse signed with a pen. In the mentioned register the column for medication entered and the balance column also were not filled in. The study of the above-mentioned register of the 5th male ward of the Center revealed that the columns of the entry of the medication were not filled in at all, as a result of which the balance column also was not filled in. Conducting of the records with a pencil and omissions in the mentioned registers can entail to abuses, taking into account that there are psychotropic medicines registered in the register that are part of narcotic drugs, psychotropic (psycho-potent) substances and their precursors which are subject to control in RA approved by Decree³⁸ No. 1129-N of August 21, 2003 of the Government of RA.

Based on the above stated, it is necessary:

- ✓ To establish proper control in the psychiatric organizations over the circulation of unknown, as well as expired drugs, included their use, to exclude any such practice;
- ✓ To ensure the availability of drugs necessary for the treatment of somatic illnesses;
- ✓ To elaborate rules for the storage of drugs that are with persons with mental health problems and mechanisms of active control over their preservation;
- ✓ To develop mechanisms aimed at more effective arrangement of the procedure of procurement of drugs and other necessary supplies and equipments in psychiatric organizations;
- ✓ To ensure proper storage conditions of drugs in psychiatric organizations;
- ✓ To reject the expired drugs and medical supplies in psychiatric organizations according to the standards defined by the Ministry of Health of RA.

38 Decree No 1129-N of August 21, 2003 of the Government of RA “On Approval of Composition (List) of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances (Psycho-potent) and their Precursors Subject to Control in the Republic of Armenia”

2.6. Laboratory and other Studies

During the monitoring works in psychiatric organizations, the arrangement of laboratory examinations of persons with mental health problems during their hospital treatment and care also has been studied. It turned out that not the same approach is displayed to examinations. In some organizations, mandatory monthly body weight control is carried out for persons with mental health problems, and the laboratory examinations are implemented according to the indication. In a number of other psychiatric organizations mandatory monthly or quarterly laboratory examination is implemented, and the weight tests are carried out of necessity.

The requirements for the mandatory conduct of laboratory examinations are also not the same. The practice testifies that each psychiatric organization itself approves the volume of the examinations, due to which a unified approach is missing.

Thus, according to the study, general blood test and urinalysis are carried out at different length of time at almost every psychiatric organization, for example, at the Armash Health Center, once in 15 days, in the Gyumri Mental Health Center, in case of provision of “Azaleptin” (“Clozapine”) medication, once a month, in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary – once in six months, in “Nubarashen” Psychiatric Center - once a month, and in the case of provision of “Azaleptin” medication the blood leuco formula is also tested in the Lori Psycho-Neurological Dispensary, during the 24 days’ hospital treatment is exposed twice to general blood test, and in case of receiving 36 days’ treatment - thrice, the cared patients - once a month, in the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home - once in three months. In the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, for example, there are conducted louse-carrying tests, as well as general blood test and urinalysis, bacteriological examination of feces and serological syphilis examination (RW).

The mentioned data on the implemented examinations are based on the clarifications of the employees of the organizations during the visits and the medical documents.

During the monitoring, it turned out that in the Armash Health Center clinical and laboratory examinations of general blood test and urinalysis, blood test for sugar of people with mental health problems are arranged, but there isn’t a separated appropriate workroom in inpatient ward of the center and the examinations are organized in the procedure rooms or staffroom.

In the Armash Health Center arrangement of laboratory examinations in the workrooms not envisaged for their implementation should be excluded.

When being admitted to the Armash Health Center, persons with mental health problems also mandatory undergo the mentioned laboratory, as well as lung fluorography examinations. The latter is reiterated with the periodicity of once in 6

months for the purpose of prevention of tuberculosis.

The above stated is more illustratively summarized in the chart below.

Organization		Type of examination								
		General blood test	General urinalysis	blood test for sugar	Biochemical blood test	Syphilis serological examination (MRP)	Syphilis serological examination (RW)	Bacteriological examination of feces	X-rays examination	Louse-carrying tests
The Armash Health Center	When admitted	+	+	+					+	
	Chronic patients	+ Once in 15 days	+ Once in 15 days						+ Once in 6 months	
The Gyumri Mental Health Center	When admitted	+	+		+					
	Chronic patients	Once a month	Once a month		+ Of necessity					
The Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary	When admitted	+	+	+	+					
	Chronic patients	+ Once in 6 months	+ Once in 6 months							
The "Nubarashen" Psychiatric Center	When admitted	+	+	+		+				
	Chronic patients	Once a month	Once a month							
The Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary	When admitted	+	+	+			+	+		+
	During 24 days	+ Twice	+ Twice							
	During 36 days	+ Thrice	+ Thrice							
	Chronic patients	+ Once a month	+ Once a month							
The Vardenis Neuropsychological Social Care Home		+ Once in 3 months	+ Once in 3 months	+ Of necessity					+ Twice for the last 3 years	

The above stated testifies that manuals should be elaborated on the management of diseases that will also include laboratory-instrumental examinations.

It is also important for the discussion the concern fixed in point 124 of 2016 Report of the CPT on Armenia, according to which *in the “Gyumri Mental Health Center” CJSC when the “Clozapine” type of drug was prescribed for the persons with mental health problems official instructions were not given for conducting a periodical blood test. As a side effect, “Clozapine” can entail to the possible deadly deficiency of white blood cells (granulocytopenia). Thus, blood tests should compulsory bear a periodical nature.*³⁹

Based on the above stated, it is necessary to define appropriate standards and manuals for the implementation of a unified approach to the examinations of persons with mental health problems in the psychiatric all organizations.

2.7. Recording the Disease Histories

Information on the treatment of persons with mental health problems, the course of the treatment and its efficacy, as well as the bases for the restriction of the rights of those persons are recorded in the disease histories.

There isn't a unified approach to the filling in disease histories in the psychiatric organizations. For example, a dynamic control over the patients is carried out according to the respective additions of the disease histories once in 10 days (the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary) or, if a person has an acute psychiatric diagnosis, twice a month (the Armash Health Center) and once a month in cases of chronic diseases. Disease histories of persons being in psychiatric organizations for care are filled in once in 2 months.

There have been recorded cases of non-proper recording of disease histories. For example, the disease histories were not filled up in the context of 1-2 months (“Nubarashen” Psychiatric Center) or were filled in with omissions (primary examination of the patient in the Armash Health Center, records on the prescribed medication treatment in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary). In another example, in case of discharging a person from the institution even the disease history on him was not filled in for a long time or the person was exposed to a physical restraint, but any record on that, including its substantiation, was not found in the disease history (the Gyumri Mental Health Center). Besides the mentioned schedule, records are made in the disease histories when it is necessary to change the prescribed medication for a person with mental health problems.

³⁹ See <https://rm.coe.int/16806bf46f> website

Such a situation causes difficulties for the assessment of substantiation of the person's proper treatment or restriction of rights, as well as concern from the point of view of effective treatment of the patients and ensuring their rights.

At the same time, in the case of keeping persons with mental health problems in psychiatric organizations for a long time, the pages of the disease histories usually do not suffice, as a result of which additional pages are added in the disease histories, but there are no unified rules or practice in this issue either.

According to the Statute of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, **the Home Asylum arranges the provision of primary medical aid and service for the cared persons, the referral to the organization implementing hospital medical aid and service.** Chapter 8 of Appendix 2 of the Decree⁴⁰ No. 1292-N of October 29, 2015 of the Government of RA defines that **primary medical aid and service** should be provided in the special type (specialized) institutions. In order to get medical hospital aid, according to the above Decree, the cared persons are permitted or directed to other medical institutions, but from the day of admission to the institution, a patient's **medical hospital card is kept and an inpatient treatment is provided** for the each cared. Moreover, at the general wards of the Home Asylum there are kept patients receiving inpatient treatment. The forms of medical documents and the procedure of recording them in the Home Asylum are not defined by any legal act.

Taking into consideration the above-mentioned, it is necessary to ensure the proper recording the disease histories and to define unified standards for their recording.

2.8. Ambulance Service and Dispensary Control

The provision of psychiatric aid also includes the transfer of persons with mental health problems to inpatient psychiatric organization in cases of requiring urgent psychiatric hospital medical aid and service.

According to the standard approved by point 13 of Order⁴¹ No. 49-N of September 18, 2013 of the Minister of Health of RA patients suffering from mental disorders are hospitalized in cases requiring urgent hospital medical aid and services by the permit of the psychiatric brigades of the emergency medical aid service or the conclusion of the (on duty) doctor of the reception of the medical organization implementing hospital aid.

40 Decree No. 1292-N of October 29, 2015 "On Approval of the Standards of the Staff Units of the State Non-Commercial Organizations Providing Care and Service under the Subordination of the Ministry of Labor and Social Affairs of the Republic of Armenia and on Making Amendments in the Decrees No. 730-N and No. 815-N of May 31, 2007 of the Government of the Republic of Armenia"

41 Order No. 49-N of September 18, 2013 of the Minister of Health of RA "On Approval of the Standard of Arranging Psychiatric Aid within the Frames of Free Medical Aid and Service Guaranteed by the State"

In the Republic of Armenia, a psychiatric brigade⁴² works only in the Yerevan ambulance service and the psychiatrists implement duty only in the psychiatric organizations located in Yerevan.

There are no psychiatric brigades or psychiatrists in the emergency medical aid service in cases requiring urgent psychiatric hospital medical care and services amongst the residents of the regions in respect of which the authorities of the psychiatric organizations also expressed their concern. Moreover, according to the study of the doctors' duty schedules, in the psychiatric organizations duty psychiatrists are not included among the duty medical staff on non-working days and hours.

It's obvious, that difficulties arise in cases requiring urgent psychiatric hospital medical aid and service.

Therefore, there is a need of mechanisms for the implementation of transfer of a person to psychiatric organizations and providing proper medical aid and service in cases of urgent psychiatric hospital medical aid and service amongst the whole population.

According to point 4.2.2.1 of Decree No.1939-N of December 5, 2002 of the Government of RA "On Approval of the Optimization Program of Health Institutions of Yerevan" ambulatory psychiatric aid within the frames of the state order implements "Avan" Mental Health Center in Yerevan, but persons with mental health problems are unable to make use of an institution located far from their place of residence conditioned with the peculiarities of receiving medical aid and services (many of them do not want or cannot follow the assigned treatment regime, receive the necessary psychotropic medication in time) as well as because of their social status.

They are also unable to apply freely to their district psychiatrist because the home visit is a paid service according to the service list defined by the organization. Therefore, the procedure of arranging a proper dispensary control of people with mental health problems causes concern.

2.9. Screening Tests and Possibility of Making Use of other Medical Services

Within the frame of the screening program, financed by the World Bank, started from January 1, 2015, screening tests were implemented for the detection and prevention of uterus cervix cancer, hypertension and diabetes.

In psychiatric organizations and home asylum persons of different age groups are receiving a long-term (up to 15 years and more) treatment and care towards whom

⁴² Point 2.2.4 of Appendix 1 of Decree No. 1939-N of December 5, 2002 of the Government of RA "On Approval of the Optimization Program of Health Institutions of Yerevan"

screening tests are not being implemented according to the data provided by the authorities of these institutions.

Therefore, the persons receiving treatment and care in psychiatric organizations should also be included in the screening tests programs implemented in the country.

Persons receiving treatment and care in psychiatric organizations in the case of somatic symptoms, of necessity, can make use of services of other specialists. There are therapists, clinical laboratories, and, sometimes, dental services in those organizations (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home). For the purpose of making use of the service of other physician-specialists or to undergo another volume of laboratory-instrumental test the persons with mental health problems are to be transferred to regional or specialized medical centers or physician-specialists are to be invited to receive the necessary consultation.

However, problems arise in practice when making use of services of other physician-specialists and arranging laboratory-instrumental tests.

As a result of study, in particular, it has been recorded that most of those receiving treatment and care in psychiatric organizations have a dental and prosthetic dentistry problem, in the direction of solution of which sufficient steps are not taken.

According to point 20 of Appendix 1 of Decree No. 318-N of March 4, 2004 of the Government of RA “On Free and Privileged Medical Care and Service Guaranteed by State” *persons cared in old people’s homes make use of the right of receiving state-guaranteed free and privileged medical aid and service*, and according to subparagraph 3 of point 10 of Appendix 1 of Order⁴³ No. 45-N of September 11, 2013 of the Minister of Health of RA, *the dental care and treatment (...) involves orthopedic dental medical care and service, including the preparation of new dentures and repair of dentures according to the medical instructions, without limiting the number of cases.*

There have been recorded difficulties connected with the transfer of persons with mental health problems to civil specialized medical institutions and organizing their treatment there. Thus, in the ward of forensic psychiatric expertise of “Nubarashen” Psychiatric Center arise difficulties connected with persons’ use of services of narrow specialists in other medical centers if needed. It is especially felt during the arrangement of their transportation in the evening hours. The transfer of the mentioned persons is carried out by the RA Police specialized guard subdivision based on the appropriate application. However, in emergency cases, in practice, it is not possible for the staff of

43 Order No. 45-N of September 11, 2013 of the Ministry of Health of RA “On Approval of the Standard of Provision of Dental Medical Care and Service within the Frames of Display of Free Medical Care and Service Guaranteed by State, the Procedure of Organization of Dental Care and Service for Children of the Respective Age Group within the Frames of the Program on “Children’s Dental Primary Prevention Services” and Free Dental Consultation and/or Treatment Permit Form within the Frames of Free Medical Care and Service Guaranteed by State”

the same center to obtain a written permission, which can serve as a basis for taking out a person from the ward of forensic psychiatric expertise, because of which a proper medical care may not be implemented or may be delayed causing heavy consequences.

Therefore, it is necessary to arrange properly and in time with a clear regulated mechanism the use of the services of narrow specialists of persons with mental health problems in other medical centers.

Some psychiatric institutions (the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, “Avan” Mental Health Center, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary) have signed contracts with the ambulatory services of the regional medical centers and their patients receive the necessary specialized consultations there. However, not all the organizations have the same possibilities and the medical specialized aid is provided in the extreme cases.

There are no appropriate vehicles for transferring persons with mental health problems to another medical institution. For example, the administration of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home has specially emphasized this problem. Moreover, though the persons with mental health problems need a special care and being in a civil medical institution can cause discomfort to other patients receiving treatment there, are being hospitalized in the extreme cases, or are offered to make use of a separate hospital room on paid bases.

In order to avoid such problems, it is necessary to develop mechanisms for a proper arrangement of examination or treatment of persons with mental health problems in other medical and specialized institutions, and, within the range of possibility and if necessary to provide separate hospital rooms on free bases.

A specialized tuberculosis ward for persons with mental health problems is allotted only in the Abovyan “National Center for Tuberculosis Control” SNCO. Nevertheless, in the psychiatric organizations there are not carried out examinations with clear prescribed procedure and periodicity in the direction of preventing tuberculosis, even in cases of detection of tuberculosis.

Thus, according to the datum provided by the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, the last fluorography test was organized in 2015, however, 52 cared patients didn't take part in it due to health problems (bedridden patients), although cases of tuberculosis were detected in the psychiatric organization during the mentioned period.

In fact, those cared in the Home Asylum did not undergo tuberculosis preventive tests for a long time in the event of the infection risk.

Approved by Order No. 21-N of October 20, 2008 of the Minister of Health of RA envisaged by Appendix “On No. 3.1.1-010-08 Sanitary-Epidemiological Rules and Hygienic Norms of Sanitary and Epidemiological Control of Tuberculosis in the

Republic of Armenia” measures are not properly arranged, though the risk groups for the spread of tuberculosis infection are considered to be the residents of old people’s homes, orphanages and social aid organizations who do not have a definite place of residence or occupation (see paragraph 14 of point 10 of the Appendix of the Order). According to point 61 of the mentioned Appendix, *the examinations of persons having communicated with sick persons are to be arranged within 7 days after the confirmation of the patient’s diagnosis.*

It turns out that the requirements of the above-mentioned Order of the Minister of Health of RA are not adhered.

There are not envisaged gynecological services in the studied psychiatric organizations, and the persons receiving long-term treatment and care are deprived of the possibility of using gynecological services. Moreover, during private talks it turned out, for example, that some of the women cared in the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, as far back as in the 1990s, have placed contraceptive spirals in order to prevent unwanted pregnancies, but the women haven’t undergone gynecological examinations for years.

The sphere has also a need for additional legislative regulation. Thus, according to paragraph 2 of point 20 of the Appendix of Decree No. 1292-N of October 29, 2015 of the Government of RA “*provision of medical aid and service in a general-type home asylum envisages periodic medical examination of the cared in accordance with the defined procedure and periodicity*”. **However, this Decree does not define both the medical examination clear mechanisms and the frequency of their implementation as well.**

Summarizing the above stated, it is necessary:

- ✓ To arrange, in case of need, the transfer of persons with mental health problems to a civil medical institution by an adapted vehicle;
- ✓ To implement respective examinations on preventing the spread of tuberculosis infection in cases of detection of tuberculosis amongst the cared in the home asylum and early detection of similar cases by the established procedure;
- ✓ To arrange the necessary dental prosthetics of cared kept in the home asylums in case of a medical indication;
- ✓ To define the procedure and frequency of periodic medical examination of the cared in a special-type home asylum within the frames of primary aid and service envisaged by paragraph 2 of point 20 of Appendix 2 of Decree No. 1292-N of October 29, 2015 of the Government of RA;
- ✓ To elaborate mechanisms for periodic examination of persons with mental health problems in other medical and specialized institutions, and, if necessary, a proper treatment, within the limits of possibility allot a free separate hospital

room.

2.10. Non-medication Treatment and Psychological Assistance

Studies, conducted within the frames of preparation of this report, testify that except the medication treatment alternative treatment methods are not applied in a number of psychiatric organizations (the Armash Health Center, the Gyumri Mental Health Center, “Nubarashen” Psychiatric Center). In some psychiatric organizations, where alternative treatment is implemented, it is accessible to not all the persons with mental health problems. In particular, in “Avan” Mental Health Center the services of art therapy and sand therapy are not accessible to persons with mental health problems receiving inpatient treatment. In the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, a limited number of persons with mental health problems are making use of auxiliary therapy (sports bike and workshop).

At the same time, it is welcomed that the patients in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary also keep vegetable and melons and gourds house, as well as are engaged in viniculture and bee-keeping.

Besides the medication treatment tailoring is used as an alternative treatment method in the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary. In order to ensure that, there is a sewing workshop in the organization, but only those under the dispensary control are involved in the work.

However, in these types of activities, patients should not be involved simply by “eye”, they should be applied pre-arranged and combined with medication treatment as a curative protocol means. For the application of such means, there should be formed a clinical-based curative strategy (for which group of patients? at which stage of disease? with what frequency and duration? which type of activity? etc.).

In any case, in the 2016 Report on Armenia, the CPT has noted that *psychiatric organizations are almost entirely based on the pharmacotherapy and the prevention of spread of diseases (...)*⁴⁴

The non-application of alternative treatment methods can have a negative impact on the psychiatric aid and reintegration of persons with mental health problems.

The correct and effective arrangement and provision of psychological works play a special role from the point of view of rehabilitation and social integration of persons with mental health problems. According to the World Health Organization’s updated manual on the Mental Health Action Plan, the overwhelming majority of recommendations for the mental disorders include psychological (cognitive-behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, motivation enhancement therapy, and so on) and psychosocial (couples

44 See <https://rm.coe.int/16806bf46f> website, point 124

and family therapy, life skills training, communicative training, etc.) clear instructions⁴⁵ of interference. At the same time, the above-mentioned support methods are an indissoluble and integrated part of the patient's complete curative and rehabilitation program. Meanwhile, the current situation in the Republic of Armenia allows to make a well-founded conclusion that the psychosocial part of the support of persons with mental health problems is clearly secondary and is not honored to a proper attention. The below given observations testify about it.

First of all, there aren't enough number of particular specialized trained and professional psychologists in the psychiatric organizations. That's the reason why the efficiency of their work remains low.

There are no facilities in the wards of the psychiatric organizations envisaged for psychological individual and group activities. The psychologist is often obliged to carry out his work in the procedure or nursing rooms, which technically strictly restricts the possibility of a professional and consistent psychological work, does not allow to ensure the confidentiality. Besides, the psychological work with persons with mental health problems requires special conditions (furnishing, layout, interior decoration, etc.) which are one of the important therapeutic factors for the improvement of the patient's state of mind.

In the administrative buildings of some psychiatric organizations psychologist's offices are located where the work with the patients is also implemented with difficulty because from the wards to the psychologist's offices the patient is accompanied by the technicians and in each ward there are only two technicians ("Nubarashen" Psychiatric Center).

It turns out that if one of the two technicians accompanies the patient to the psychologist's office, then there remains one technician in the whole ward, which leads to the arrangement of the psychologist's work mainly in the wards.

Moreover, when there is a need to involve a psychologist in the expertise, he can't work with the patients because the combining of functions is impossible during the same working hours. At the same time, the psychological work with patients is possible to arrange only at specific hours of the working day, from 11:00 to 15:00 based on the order of the day ("Nubarashen" Psychiatric Center).

Because of the abovementioned, only maximum 4-5 patients weekly have a chance to make use of the psychological services (at the time of the visit, 306 patients were kept in the organization according to the data provided by "Nubarashen" Psychiatric Center management), which is extremely insufficient to satisfy the psychological and rehabilitation requirements of persons with mental health problems.

There is no legally fixed procedure for the arrangement of psychological works

45 See http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1 website

in psychiatric organizations. The psychologist does not carry out systematic visits to wards, does not have a clear list of responsibilities, there isn't any formal mechanism of cooperation with psychiatrists. There is no document reflecting the essence and dynamics of psychological work with the patient ("Nubarashen" Psychiatric Center, the Armash Health Center, the Gyumri Mental Health Center).

For example, a psychologist of "Nubarashen" Psychiatric Center fills in only the register called "Book of Psychological Analyses" in which, however, no analysis is made: there is neither a section nor a column envisaged in the register for the psychological analysis.

Only the date of the meeting, the name, surname of the patient are filled up in the register as well as copied the diagnosis from the disease history. Besides this register, the psychologist, on his own initiative, keeps a register concerning the content of the psychological meetings, which is welcomed.

Actually, it turns out that in psychiatric organizations there is implemented a curative interference against the person, that is, a psychological work, which, however, is not reflected or proved in the patient's medical documents.

As a result of studies in psychiatric organizations, it turned out that there are no regulating norms of the separation and the volume of work of a psychiatrist, psychologist, and psychotherapist, and the complex curative strategy of the patient does not include psychological and socio-psychological interference.

In the psychiatric organizations there also arises the necessity of training of the psychologists, but there are financial and time problems connected with the arrangement of training (the Gyumri Mental Health Center).

Taking into consideration the above, it is necessary:

- ✓ To increase the staff of respective particular specialty or retrained psychologists in the psychiatric organizations;
- ✓ To envisage necessary rooms for psychologists for arranging work (including group);
- ✓ To arrange respective professional training for the staff;
- ✓ To include the psychological and psychosocial interference in the curative strategy of the persons with mental health problems, elaborate a form document cooperation system of psychiatrist-psychologist-social worker and other particular specialists;
- ✓ To arrange alternative therapy for persons with mental health problems in the psychiatric organizations, make them accessible to all the persons receiving treatment and care in the psychiatric organizations.

CHAPTER 3. THE KEEPING CONDITIONS OF PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS, ATTITUDE TOWARDS THEM

3.1. Overcrowding

Overcrowding in the psychiatric organizations of the Republic of Armenia is the issue of the day. Due to overcrowding those having mental health problems are not ensured with the necessary or minimum living space and have no possibility of personal area. In the result, they appear in an impermissible condition beginning from an unfavorable health environment up to the possibility of violence.

From the point of view of overcrowding of psychiatric organizations, it is particularly problematic that the area of the hospital rooms greatly differs in comparison with the number of beds and a personal area is not ensured for the persons with mental health problems (the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, the Gyumri Mental Health Center, the Armash Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary). There have been recorded cases when only 3.3-3.5 sq. m of living space was ensured for each person with mental health problems.

According to the 2016 CPT Report on Macedonia, *in the result of the study of the level of habitability in the psychiatric organization it turned out that eight persons⁴⁶ with mental health problems were kept in a room having 36 sq. m area.*

In relation to the abovementioned, the CPT urged *to make efforts to improve the living conditions of persons kept in the psychiatric organization, in particular, in the direction of increasing the accessible living space of each person with mental health problems, ensuring at least 6 sq. m of personal area for each person in multi-dwelling rooms.*

While assessing the overcrowding in psychiatric organizations, the living space accessible to each patient, but not the number of beds of each organization and the actual number of treated patients was taken into consideration. Thus, the bed capacity of the psychiatric organizations functioning under the regional subordination is defined by Decree No. 1911-N of November 2, 2006 of the Government of RA “On Approval of Programs on Optimization of Health Systems of the Regions of the Republic of Armenia” and in case of subordination to the Ministry of Health of RA by Order No. 3801of December 29, 2017 of the Minister of Health. Although all the observed psychiatric organizations do not apparently violate the requirements of the acts defining the number of beds, and the number of patients does not exceed the

46 See <https://rm.coe.int/16806974f0> website, points 143 and 145

capacity of the bed fund, nevertheless, the minimum living space for each person with mental health problems fixed by the abovementioned international standards is not ensured in the hospital rooms.

In principle, the clarifications of the Ministry of Health are unacceptable that in the basis of the planning of the number of beds lies only the annual index of the beds occupancy, the morbidity and illness, as well as indices of the average duration of the treatment.

While assessing the overcrowding of psychiatric organizations, the size of accessible living space for each patient, but not the number of beds and the index of their occupancy should be taken as a basis for the standard.

There are tightly arranged, closely put, even united beds in the hospital rooms as a result of overcrowding in the psychiatric organizations (the Armash Health Center, the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, the Gyumri Mental Health Center). Beds are also placed at the door of the hospital rooms, partly blocking the entrance of the rooms (“Avan” Mental Health Center, the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary).

The fact that beds are placed in the activity rooms also testifies about the overcrowding (the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary). **This means that the treatment and care of persons with mental health problems is arranged in the general usage room, that is in the room envisaged for use by all the persons kept in the corresponding wards of the organization. Such practice is impermissible.**

For example, as a result of a studies in “Avan” Mental Health Center it also turned out that the bed of a person with a mental health problems was placed in the corridor of the ward with the argumentation of being under constant control of the technician. However, according to the observations of the subdivision representatives of the National Preventive Mechanism, there were still several persons with mental health problems requiring constant control whose beds were in the hospital rooms. Other persons with mental health problems freely walk in the corridor. **That is, those whose beds are placed in the corridor are deprived of the opportunity to be isolated and to have a rest. Such a situation is unacceptable. Therefore, the constant control of persons with mental health problems requiring constant control should be established in the hospital rooms.**

The duty hospital nurse has received a severe reprimand in connection with the above stated according to the written clarifications of “Avan” Mental Health Center with respect to the results of the visit.

During the monitoring, it turned out that there are hospital rooms so large in sizes that do not correspond to the required standards and are subject to change.

Therefore, when constructing or repairing the hospital rooms of the wards of psychiatric organizations, it is necessary to pay attention to their structure and furnishing, as the hospital rooms are of a therapeutic significance and exert influence on the behavior of persons with mental health problems. In case of keeping a great number of persons with mental health problems in oversized hospital rooms, the opportunity for personal space is diminished, negatively influencing the behavior of the patient and the effectiveness of the treatment. There have been recorded such kind of rooms with 53-55 sq. m which are envisaged for keeping 8-11 persons (“Nubarashen” Psychiatric Center).

According to point 108 of the 2017 CPT Report on Latvia, *by the study of a psychiatric organization it turned out that in the rooms of one of the wards of the mentioned organization 8-10 persons with mental health problems were kept with beds placed too close to each other.*

As a result, the persons kept in the mentioned ward had a limited living space and were deprived of the opportunity of having a private space. The CPT emphasized that the existence of such conditions can have a negative impact on the persons kept there, by violating their right of having a personal space. The CPT urged to take measures in the direction⁴⁷ of gradually altering the large rooms into smaller rooms in the psychiatric organizations.

Thus, in order to exclude overcrowding in psychiatric organizations and ensure the right of having a personal space for the persons with mental health problems, it is necessary:

- ✓ To review the number of beds of each psychiatric organization, ensuring individual living space for each person with mental health problems;
- ✓ To arrange improvement works to ensure well-to-do conditions in the hospital rooms;
- ✓ Exclude the availability of beds in the rooms envisaged for rest;
- ✓ To exclude keeping persons with mental health problems in the corridors, and establish control over the persons with mental health problems requiring constant control only in the hospital rooms;
- ✓ To alter gradually the large hospital rooms to smaller rooms.

3.2. Living Conditions

Every person with mental health problems has the right to be kept and should be kept under such conditions that are necessary and sufficient for his normal daily living activities. At the same time, these conditions should proceed from the requirements

⁴⁷ See <https://rm.coe.int/pdf/168072ce4f> website

of his health state.

In the observed psychiatric organizations, however, problems with living conditions have been recorded, which can be classified into the following groups:

1. the women and men joint wards;
2. discriminatory approach;
3. security problems;
4. sanitary and hygienic conditions;
5. ensuring with bedside-lockers;
6. state of repair.

1) It should be noted that the availability of the women and men joint wards and, in this respect, the absence of separate, sheltered areas is problematic. The CPT in its 2016 Report on Armenia has touched upon this issue.

In the result of the study of living conditions in psychiatric organizations it turned out that in some of them the women and men wards are not separated. It refers to the 6th and the 7th wards of “Nubarashen” Psychiatric Center. In the Gyumri Mental Health Center, the women ward is not separated from the narcological ward.

The absence of the separated sheltered sector is impermissible: in order to ensure sufficient and decent conditions for persons with mental health problems, it is necessary to keep women separately from men.

2) All the persons with mental health problems are equal before the law and must equally make use of their rights and freedoms granted to them, and the employees of a psychiatric organization should respect their rights without displaying a discriminational approach.

In this respect, it causes concernment the differentiated approach of keeping people with mental health problems in different hospital rooms related to the comparatively decent conditions of the hospital rooms (the 7th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center).

Thus, bad conditions, including: it was cold and wet in the hospital rooms having heating problem, for example, in the hospital rooms located at the end of the corridor of the general ward of “Nubarashen” Psychiatric Center persons with heavy mental health problems or those who displayed improper, including aggressive behavior are kept, as a means of punishment. Such a practice has a negative impact on their state of mind.

According to the data provided to the Defender’s staff, the employees in some psychiatric organizations differentiate patients according to the degree of consciousness of their actions, classifying them into so-called “understanding” and “non-understanding” persons. Accordingly, individual clothing is provided only to “understanding” persons who can differentiate their clothing. The clothing of the

others is not individualized after being washed and is distributed randomly. Moreover, it is also recorded in “Nubarashen” Psychiatric Center that the clothing of those having mental health problems, who do not have a possibility to wash them through the relatives, is not individualized and is distributed mixed.

According to the clarifications provided by the Ministry of Labor and Social Affairs of RA, the attention of the Management of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home has been drawn to the fact that separating the cared into “understanding” and “non-understanding” is not acceptable, the classification of the cared is done according to their needs and the rendered services which must not contain such a definition and required to refrain from labeling people.

Therefore, it is necessary to exclude any discriminatory approach manifested towards the persons with mental health problems.

3) Open power distribution boxes and cables, defective and semi-open current sockets were recorded in the hospital rooms of the Armash Health Center (“Avan” Mental Health Center, the Armash Health Center).

The open current cables available in the wards, recorded during the visit, were closed according to the written clarification of “Avan” Mental Health Center in respect of the above-mentioned problem.

Any such situation threatening the safety of the persons with mental health problems should be excluded.

4) The issue of the sanitary-hygienic conditions is first of all connected with the air pollution in some hospital rooms of the psychiatric organizations (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Gyumri Mental Health Center, the Armash Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary).

It is mainly conditioned with the fact that patients suffering from night-time diuresis are kept in those hospital wards for whom sanitary towels are unavailable. The mentioned is conditioned with the non-sufficient financing according to the argumentation of the Management of the psychiatric organizations.

The problems of the sanitary-hygienic conditions are related also with the arrangement of laundering in connection with which the working conditions of the employees of the institutions are extremely significant which are not always satisfactory. For example, in some wards of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home a space for drying clothes is adjusted to the closed roof where also the clothing and the linen are ironed. The employees are not ensured with sufficient working conditions there. A problem has been recorded also in the Armash Health Center connected with the drying of the laundering which is done near the wood stove of a separated room on the first floor of the institution. There is no possibility of drying the laundering in another place during the cold and rainy weather.

The CPT in its 2004 Report on Armenia has also touched upon the issues of arrangement of laundering and the cleanness of the clothing and linen of the persons with mental health problems emphasizing *the necessity of periodic arrangement of laundering of the clothing and linen of the persons with mental health problems*⁴⁸.

The next issue is conditioned with the absence of information on the sanitary-hygienic including disinfection works done last time in the psychiatric organizations during the monitoring visits.

As a result of not ensuring sanitary-hygienic satisfactory conditions there arise improper and unacceptable keeping conditions, for the exclusion of which it is necessary:

- ✓ To ensure the persons with mental health problems with sufficient quantity of hygienic accessories, including sanitary towels;
- ✓ To ensure the proper arrangement of frequent laundering and the disinfection of the linen of the persons with mental health problems including the sufficient conditions for the employees in this connection;
- ✓ To implement periodic sanitary-hygienic works, including disinfection, ensuring their proper registration.

5) Ensuring the persons with mental health problems with bedside-lockers and giving an opportunity to keep the things separately is one of the main preconditions of individual space and, consequently, of private life. In the result of studies, however, it turned out that not all the persons with mental health problems are ensured with bedside-lockers. Despite of the availability of a definite number of bedside-lockers, they are shabby, damaged or broken. As a result, the persons not ensured with bedside-lockers are obliged to keep their things on the floor under the bed or on chairs.

In the light of the above-mentioned, it is welcomed that, for example, almost everybody is ensured with good condition bedside-lockers in the 2nd ward of “Nubarashen” Psychiatric Center.

The CPT in its 2016 Report on Armenia has mentioned that *there was not ensured an individual space both in the women and the men wards of the “Gyumri Mental Health Center” Joint-Stock Company, particularly, the persons with mental health problems did not have an individual space enabling to lock. The CPT offered the Armenian authorities to take necessary steps in the direction of ensuring all the persons with mental health problems, kept in the “Gyumri Mental Health Center” Joint-stock Company, with a lockable individual space, where they can keep their things.*⁴⁹

Based on the above it is necessary to provide all the persons, kept in

48 See <https://rm.coe.int/1680667a9e> website, point 173

49 See <https://rm.coe.int/16806bf46f> website, points 121,122

psychiatric organizations, with lockable wardrobes envisaged for keeping the personal things.

6) The unfavorable keeping conditions in the psychiatric organizations mainly are conditioned with the problems of state of repair and renovation.

Almost all the psychiatric organizations need repair and cleaning. The floors are wooden and threadbare (the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary) or concrete (“Nubarashen” Psychiatric Center).

The plaster of the walls has come off in some places, there are cracks and traces of rain on the ceiling. The windows are old which are covered with polyethylene from the inside to preserve the thermal regime (the Armash Helath Center).

In some psychiatric organizations the hospital rooms do not have doors, and in case of their availability the glasses are missing or are replaced by polyethylene (“Nubarashen” Psychiatric Center, “Avan” Mental Health Center).

Non-sufficient conditions of artificial illumination in the hospital rooms were recorded during the visits. In almost every room, only one bulb of small capacity worked at the time of the visit (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Armash Health Center, the Gyumri Mental Health Center).

The lavatories of the psychiatric organizations need restoration, including those envisaged for the employees of the institutions which are in not a good sanitary-hygienic condition (the Armash Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, “Avan” Mental Health Center, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, “Nubarashen” Psychiatric Center).

During the monitoring visits to psychiatric organizations, it was also recorded that in the lavatories of the wards three or two Asian toilets are installed, which are not separated from each other by partition. At the same time, the toilets are located at a height of one stair above the general floor, which can cause additional difficulties for the patients taking psychotropic medications which affects their movement and the balance maintenance (the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, “Avan” Mental Health Center, “Nubarashen” Psychiatric Center). There is also lack of toilets for the patients with special needs to ensure the possibility of their use of the lavatory (the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, “Nubarashen” Psychiatric Center).

There is also a joint lavatory and bathroom. In this case, the lavatory and the bathing section are divided from each other by one stair but are not separated, the possibility of isolation is not ensured (the 6th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center).

The Armash Health Center is not ensured with permanent drinking water. Honestly, there are installed water tanks in the psychiatric organization, but they are obviously not enough to meet the requirements of persons with mental health problems.

The walls of the kitchen of the women No. 1 ward of “Nubarashen” Psychiatric

Center are dilapidated in some places and there is a need for restoration.

The guard-post of the police officers implementing the control of the security zone of the 6th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center is in an unacceptable state. The minimal working conditions are not ensured there (with about 2 sq. m of area, covered with tin, walls of shabby cardboard, the door and the window broken).

For the solution of the above-mentioned problems, it is necessary:

- ✓ To implement necessary restoration and improvement works in the psychiatric organizations, including lavatories and bathrooms;
- ✓ To establish proper working conditions for employees.

3.3. Organization of Bathing

The periodic bathing is the obligatory condition for ensuring hygiene. Its importance is greater when a person is kept in a psychiatric organization for a certain period of time conditioned with health problems. Ensuring such a person with clean clothing and beddings is important just from the point of view of preserving his right of health and hygiene.

Problems connected with the organization of bathing of the persons with mental health problems, as well as their clothing and laundering have been recorded almost in all the psychiatric organizations. Thus, the possibility of bathing is mainly limited and is organized by a definite schedule. For example, in the women ward of the Gyumri Mental Health Center and the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, the bathing is organized once in 10 days, and at the Armash Health Center once a week. The bathing in “Avan” Mental Health Center is organized on Tuesdays and Fridays from 11:00 to 15:00.

There is also a problem of hot water supply in psychiatric organizations. In some cases, hot water is available for a limited period of time, such as in “Nubarashen” Psychiatric Center.

At the same time, in the studied institutions, problems with the provision of hygienic supplies necessary for the bathing of persons with mental health problems also have been recorded.

The presented situation is unacceptable. It is necessary to provide sufficient amount of hygienic supplies for the bathing of persons with mental health problems.

The CPT has repeatedly urged *to increase the bathing frequency of those kept in non-freedom* during the visits to Armenia as well as to a number of other countries connected with the organization of bathing of the persons with mental health problems.

In the 2007 Report on Georgia the CPT has emphasized *that it is necessary to*

carry out restoration works in the bathrooms of psychiatric organizations, ensure their cleanliness, hot water supply, as well as the possibility⁵⁰ to take bath more frequently for the kept persons.

Therefore, for the solution of the above problems, it is necessary to create a possibility of a proper use of bathing for persons with mental problems, ensuring the possibility of taking bath more frequently based on the hygienic requirements, but not less than twice a week.

3.4. Ensuring Proper Nutrition

Each person with mental health problems must receive necessary and sufficient nutrition for his life activity.

This includes the proper arrangement of the food storage, preparation as well as its provision. The problems recorded in this regard mostly comes to the following.

Firstly, the arrangement of the preparation and provision of food starts from where the foodstuffs are stored. Obviously, the food quality cannot be preserved if the food is stored in improper conditions. In the studied warehouses there were cases when the foodstuffs were stored in insufficient and non-sanitary conditions (for example, “Nubarashen” Psychiatric Center).

Persons with mental health problems also receive food from the relatives or other visitors. There also have been recorded insufficient conditions of storage of food brought by the relatives in psychiatric organizations. They are mainly kept in the wards. For example, in the 6th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center, the handed in food is stored in a shabby wardrobe placed in the corridor. There is no refrigerator in the ward because of which in winter the perishables are stored outside the window between the lattice frame space.

Employees of some psychiatric organizations have informed that in order to wash the dishes they are obliged to heat water in pots on gas stoves (the Gyumri Mental Health Center, “Nubarashen” Psychiatric Center). In this regard, a water heater is installed in the kitchen of the psychiatric organization according to the clarifications of the Gyumri Mental Health Center.

In the Armash Health Center, in warm weather conditions, the dinner is cooked not in the kitchen but on the fire in the yard because of the lack of gasification.

Along with the mentioned, the kitchens of some psychiatric organizations are ensured with sufficient conditions. For example, in the kitchen of the Lori Regional Psychoneurologic Dispensary there is a gas stove, ventilation pipe, refrigerator, and appropriate furniture. The kitchen is also supplied with hot water and the dishes were

50 See <https://rm.coe.int/16806961c1> website, point 115

clean at the time of the visit. In spite of this, the same kitchen is extremely small and is in the basement, the windows of which are also small, as a result of which the level of the daylight is low in the kitchen.

Unlike the others, the kitchen of “Avan” Mental Health Center does not operate any more. Three-time nutrition is ensured by another organization on a contract basis and the supplied food is of a sufficient quality.

The other problem of the provision of nutrition concerns the quantity of the food and the menu. The daily minimum portions of food provided to the persons with mental health problems in the psychiatric organizations functioning in the Republic of Armenia are established by Appendix No. 1 approved by Decree No. 711-N of May 26, 2011 of the Government of RA “On Defining the Daily Average Food Portions, Outfit Portions and the Period of Their Exploitation, Beddings and Hygienic Supplies Portions and the Period of Their Exploitation for the Persons Kept in the Psychiatric Organizations”.

In the result of the study of the menus of the psychiatric organizations, it turned out that the nutrition of some institutions do not correspond to the minimum daily portion of food approved by the mentioned Decree.

Thus, the situation recorded on the non-conformity of the food portion provided in “Nubarashen” Psychiatric Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, the Armash Health Center to the minimum portion defined by Decree No 711-N of May 26, 2011 of the Government of RA, is depicted in the below table which has been made up in a result of a two-week studies of menus in the mentioned organizations.

Foodstuffs	Minimum portion approved by legislation	Frequency and portion of provision of nutrition			
		The Armash Health Center	The Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary	“Nubarashen” Psychiatric Center	The Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary
Egg	2 eggs (weekly)	1 egg (weekly)	0	1 egg (weekly)	2 eggs (weekly)
Milk	200 g (daily)	Once (weekly)	0	199.2 g (in 2 weeks)	0
Sour cream	30 g (daily)	2-3 times (weekly)	0	33 g (in 2 weeks)	100 g (only on Saturdays/Sundays)
Curd	35 g (daily)	2-3 times (weekly)	0	33 g (in 2 weeks)	100 g (only on Saturdays/Sundays)

In addition to the foodstuffs listed in the above-mentioned table, cases of providing other foodstuffs with insufficient quantity and frequency also have been recorded. For example, in the Armash Health Center, fresh fruit was provided once during a week (200 grams daily is envisaged according to the above-mentioned Decree of the Government of RA), and in “Nubarashen” Psychiatric Center (in the context of two weeks) fruit was not provided at all.

According to point 14 of part 3 of Article 6 of the Law of RA “On Psychiatric Aid”, *persons with mental disorders being treated in a psychiatric organization, in particular, have the right to make use (...) of the right of health preservation, including receiving sufficient nutrition (...)*. It follows directly from this rule that persons with mental health problems have the right to receive sufficient quantity and proper quality nutrition with necessary periodicity.

In regard of this issue, in the 2016 Report on Moldova, the CPT *offered to ensure necessary financing for providing⁵¹ the persons with mental health problems with sufficient portion of various nutrition, including meat, seafood, fresh vegetable and fruit, as well as dairy products*. In this way, the necessity of provision of sufficient quantity of nutrition, as well as its variety for a definite period of time, has been underlined.

From the comparison of the described situations and the presented legal standards, it becomes clear that in the psychiatric organizations the provision of nutrition of the persons with mental health problems is implemented improperly, inconsistent with domestic and international legal standards. In the result, the ensuring of improper nutrition is connected with the provision of the unvaried and insufficient food.

Nevertheless, the food quality and the kitchen conditions have improved as compared with the previous visits in some psychiatric organizations (for example, in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary and “Nubarashen” Psychiatric Center).

The next problem is the insufficiency of quantity of tables and chairs in the dining halls: the placed tables and chairs do not correspond to the number of the patients. A similar problem has been recorded in “Nubarashen” Psychiatric Center, the Armash Health Center, “Avan” Mental Health Center, the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary and the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home. It should be also mentioned that in the basement corridor of the Armash Health Center additional tables and chairs are placed, which are used by the persons with mental health problems, if necessary. **It is impermissible to use a corridor as a dining hall, especially when it is not heated.**

In this respect, according to the written clarifications of the Ministry of Labor

51 See <https://rm.coe.int/16806975da> website, point 152

and Social Affairs of RA, the mentioned problem has been solved in the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home.

The limited period of time envisaged for taking meal is also unacceptable. For example, in the Armash Health Center one hour is envisaged per breakfast, lunch and dinner. According to the assurances of the employees and the patients, women use the dining hall first for a limited period of time with the duration of 20 minutes and then men do.

According to point 35 of the 8th General Report of CPT, *the nutrition of persons with mental health problems should not only be equivalent from the point of view of quantity and quality, but also should be served to patients in sufficient conditions. Normal conditions should be ensured for having meal: from this point of view, it should be underlined that an inseparable part of the social and psychological rehabilitation program of the patients is the provision of the opportunity to meet their vital significant necessities, including having meal at the table.*⁵²

All the presented adverse conditions, of course, have their negative impact on the health and the state of mind of the persons with mental health problems. To exclude this impermissible situation, it is necessary to take the following steps:

- ✓ To ensure proper foodstuff storage, including sanitary-hygienic conditions in the foodstuff storage warehouses as well as in all the places where foodstuffs are stored (e.g. in wards);
- ✓ To establish proper conditions for the employees working in the kitchens, including ensuring the possibility of hot water;
- ✓ To provide persons, kept in psychiatric organizations, with the food assortment and the daily minimum portions defined by Decree No. 711-N of May 26, 2011 of the Government of RA;
- ✓ To ensure the variety of food, excluding the provision of the same food;
- ✓ To improve the dining halls of the psychiatric organizations, ensuring furnishing corresponding to the number of persons kept in the wards, which will exclude the practice of having meal by shift or standing of people with mental health problems.

3.5. Care of People with Movement Problems

Some of the patients in psychiatric organizations have problems with movement. Special appliances making the environment accessible, including wheelchairs, are necessary for the normal vital activity of such persons. Not ensuring them has a negative impact both on their health in general as well as on their state of mind.

⁵² See <https://rm.coe.int/1680696a72> website

In some organizations, toilets are located at the height of one or several steps above the general floor of the lavatories (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary). The capability of a patient with a wheelchair does not allow to make use of it on his own because of the availability of only Asian toilets in the lavatories.

The issues of keeping persons with movement problems in psychiatric organizations are not limited only to the lack of possibility of making use of lavatories. Complications also arise when using dining halls. For example, in the Armash Health Center the patients with similar problems do not use the dining hall as it is in the basement and the staircase is not ensured with a wheelchair ramp.

Due to the absence of wheelchairs and wheelchair ramps, persons with movement problems are also deprived of the possibility to have a walk, face problems connected with movement.

The number of wheelchairs of some psychiatric organizations does not correspond to the number of persons with movement problems being there (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Armash Health Center), so the patients are also obliged to spend the most of the day in bed.

Therefore, in order to improve the described situation, it is necessary:

- ✓ To ensure the proper possibility of making use of lavatories, dining halls and having a walk for the persons with movement problems;
- ✓ To ensure the entrances of the organizations and other places in the building with wheelchair ramps necessary for movement.

3.6. Non-unified Practice of Notification the Law Enforcement Agencies on Injuries

From the point of view of the rights of persons with mental health problems and ensuring their security, it is of a particular significance to notify the law enforcement agencies about the recorded injuries in time. At the same time, the efficiency of the work requires availability of a single practice. This is also significant in terms of preventing offences.

The monitoring in the psychiatric organizations showed that there are no unified approaches in different institutions and even in different wards of the same institution. This is the result of a lack of an elaborated by the competent state body unified procedure on registering injuries in the psychiatric organizations and notifying the law enforcement agencies about it.

Thus, there is “Police Calls Record Register” as well as “Patients’ Escape and Injuries Record Register” at the reception of “Nubarashen” Psychiatric Center which

are filled in by the duty doctor. In the mentioned registers, the bodily injuries of persons with mental health problems are recorded when admitted to the psychiatric organization, as well as the injuries occurred to persons kept in the center during the duty. A register on injuries and escape is also kept in all the wards. At the same time, the injuries of persons with mental health problems are recorded in their disease histories.

The patients' injuries are recorded in their disease histories in "Avan" Mental Health Center and, as the employees note, the Police is immediately orally notified about every case.

During the visit, from the study of the disease history of one of the patients it turned out that the latter was admitted to the Center on June 24, 2017. According to the record of the duty doctor "his skin and visible mucous membranes were of physiological coloration". After this record of the doctor in the disease history in a handwriting different from his handwriting another record is made that there were found bruises on the hands and abdomen of the mentioned patient. At the same time, it should be noted that, according to the corresponding record, on the same day the mentioned person "has displayed aggressive behavior in the ward", in the result of which a physical restraint was applied.

Afterwards, **the Avan division of the Nor Nork Police Office of RA was notified** about the bruises discovered on the mentioned patient on June 24, 2017, recorded in the disease history in a differed handwriting, **only on June 26, 2017 by an official paper.**

In a number of other psychiatric organizations, the patients' injuries are recorded in their disease histories and injuries registries, as well as the Police of RA is notified about them (the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary, the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home).

It is also remarkable that although the legal respective bases are lacking, the injuries registry in the Lori Regional Psycho-Neurological Dispensary is provided by the Vanadzor Office of the Lori Regional Police Department sealed with the seal of the police office.

Thus, it is necessary to take steps in the direction of elaborating the procedure of the proper records of injuries when admitted to organizations implementing psychiatric medical aid and service and injuries sustained there and notifying the law enforcement agencies about them in order to ensure unified legal rules and practice.

3.7. Outdoor Walk

The monitoring in psychiatric organizations has allowed to record a systemic problem connected with the ensuring of an outdoor walk of persons with mental health problems. The right of having a walk either is not ensured properly or the patients are not taken out for a walk at all. The persons receiving compulsory treatment are prohibited from outdoor walks according to persons with mental problems as well as the employees of the organizations. For example, in “Nubarashen” Psychiatric Center, during a private talk with one of the persons receiving a compulsory treatment, the latter informed that he has not come out for outdoor walk for 5-6 months.

Not everyone has the opportunity to make use of having a walk in “Avan” Mental Health Center, although the wish of persons with mental health problems to have a walk is too great.

According to the data provided by the employees of the center, there the walk is arranged only by the permission of the doctor, with groups of about 10 people accompanied by a technician, in the evening, with a duration of 15-40 minutes. According to the corresponding register, in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary the outdoor walk is arranged on definite days once in 3, 5 or 7 days at a definite hour which lasts up to 70 minutes. Moreover, at least 12 people, out of the 60 persons with mental health problems, go for an outdoor walk. It also should be mentioned that women and men go for outdoor walks on different days, and the women make use of outdoor walk at the interval of 3 to 9 days, and the men of 5 to 13 days.

Unlike the mentioned organizations, most of the persons with mental health problems in the Ardash Health Center have an outdoor walk and come out to the yard of the organization without any impediment when the weather conditions are satisfactory.

The ensuring of the walk is recorded in the corresponding registers. Thus, in the register on walk kept in one of the women wards of “Nubarashen” Psychiatric Center, in front of each day there is a record that patients of the ward have come out for a walk, except of “weak and compulsory treated patients”. Because of such practice it is impossible to find out which patients have used their right on walk, who are considered “weak patients”, whose right of outdoor walk is limited and on what substantiation.

Such an approach is impermissible against the persons with mental health problems who are receiving compulsory treatment in the general ward because the latter’s right of outdoor walk is limited without substantiation. As to the limitations of the right of walk of the persons with mental health problems, then it is necessary to make substantial and exhaustive record in the corresponding documents (for example, disease histories) in relation to each case of the limitation of right.

The registers in the 5th and the 7th wards of “Nubarashen” Psychiatric Center testify that based on “bad weather conditions”, walk is not arranged, and from October 2016 to March 12, 2017 included the words “have refused”, “rainy weather”, “cold”, “wind”, “snow” are mentioned in the register including the columns containing all the patients’ personal data. It is obvious from these records that the persons with mental health problems have not used outdoor walk for about 6 months.

During the studies, it turned out that not all the psychiatric organizations keep registers on walk. Besides, there are issues related to keeping and filling in the registers. For example, in the register on walk kept in the Syunik Regional Neuropsychological Dispensary, the 9th of October is filled in earlier than the 6th of October, or the name of the same person is filled in on the same day and at the same time twice. These evidence about the formal filling in the registers, the frivolous attitude towards the right of outdoor walk. In this regard, it is necessary to ensure a proper keeping of registers on records on taking out for an outdoor walk of persons with mental health problems.

The right of an outdoor walk of persons with mental health problems is fixed in the Law “On Psychiatric Aid” of RA, according to point 15 of part 3 of Article 6 of which *the persons with mental disorders treated in a psychiatric organization have the right of rest, including outdoor walk (...).*

According to the CPT Jurisprudence, *“the psychotherapeutic treatment should be based on an individual approach (...). The patients should have the possibility of regular use of the special equipped activity rooms and daily outdoor walk”*.⁵³

The procedure of arrangement of outdoor walks is not envisaged in the Law “On Psychiatric Aid” of RA which in practice can also be the reason of causing problems in connection with ensuring outdoor walks.

Based on the studies of the above-mentioned described cases, the international standards and the requirement for the implementation of the right fixed by the domestic legislation, it is necessary:

- ✓ To ensure the proper implementation of the right of persons with mental health problems on outdoor walk, defined by law, taking into consideration that the mentioned right should not be limited only because of the fact that the person has a mental health problem or has committed an unlawful act some day;
- ✓ To ensure the record of each case of limitation of the rights of persons kept in a psychiatric organization, in the particular case, the right on outdoor walk, in the disease histories with appropriate substantiation.

53 See <https://rm.coe.int/1680696a72> website, point 37

3.8. Occupation

Ensuring occupation of persons with mental health problems is particularly significant from the point of view of their state of mind and treatment.

The occupation of persons with mental health problems has been studied during the monitoring in the psychiatric organizations.

In particular, basically the main means of occupation in psychiatric organizations, actually, is TV-set which is usually placed in the corridors of the wards or in activity rooms (“Nubarashen” Psychiatric Center, “Avan” Mental Health Center, the Gyumri Mental Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary).

Some of the persons with mental health problems have a great desire to read books, but libraries or books are lacking in the organizations. For example, some persons kept in “Avan” Mental Health Center have books that have been transmitted by their relatives.

There are no separated rooms for occupation and rest in some psychiatric organizations (“Nubarashen” Psychiatric Center, “Avan” Mental Health Center). Meanwhile, it is significant that in the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary, for example, persons with mental health problems are using the newly-built occupation room where they sing, play or exercise.

The initiative to build such an occupation room, of course, is welcomed. However, not all the persons with mental health problems have a possibility to use it because they are not granted an opportunity to come out of the ward.

In the 2016 Report on Armenia, the CPT has mentioned that *“the psychiatric organizations are almost entirely based on the pharmacotherapy and restraining the spread of diseases without any physical and social rehabilitation, types of occupation and creative activities (...)”*⁵⁴ In the 2006 Report on Slovakia, the CPT has emphasized that *it is necessary to take steps in the direction*⁵⁵ *of ensuring more targeted occupations for the persons with mental health problems”*.

It can be concluded from the above-mentioned that there exists the problem of ensuring occupation for the persons with mental health problems in psychiatric organizations. In order to solve it, it is necessary:

- ✓ To separate rest and occupation rooms in the psychiatric organizations;
- ✓ To add targeted occupation activities or create additional opportunities (e.g. a library) for persons with mental health problems.

54 See <https://rm.coe.int/16806bf46f> website, point 124

55 See <https://rm.coe.int/1680697da1> website, point 92

3.9. Connection with the Outside World

Persons with mental health problems kept in psychiatric organizations are in a vulnerable position in terms of maintaining connection with the outside world, as being in the institution for a long period of time, actually, they lose their connection with their relatives and are isolated from the society. In fact, maintaining connection with the outside world is significant for the state of mind of persons with mental health problems and not to feel themselves neglected.

Problems related to the correspondence and meetings have been recorded from the point of view of connection with the outside world.

With regard to the possibility of correspondence of persons with mental health problems, including application-complaints, it should be mentioned that the boxes envisaged for application-complaints and suggestions are lacking almost in all the psychiatric organizations.

According to the written clarifications of the Ministry of Labor and Social Affairs of RA on the mentioned, application-complaints boxes have been installed in all the wards of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home after the visit and the management has elaborated a procedure for opening the boxes and registering the applications.

According to points 1 and 18 of part 3 of Article 6 of the Law “On Psychiatric Aid” of RA, persons with mental disorders treated in a psychiatric organization have the right to establish correspondence and apply their applications, complaints on the violation of their rights, prescribed by law, on examination, treatment, discharging, protection and freedoms to the head of the psychiatric organization, its superior body, court, prosecutor’s office, the Human Rights Defender, state and local self-governing bodies, public associations and parties, mass media as well as the human rights and freedoms protection international bodies or organizations personally or through an advocate or lawful representative.

The lack of application-complaints and suggestions boxes in psychiatric organizations and the appropriate procedures of their conduct, naturally, hinders the proper implementation of the above-mentioned right.

Along with this, for example, welcomed steps have been taken in the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home after the monitoring visit of the representatives of the Subdivision of the National Preventive Mechanism. Application-complaints boxes have been installed in all the wards, as well as the procedure for opening the boxes and registering the applications have been elaborated by the management.

Issues related to the telephone communication are mainly connected with the absence taxophones or telephones in the psychiatric wards of the psychiatric organizations (“Nubarashen” Psychiatric Center, the Armash Health Center, the Gyumri

Mental Health Center) or their disrepair (“Avan” Mental Health Center, “Nubarashen” Psychiatric Center).

Another issue is related to the prohibition of keeping mobile phones with the persons with mental health problems in the psychiatric organizations. They are kept with the employees of the organization. For example, in “Nubarashen” Psychiatric Center and “Avan” Mental Health Center, persons with mental health problems in case of necessity to call their relatives are provided with their personal phones, which are kept with the employees, particularly with the hospital nurses.

In the Gyumri Mental Health Center and the Armash Health Center, persons with mental health problems, in cases of necessity, use the fixed phone installed in the room of the hospital nurse. In the Armash Health Center the employees provide their personal mobile phones to the persons with mental health problems. In one of the wards of the Vardenis Neuropsychiatric Social Care Home, the cared make the calls to their relatives from the mobile phone of the social worker, as there is no another telephone in the ward envisaged for that purpose.

In all the described cases, the implementation of the right of persons with mental health problems to make use of telephone communication is made dependent upon the employees of the organization as a deprivation from the point of view of ensuring connection with their relatives. This can give cause for abuses, because the sphere has no legal regulation enough as it is.

Other situation is in the Syunik Regional Neuro-psychiatric Dispensary. Here, in the wards a person with mental health problems may have a mobile phone and communicate, for example, with the relatives. The taxophone is installed on the first floor, the accessibility of which is problematic for persons with mental health problems as they do not have the opportunity to come out of the ward on their own and, in fact, to make use of the telephone communication.

In the same organization, the cases of limitation of the right of persons with mental health problems, in case of necessity, to make use of the telephone communication are not recorded in written form. In fact, every case of right limitation should have a substantiated and exhaustive record in the medical documents of the latter.

It should be noted that the right of persons with mental health problems to make use of telephone communication is fixed by the Law “On Psychiatric Aid” of RA, according to point 2 of part 3 of Article 6 of which *persons with mental disorders treated in a psychiatric organization have the right to make use of telephone communication*. Moreover, the same Appendix defines the standards for the implementation of this right, according to which *psychiatric organizations install at least one taxophone on their territory in a place accessible for the persons with mental disorders*.

It becomes clear from the above-mentioned that in practice the implementation of

the right to use telephone communication is ensured improperly.

As to the arrangement of meetings, then the problems here are related to the sizes of the rooms envisaged for meeting or the insufficiency of furnishing or the lack of rooms. For example, there is 1 table and 3 chairs in the meeting room of the 7th ward of “Nubarashen” Psychiatric Center, and the artificial illumination is lacking. A meeting room is not envisaged in the Armash Health Center. The meetings are arranged in the yard or in the entertainment room located in the lobby.

The other issue related to meetings refers to the circle of other persons being present during the meetings besides the persons with mental health problems and the visitors. Mainly the meetings are provided in the presence of a technician or a hospital nurse (the Armash Health Center, the Syunik Regional Neuropsychiatric Dispensary), but in the 6th and the 7th wards of “Nubarashen” Psychiatric Center, the security employee, who is a police officer, is also present there. The participation of a security employee or a police officer cannot be considered as justified.

A separate issue is also the limited schedule envisaged for meetings. For example, meetings in “Nubarashen” Psychiatric Center are provided only on working days for an exact period of time, from 10 to 16, and meetings on weekends are not permitted at all. Those who are receiving treatment and forensic psychiatric examinations in the 7th and the 6th wards the mentioned schedule can cause additional difficulties for their relatives who have no possibility to visit their relatives on weekends or even after the working hours.

It should be noted that a right for persons with mental health problems to meet visitors is envisaged by point 3 of part 3 of Article 6 of the Law “On Psychiatric Aid” of RA. By point 2 of Chapter 2 of the Appendix of the mentioned Law it is defined *that in case of medical respective indications, by the doctor’s instruction, the persons recognized as incapable or partially capable as well as juvenile patients are accompanied by the nurse of the given ward during the meetings with the visitors, in connection with which a record is made in the corresponding medical documents.*

Consequently, it turns out that the employees of the organization should not participate in the meetings of the persons with mental health problems, except for the cases prescribed by law.

Thus, in practice, the rights of the persons with mental health problems on correspondence, addressing application-complaints, making use of telephone communication, as well as having meetings are not ensured. Therefore, it is necessary:

- ✓ To install boxes envisaged for application-complaints in the wards, define a procedure for opening them, registering and sending them to the addressee by ensuring the possibility of writing an application-complaint by keeping the

privacy of the cared with mental health problems, as well as stick information about writing application-complaints on the mentioned boxes or in another visible place;

- ✓ To ensure the complete implementation of the right of persons with mental health problems to make use of telephone communication;
- ✓ To arrange the meetings of the persons with mental health problems in properly furnished, separated and comfortable rooms;
- ✓ To elaborate, by an individual approach, a flexible schedule for providing meetings, envisaging their possibility also on non-working days and hours;
- ✓ To fix the proper argumentation of limitation of the right on making use of telephone communication in the corresponding document (e.g. disease history) by ensuring possibly short-time and in exceptional cases the limitation of the right of persons with mental health problems on making use of telephone communication;
- ✓ To exclude the participation of the employees of the psychiatric organizations during the meetings without substantiated reason.

3.10. Passports and Pensions

As every citizen of the Republic of Armenia as well as the persons with mental health problems who are citizens of the Republic of Armenia, have the right to receive a passport of the citizen of the Republic of Armenia. The regulations related to passports are fixed in the Law “On Passports of the Citizen of the Republic of Armenia” of RA. According to Article 4 of the mentioned Law, a citizen receives a passport voluntarily irrespective of age.

In this regard, problems are recorded related to the issuing of passports for persons with mental health problems. Thus, some part of the persons kept in the discussed psychiatric organizations do not have a passport of the citizen of the Republic of Armenia, in the result of which is deprived of the possibility of implementation of a number of rights prescribed by law (“Nubarashen” Psychiatric Center). Persons with mental health problems because of not having a passport, in particular, are deprived of the right to receive pensions, as a consequence of not having a passport it is impossible to establish a disability category towards them. In the result, the above-mentioned persons with mental health problems cannot receive a work, including age and disability pension.

At the same time, in the psychiatric organizations there are lacking mechanisms on granting pensions to persons with mental health problems and possession of it by the latter on their own. In the Armash Health Center, by the assertions of the persons

with mental health problems receiving pension they keep some of the received amount with themselves and the rest they give to the employee of the center “for keeping in their institution”.

For example, envisaging corresponding registers and establishing strong control over its conducting, installing ATMs near the psychiatric organizations etc. can contribute to the solution of the mentioned problem.

The lack of mechanisms of granting pensions to persons with mental health problems and possession of it on their own may bring to abuses. For the exclusion of such abuses, as well as for the solution of the passport issue, it is necessary:

- ✓ To ensure persons with mental health problems with passports;
- ✓ To elaborate mechanisms for granting pensions to persons with mental health problems and possession of it on their own, excluding possible abuses.



**ЗАЩИТНИК ПРАВ ЧЕЛОВЕКА
РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ**



ВНЕОЧЕРЕДНОЙ ПУБЛИЧНЫЙ ДОКЛАД

**ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРАВ
ЛИЦ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ,
СОДЕРЖАЩИХСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ЕРЕВАН 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	175
МЕТОДОЛОГИЯ	176
ГЛАВА 1. СИСТЕМНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	179
1.1. Отсутствие единой политики в сфере охраны психического здоровья и проблемы, связанные с предоставлением платных психиатрических услуг	179
1.2. Деинституционализация, реабилитация и социальная интеграция в сфере психического здоровья	186
ГЛАВА 2. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	191
2.1. Применение принудительных мер медицинского характера в уголовном судопроизводстве	191
2.2. Добровольное или принудительное лечение лиц, содержащихся в психиатрическом учреждении	196
2.3. Меры сдерживания	200
2.4. Медицинский персонал.....	209
2.5. Лекарства.....	213
2.6. Лабораторные и другие исследования	216
2.7. Ведение историй болезни	219
2.8. Служба скорой помощи и диспансерный контроль	220
2.9. Скрининговые обследования и возможность пользования другими медицинскими услугами.....	221
2.10. Немедикаментозное лечение и психологическая помощь	225
ГЛАВА 3. УСЛОВИЯ СОДЕРЖАНИЯ И ОБРАЩЕНИЕ С ЛИЦАМИ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	229
3.1. Перенаселенность	229
3.2. Бытовые условия	231
3.3. Организация купания	236
3.4. Обеспечение надлежащего питания	237
3.5. Уход за лицами с проблемами передвижения	241
3.6. Неединая практика сообщения о травмах правоохранительным органам.....	242
3.7. Прогулки на свежем воздухе	243

3.8. Занятость	245
3.9. Связь с внешним миром	246
3.10. Паспорта и пенсии.....	250

ВВЕДЕНИЕ

Конституционный закон РА «О защитнике прав человека» от 16-го декабря 2016 года (далее-Конституционный закон) предоставил Защитнику прав человека РА статус национального превентивного механизма, установленного Факультативным протоколом к Конвенции ООН 1984 года «Против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания», принятым 18-го декабря 2002 года.

28-ая статья Конституционного закона определяет полномочия Защитника в качестве национального превентивного механизма, закрепляет возможность Защитника совершать периодические посещения, а также, при необходимости, посещения психиатрических организаций.

Наличие психиатрических организаций в сфере компетенции национального превентивного механизма обусловлено необходимостью осуществления последовательных работ в соответствии с международно признанными принципами в сфере обеспечения прав лиц с проблемами психического здоровья, с точки зрения гарантирования прав лиц с проблемами психического здоровья и предотвращения нарушений.

Вопрос особенно актуален в том отношении, что относится к лицам, которые могут содержаться в психиатрических организациях против собственной воли или из-за состояния их здоровья не могут поднимать волнующие их вопросы, - в случае попраения или пренебрежения их правами. Следовательно, сфера нуждается в тщательном исследовании, выявлении системных проблем и указании конкретных направлений их решения.

Именно на способствование решению всех этих вопросов направлен настоящий внеочередной публичный доклад.

Особо подчеркивается, что доклад не преследует цели оценить профессиональную деятельность медицинского персонала психиатрических организаций. В системе деятельности Защитника прав человека всегда отмечается важность высокой гуманитарной миссии врача, а состояние обеспечения прав специалистов медицинской сферы находится под приоритетным вниманием.

В докладе рассматриваются исключительно проблемы, связанные с недостатками в управлении, контролировании, законодательном регулировании и так далее. Это проблемы, которые негативно влияют на состояние сохранения психического здоровья человека и на качество предоставляемых услуг, независимо от профессиональных возможностей медицинского персонала, стиля работы и добросовестности, лояльных принятой миссии.

МЕТОДОЛОГИЯ

Настоящий доклад основан на результатах мониторинговых посещений в течение 2017 года организаций¹, подведомственных Министерству здравоохранения РА, областным администрациям, а также Министерству труда и социальных вопросов РА. Эти посещения были осуществлены сотрудниками Управления по предотвращению пыток и плохого обращения Аппарата Защитника прав человека РА и независимыми экспертами (юристы, психолог, социолог, врачи, в том числе психиатр) национального превентивного механизма.

Посещения были необъявленными и имели четкую методологию. В частности, в ходе посещений психиатрических организаций были исследованы условия содержания лиц с проблемами психического здоровья, состояние их прав и свобод, документы, касающиеся лечения и ухода, а также обеспечения прав. Были проведены частные беседы с сотрудниками организаций и лицами с проблемами психического здоровья. Причем, при констатации проблем в частных беседах с последними, они неоднократно проверялись по специальному методу, в том числе уточнением того же вопроса частными беседами с другими пациентами.

В ходе мониторинговых посещений были использованы технические средства, в частности, приборы для фотографирования, измерения пространства, температуры и влажности.

Выявленные к концу посещения проблемы были обсуждены с руководством организации и компетентным медицинским персоналом, были констатированы также проблемы и требования, поднятые руководством организаций.

Персонал психиатрических организаций с готовностью сотрудничал и содействовал работам подразделения, осуществляющего функции национального превентивного механизма по обеспечению прав лиц с проблемами психического здоровья.

В результате сопоставления и анализа сведений, документов и законодательных урегулирований сферы, приобретенных в ходе посещений, были подняты как практические проблемы, так и пробелы и недостатки в законодательном регули-

1 В течение 2017 года мониторинговые посещения были проведены в следующие организации: ЗАО «Республиканская клиническая больница неврозов и других пограничных состояний» Министерства здравоохранения, ЗАО Центр психического здоровья «Аван» Министерства здравоохранения, ГНКО «Варденисский нейропсихиатрический дом-интернат» Министерства труда и социальных вопросов, ЗАО «Центр психического здоровья Гюмри» Ширакской областной администрации, ЗАО «Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер» Сюникской областной администрации, ЗАО «Лорийский региональный психоневрологический диспансер» Лорийской областной администрации, ЗАО «Психиатрический центр «Нубарашен» Министерства здравоохранения, ЗАО «Армашский центр здоровья им. академика А. Айрияна Араратской областной администрации.

С целью обеспечения доступности изложения настоящего доклада наименования отмеченных организаций используются без указания на ведомственное подчинение и организационно-правовую форму.

ровании.

В Аппарате Защитника прав человека были проведены обсуждения относительно выявленных проблем и их решений, от компетентных органов были затребованы разъяснения относительно осуществленных посещений, представляя им анализы, обобщающие результаты каждого посещения. Аппарат Защитника прав человека не только описывал выявленные проблемы, но и на основе профессионального анализа предложили правовые и практические механизмы решения, которые содержали предложения по внесению изменений и дополнений в правовые акты сферы.

Полученные разъяснения и сведения отражены в настоящем докладе.

Источником сведений для национального превентивного механизма являлись также индивидуальные жалобы, представленные Защитнику прав человека, а также материалы и исследования, опубликованные международными структурами, общественными организациями и средствами массовой информации.

В ходе осуществления посещений, а также подготовки настоящего доклада за основу были приняты также доклады Европейского Комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (далее-КПП) относительно Армении, особенно обращая внимание на текущие проблемы в психиатрических организациях, рекомендации государству относительно их решения и меры, предпринятые государством в этом отношении.

В течение 2017 года, в ходе встреч Консультативного совета по предотвращению пыток, состоящего из представителей общественных организаций и независимых специалистов, при Защитнике прав человека РА, были обсуждены состояние обеспечения прав лиц с проблемами психического здоровья, отраслевые проблемы и основные направления их решения.

В течение 2017 года, непосредственно до посещений, были организованы курсы переподготовки относительно методологии и принципов изучения состояния обеспечения прав человека в психиатрических организациях. В данных курсах приняли участие как сотрудники Аппарата Защитника прав человека РА, так и члены Консультативного совета по предотвращению пыток и представители общественных организаций упомянутой сферы.

Помимо этого, совместно с Аппаратом Защитника прав человека РА и представителями национальных превентивных механизмов ряда зарубежных стран, при участии международных экспертов был проведен семинар по обмену опытом в связи с внедрением международных стандартов по мониторингу психиатрических организаций. Более того, в Аппарате Защитника прав человека РА, при участии международного эксперта и представителей других стран, было разработано ра-

бочее руководство² национального превентивного механизма к осуществлению мониторинга в психиатрических организациях, которое также было использовано при осуществлении мониторинга.

Отмеченные курсы, руководство и программа обмена опытом были направлены на повышение эффективности мониторинговых работ в психиатрических организациях, проводимых экспертами и представителями подразделения национального превентивного механизма в течение 2017 года.

В настоящем докладе систематизированно представлены проблемы, выявленные в ходе мониторинговых работ, проведенные в связи с ними профессиональные анализы и рекомендации по их разрешению. При этом, доклад разделен на 3 главы, каждая из которых, в свою очередь, содержит параграфы, конкретизирующие общую проблему.

Первая глава доклада посвящена системным проблемам организации сохранения психического здоровья. В этой главе рассматриваются проблемы, связанные с отсутствием единых подходов к предоставлению психиатрических услуг, проблемы их оплаты, а также деинституционализация, реабилитация и социальная интеграция в сфере психического здоровья.

Вторая глава представляет проблемы, поднятые в связи с медицинской помощью и обслуживанием лиц с проблемами психического здоровья, ссылаясь на применение принудительных медицинских мер по отношению к невменяемым лицам, принудительному лечению лиц в психиатрических организациях, смирительным мерам, медицинскому персоналу учреждений, лекарственным препаратам и ряд других вопросов.

В третьей главе отражены проблемы, связанные с условиями содержания и отношением к лицам с проблемами психического здоровья. Здесь представлены такие вопросы, как перегруженность учреждений, бытовые условия лиц с проблемами психического здоровья, организация купания и стирки, обеспечение надлежащего питания, а также другие важные проблемы.

2 См. Веб-страницу http://www.ombuds.am/images/Uxecuyc_hogebuzharanner_15.03.2018.pdf.

ГЛАВА 1.

СИСТЕМНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

1.1. Отсутствие единой политики в сфере охраны психического здоровья и проблемы, связанные с предоставлением платных психиатрических услуг

В соответствии со статьей 85 Конституции РА, каждый (...) имеет право на охрану здоровья. Это конституционное право касается также охраны психического здоровья лица, которое, в соответствии со статьей 5 Закона РА «О психиатрической помощи», включает как улучшение психического здоровья и предотвращение психических расстройств, так и обеспечение многостороннего и доступного медицинского обслуживания, ухода и других форм помощи лицам с психическими расстройствами.

В соответствии с 1 частью 4 статьи того же закона, процесс охраны психического здоровья организуется уполномоченными органами Правительства Республики Армения и осуществляется созданными для этой цели психиатрическими организациями.

В этой связи следует отметить, что психиатрические организации, действующие на территории РА, подведомственны различным органам. Так, психиатрический центр «Нубарашен»³, Севанская психиатрическая больница, Центр психиатрического здоровья «Аван», Республиканская клиническая больница неврозов и других пограничных состояний действуют под ведомством Министерства здравоохранения, а Гюмрийский центр психического здоровья, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Лорийский региональный психоневрологический диспансер, Армашский центр здоровья-под ведомством областных организаций и в сфере компетенции Министерства территориального управления и развития.

Под ведомством Министерства труда и социальных вопросов действуют Варденисский нейропсихологический дом-интернат и Центр по уходу за лицами с проблемами психического здоровья «Дзорак», где помимо ухода осуществляются психиатрическая медицинская помощь и обслуживание.

3 На основании постановления Правительства Республики Армения номер 1165-А «О реорганизации в форме объединения закрытых акционерных обществ «Психиатрический центр «Норк» и «Психиатрический центр «Нубарашен» и создании закрытого акционерного общества «Национальный центр охраны психического здоровья» от 22-го сентября 2017 года Психиатрический центр «Нубарашен» был реорганизован. Несмотря на это, в настоящем докладе используется наименование «Психиатрический центр «Нубарашен», поскольку на момент мониторингового посещения в данную организацию вышеотмеченный процесс реорганизации не был завершен.

Мониторинг во всех отмеченных организациях и изучение их деятельности показали, что такое децентрализованное ведомственное подчинение привело к отсутствию надлежащего надзора со стороны каждого полномочного органа в его компетенции.

После посещения каждой из психиатрических организаций результаты были направлены одновременно нескольким органам - с целью привлечения внимание каждого из них к вопросам, находящимся в сфере его компетенции.

Например, в ходе посещений психиатрических организаций, действующих под ведомством областных администраций, были зафиксированы обсуждаемые в данном докладе многочисленные проблемы относительно психиатрической помощи и обслуживания, в том числе грубые нарушения положений, определенных рядом указов министра здравоохранения. Поэтому анализы результатов посещений были направлены как в Министерство территориального управления, которое, в свою очередь, направило их в областные администрации и психиатрические больницы, так и в Министерство здравоохранения.

Отсутствие централизованного ведомственного подчинения в сфере психиатрической помощи не было бы проблемным, если бы оно не влияло отрицательно на единство стандартов и принципов оказания психиатрических услуг, обеспечение надлежащего сотрудничества в вопросе социальной интеграции лиц с проблемами психического здоровья, а также на эффективность государственного контроля над сферой.

Эти органы не предпринимают адекватных шагов для решения вопросов, поднятых в ходе мониторинга, также из-за подобных решений на системном уровне.

В сфере психиатрической помощи отсутствует систематизированная и взаимосвязанная работа различных органов с точки зрения разделения функций каждого из них, обеспечения надлежащего контроля в сфере компетенции каждого органа и надлежащего осуществления совместной и взаимообусловленной работы в отдельных вопросах.

Министерство здравоохранения РА, как компетентный орган сферы здравоохранения, не занималось должным образом вопросами, относящимися к его компетенции. Последним были предоставлены разъяснения общего характера одного и того же содержания, в основном просто ссылаясь на «Стратегию по обеспечению качества больничных медицинских услуг Республики Армения» утвержденную протокольным постановлением номер 8 Правительства РА от 26 февраля 2015 года и на список обеспечивающих ее мероприятий. Министерство отметило, что данные мероприятия будут применены в психиатрических организациях и будут способствовать улучшению качества работ, не затрагивая многочисленные поднятые проблемы, находящиеся в его компетенции.

Министерство в основном обошло поднятые вопросы, игнорируя проблемы, находящиеся в его же компетенции.

Министерство территориального управления и развития РА, в свою очередь, вместо изучения поднятых вопросов и принятия соответствующих мер в пределах своей компетенции, представило разъяснения директоров соответствующих психиатрических организаций, составленные на основе обсуждений с губернаторами.

В этих условиях следует особенно положительно оценить подробные разъяснения Министерства труда и социальных вопросов РА относительно зафиксированных проблем в Варденисском нейрopsихологическом доме-интернате, с указанием проделанных работ и предстоящих шагов. Упомянутый дом-интернат действует под подчинением Министерства труда и социальных вопросов РА.

Пакет⁴ руководства политикой и службами в области психического здоровья, связанный с надлежащей организацией психиатрических услуг Всемирной организации здравоохранения, в результате исследования и обобщения международного прогрессивного опыта, определил направления государственной политики в сфере охраны психического здоровья. В частности, согласно этой международной организации, услуги должны предоставляться лицам с проблемами психического здоровья взаимосогласованным способом, обеспечивая их социальные, психологические и медицинские нужды.

Психиатрические службы должны действовать совместно со службами, не являющимися психиатрическими, в частности с социальным сектором, в обеспечении жилищной поддержки, с дневными центрами и психосоциальными реабилитационными программами⁵.

Отсутствие единых подходов привело также к проблеме доступности психиатрических услуг, которая связана с гарантированными государством платными психиатрическими услугами.

Так, статья 85 Конституции РА не только определяет право каждого на охрану здоровья, но также утверждает, что перечень бесплатных основных медицинских услуг и порядок предоставления определяются законом.

Согласно 1 части 7 статьи Закона РА «О психиатрической помощи», психиатрическая помощь лицам с психическими расстройствами осуществляется за счет государственных средств в рамках гарантированных государством целевых программ. Соответственно, часть 2-ая той же статьи обязывает государство гарантировать оказание психиатрической помощи относительно консультирования, диагностики, лечения и социальной реабилитации в больничных и внебольничных условиях и т.д. В соответствии с 2 частью 4 статьи того же закона, постановле-

4 См. Веб-страницу http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/.

5 См. Веб -страницу https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf, стр. 5

нием Правительства РА номер 1986-Н от 9-го декабря 2004 года был утвержден перечень видов психиатрической помощи и обслуживания, который включает психотерапевтическую медпомощь, уход за хронически психическими больными, а также реабилитационное лечение психически больных.

Согласно 2 пункту приложения к постановлению Правительства РА номер 350-Н «Об утверждении порядка предоставления внебольничной и больничной психиатрической медицинской помощи» от 1-го апреля 2010 года, внебольничная психиатрическая медицинская помощь (например, обследование с целью уточнения диагноза, предоставление консультативной медицинской помощи лицам с психическими расстройствами), а также утвержденная 27 пунктом больничная психиатрическая медицинская помощь (например, обследование и лечение больных, независимо от времени суток - дневного или круглосуточного) **предоставляются бесплатно.**

Одновременно, согласно абзацу «в» 1 подпункта 12 пункта 2 приложения к постановлению Правительства РА номер 318-Н от 4-го марта 2004 года, услуги медицинской помощи психических болезней определены как вид больничной медицинской помощи и обслуживания, предоставляемые государством для всех групп населения гарантированно и бесплатно.

Более того, министр Здравоохранения РА, на основании вышеотмеченного постановления Правительства РА номер 318-Н, приказом номер 49-Н от 18-го сентября 2013 года утвердил стандарт организации психиатрической помощи в рамках гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и обслуживания. В соответствии с 7 пунктом приложения к отмеченному приказу, «В рамках гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и обслуживания, в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях психиатрические услуги бесплатны для всех групп населения на всех уровнях обслуживания».

В этой связи озадачивает осуществляемая ныне политика, связанная с законодательными поправками. Дело в том, что Министерство здравоохранения РА разработало и представило законопроект, предусматривающий изменения и дополнения в Законе РА «О медицинской помощи и обслуживании населения», в котором предусматривается исчерпывающий список основных бесплатных медицинских услуг, не предусматривая психиатрическую помощь и обслуживание.

Несмотря на действующее законодательное требование о бесплатных и гарантированных государством психиатрических услугах и помощи, в психиатрических организациях РА определен список платных психиатрических услуг и их тарифы (например, Центр психического здоровья «Аван», Психиатрический центр «Нубарашен», Центр психического здоровья Гюмри, Сюникский областной нейрорехабилитационный диспансер, Лорийский региональный психоневрологический

диспансер).

При этом, в психиатрических организациях, действующих под ведомством Министерства здравоохранения РА, эти тарифы определены внутренними правовыми актами организации, а в тех, которые подведомственны областным администрациям, данные тарифы определены индивидуальными правовыми актами губернаторов (за исключением Центра психического здоровья Гюмри, где тарифы определены исполнительным директором).

Установление разными ведомствами платных услуг и их тарифов в психиатрических организациях, иными словами, регулирование аналогичных правоотношений различными правовыми актами, имеющими разную юридическую силу, проблематично с точки зрения логики системы правовых актов и законодательных требований, предъявляемых к правовым актам.

Так, в соответствии с 5 частью 2 статьи Закона РА «О правовых актах», «индивидуальный акт-это правовой акт, принятый в рамках полномочий, отмеченных в первой части настоящей статьи органов, имеющий временный или постоянный характер, предусмотрен для однократного или многократного применения, не содержит правовых норм и устанавливает правила поведения только для физических или юридических лиц или государственных или местных органов самоуправления или государственных или общинных учреждений (далее-лицо), прямо индивидуально отмеченных в нем.

Согласно частям 5 и 6 отмеченной статьи того же закона, индивидуальные и внутренние правовые акты принимаются лишь на основании нормативно-правового акта или в соответствии с ним.

Из вышеотмеченных законодательных регулирований вытекает, что индивидуальный правовой акт должен прямо подтверждать получателей применения этого акта на основании нормативного правового акта, не выходя за установленные им пределы.

Между тем, из исследования правовых актов, определяющих психиатрические платные услуги, становится ясно, что это либо индивидуальные правовые акты (например, постановление номер 131-А губернатора Лорийской области от 3-го мая 2016 года), либо внутренние (локальные) правовые акты (например, приказ номер Л-20 директора психиатрического центра «Нубарашен» от 1-го сентября 2017 года).

Решение отмеченных вопросов индивидуальным правовым актом прямо противоречит законодательному требованию о том, что в подобном правовом акте должен быть предусмотренный актом адресат (адресаты). Кроме того, в случае как индивидуальных, так и локальных правовых актов, закон требует наличия нормативной правовой базы, которая должна предопределять объем регулирова-

ния этих актов.

В связи с последним необходимо подчеркнуть, что в качестве такой «правовой базы» в основе актов компетентных органов лежат не нормативные правовые регулирования, а ориентировочные цены на платные услуги психиатрической медицинской помощи и обслуживания N1/3457-15 аппарата Министерства здравоохранения РА от 30-го марта 2015 года.

Эта неприемлемая ситуация правовых основ по определению психиатрических платных услуг создает проблемы не только с точки зрения несоответствия общим требованиям к формированию правовых актов, но и, как следствие, способствует формированию практики, принципиально противоречащей государственной политике в сфере охраны психического здоровья и, в частности, воле законодателя. Это создает также недопустимые противоречия в отношении гарантирования прав индивидов-адресатов актов.

Таким образом, психиатрические услуги в гарантированном государством объеме фактически не обеспечиваются в том смысле, что в качестве предоставляемых платных услуг зарегистрированы те, которые непосредственно закреплены в постановлении Правительства номер 350-Н, как бесплатная психиатрическая помощь (например, консультационная медицинская помощь психиатра или психолога или диагностическое обследование).

Согласно официальному разъяснению компетентного органа Министерства здравоохранения РА, разрабатывающего и осуществляющего политику Правительства в сфере здравоохранения, «данный орган не владеет информацией относительно помощи и услуг на платной основе в организациях, осуществляющих психиатрическую помощь и обслуживание».

При этом примечательно, что, не владея такой информацией, уполномоченным органом в качестве правовой основы для предоставления платных психиатрических услуг психиатрическими организациями приводятся те же ориентировочные цены, которые определены аппаратом Министерства здравоохранения.

Одним из последствий подобного неоправданного ведомственного усмотрения по определению сферы платных психиатрических услуг и их тарифов является также то, что в рассматриваемых правовых актах был применен дифференцированный подход, связанный с наличием гражданства РА у лица, нуждающегося в психиатрической помощи.

В соответствии со 2 статьей Закона РА «О психиатрической помощи», действие закона распространяется как на граждан РА, так и на иностранных граждан и лиц без гражданства находящихся на территории РА. Следовательно, иностранцы должны пользоваться гарантированными государством психиатрическими ус-

лугами в общем порядке.

Между тем, например, в Сюникском областном нейropsychиатрическом диспансере, по утвержденному прейскуранту цен, такие услуги, как обследование в амбулаторных или больничных условиях с целью уточнения диагноза, лечение, психиатрическое консультирование, гражданам РА предоставляются бесплатно, а лицам, не имеющим гражданства РА, данные услуги предоставляются на платной основе (достаточно лишь отметить, что стоимость одного дня лечения в больничных условиях составляет 15.000 драм РА). С таким же дифференцированным подходом работают также ереванские и остальные областные психиатрические организации. Указанные данные о платных услугах основаны на официальных документах, размещенных в приемных психиатрических организаций или, в случае психиатрических организаций, подведомственных областным администрациям, на исследовании прейскурантов, предоставленных Министерством территориального управления и развития РА.

Хотя данными прейскурантами предусмотрено, что лица, включенные в социально незащищенные и отдельные группы населения, имеющие право на бесплатное и привилегированное медицинское обслуживание и услуги, гарантированные государством, освобождаются от платы за вышеупомянутые услуги, тем не менее, это не решение проблемы в том смысле, что бесплатное психиатрическое лечение гарантировано, независимо от социального положения лиц или принадлежности к определенной категории. Более того, в Лорийской и Ширакской психиатрических организациях консультационные услуги гражданам РА предоставляются на платной основе, исходя из того, что они проживают за пределами медицинского учреждения или являются резидентами других областей.

В этой связи, не во всех областях Республики Армения действуют психиатрические организации, а при таких обстоятельствах получается, что для жителей этих областей не только не обеспечена физическая доступность получения психиатрической помощи, но и последние вынуждены платить за гарантированные законом психиатрические услуги только лишь из-за того, что они не являются жителями «территории обслуживания» данной психиатрической организации. Это прямо противоречит международному обязательству государства обеспечивать доступность психиатрической помощи для всех слоев населения. Подобная практика подлежит немедленной ликвидации.

Подытоживая вышеизложенное, можно выделить следующие проблемы, связанные с платными психиатрическими услугами:

- ✓ отсутствие надлежащего государственного контроля над единством принципов политики данной сфере, которое обусловлено различным подчинением или сферой компетенции психиатрических организаций,

- ✓ установление списков платных услуг, несмотря на предусмотренные законом гарантии обеспечения бесплатной психиатрической помощи и обслуживания . Нужно отметить, что списки платных услуг установлены правовыми актами, имеющими более низкую правовую силу.
- ✓ необоснованная дифференциация тарифов и видов платных услуг по психиатрическим организациям,
- ✓ установление дискриминационных и необоснованно высоких тарифов для лиц, не имеющих гражданства РА, в условиях законодательного регулирования о предоставлении бесплатной психиатрической помощи независимо от гражданства.

Одним из приоритетов государственной политики в сфере охраны психического здоровья должна быть доступность психиатрических услуг с учетом социального положения населения. Надо помнить, что обеспечение психического здоровья является одной из наиболее актуальных областей охраны здоровья человека.

Причины отказа от действующей системы для перехода от бесплатных психиатрических услуг к платной системе, и, в случае перехода к другой системе, ее преимущества должны быть обоснованными.

Конечно, обязательства государства перед лицом с проблемами психического здоровья неизбежно влекут за собой финансовое бремя. Однако, изменения могут быть оправданы лишь в том случае, если их нереализация существенно подорвет систему защиты прав и интересов бенефициаров-пациентов сферы, а также будет основываться на справедливом балансе финансового положения и социальной политики государства в течение определенного периода времени. Одновременно, независимо от степени обоснованности изменений, государство, в соответствии с его функциями, вытекающими из концепции социального государства, должно предусматривать в случаях социальной необеспеченности вопрос государственного вмешательства и финансовую доступность психиатрических организаций, особенно учитывая то, что в психиатрических организациях находятся также пациенты из социально необеспеченных семей. Поэтому финансовая политика сферы должна осуществляться таким образом, чтобы она не нарушала право пациента пользоваться доступными психиатрическими услугами.

1.2. Деинституционализация, реабилитация и социальная интеграция в сфере психического здоровья

Международные основополагающие документы, гарантирующие право на охрану здоровья лица, определяют обязательства государства по принятию комплексных мер для обеспечения максимально возможного уровня физического и

психического здоровья лица.

Так, в докладе Верховного комиссара ООН по правам человека «Психическое здоровье и права человека» от 2017 года в качестве передового опыта в сфере охраны психического здоровья предопределяются следующие направления:

1. Охрана реабилитационного психического здоровья.

Основной задачей служб охраны психического здоровья в общинах должно быть оказание поддержки людям с проблемами психического здоровья для достижения своих собственных стремлений и целей..

Подобный восстановительный подход подразумевает необходимость «слушать людей и реагировать », принимая во внимание состояние последних, что, в свою очередь, способствует работе с лицом с проблемами психического здоровья как с равным и его реабилитации. В этой связи чрезвычайно важно, чтобы работающий с лицом персонал, который хорошо информирован о полученных им психологических травмах, был достаточно опытным, чтобы избежать повторного переживания полученной травмы, социальной изоляции и отчуждения, а также способствовал его реинтеграции в общество.

2. Обеспечение услуг, опирающихся на общину:

Передовой международный опыт свидетельствует о том, что сохранение здоровья отдельных групп, в частности, лиц с проблемами психического здоровья, эффективно, когда обеспечивается доступность межветвенных услуг и услуг демедикализации. Государство должно обеспечить восстановительную медпомощь в общинах и первичном звене здравоохранения.

3. Деинституционализация:

Эффективная деинституционализация требует, в первую очередь, укоренения сознания, что право жить в общине больше, чем просто физическое существование человека в ней. Система социальной поддержки для лиц с социально-психологическими проблемами должна быть полноценно доступной (например, содействие образованию, работе, социальным контактам личности и так далее).

В европейском плане действий по охране психического здоровья 2013-2020 гг. отмечается, что в регионе наличествует обязательство по деинституционализации и развитию служб охраны психического здоровья на уровне общин. Существует договоренность о том, что уход и лечение должны проводиться на местном уровне, поскольку крупные психиатрические организации часто приводят к пренебрежению и институционализации. Так, в общинных учреждениях ключевым стало повышение роли сотрудничества многодисциплинарных специалистов в

сфере первичного ухода и психического здоровья⁶.

Согласно Руководству по организации услуг психического здоровья Всемирной организации здравоохранения, деинституционализация является важной частью реформирования системы услуг психического здоровья. Это больше, чем освобождение людей от длительного лечения в больницах. Для осуществления услуг требуются значительные изменения, в том числе предоставление альтернативных, а не стационарных услуг, особенно в общинах. Предоставление услуг в общинах должно быть направлено на сокращение числа пациентов в психиатрических организациях. При наличии общинных альтернатив деинституционализация может проходить поэтапно. Реализация деинституционализации требует строгих обязательств со стороны разработчиков, организаторов и врачей⁷.

Кроме того, в докладе о долгосрочном уходе за людьми с тяжелыми психическими заболеваниями, составленном при содействии Европейской комиссии, отмечается, что направлениями стратегий по реализации охраны психического здоровья в общине являются повышение качества помощи, предоставляемой в психиатрических организациях, и деинституционализация.

Эти меры особенно важны в тех странах, где психиатрические организации по-прежнему несут ответственность за большую часть помощи, оказываемой лицам с проблемами психического здоровья. Национальные программы относительно психического здоровья должны включать стратегию, направленную на улучшение условий жизни пациентов и качества ухода за ними, включая стимулирование прав человека и укрепление уважения по отношению к ним. Одновременно, программы по реабилитации должны разрабатываться и реализовываться как внутри, так и за пределами организаций – с целью подготовки пациентов к жизни в обществе и их социальной интеграции, независимо от того, на какой стадии деинституционализации находится страна, в которой они проживают.

В настоящее время международное сообщество имеет широкий консенсус относительно того, что необходимо перейти от традиционной модели ухода в крупных психиатрических организациях к современной модели ухода за психическим здоровьем на уровне общин. Основные причины необходимости данного изменения следующие:

- ✓ общинные услуги для людей с проблемами психического здоровья более доступны, чем услуги, предоставляемые традиционными психиатрическими организациями;
- ✓ общинные услуги обеспечивают большую удовлетворенность и соответ-

6 См. Веб-страницу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf

7 См. Веб-страницу: http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1

ствии потребностям лиц. Они также стимулируют продолжительность ухода и гибкость услуг, что делает возможным раннюю диагностику рецидива и лечение, его последовательность;

- ✓ общинные услуги способствуют большей защите прав лиц с проблемами психического здоровья и предотвращают стигматизацию этих лиц;
- ✓ по сравнению с иными моделями обеспечения психического здоровья, общинные услуги обеспечивают лучшие результаты в связи с последовательностью программ лечения, клинических симптомов, качеством жизни людей и профессиональной реабилитацией;
- ✓ общинные услуги требуют меньше расходов, нежели стационарный уход;
- ✓ при правильной реализации деинституционализации большинство переведенных из больницы в сообщество пациентов более удовлетворены, имеют меньше отрицательных симптомов и ведут более лучшую социальную жизнь⁸.

В настоящее время система психиатрической службы Республики Армения в основном сосредоточена на услугах амбулаторного и больничного лечения, больничной медицинской помощи и на обслуживании психиатрическими организациями. Лицам с проблемами психического здоровья в основном недоступны альтернативные услуги охраны и поддержки психического здоровья на общинном уровне без изоляции от собственного местожительства и общественной жизни. В условиях недостаточности учреждений по уходу и социальной реабилитации не может быть обеспечена полноценная реабилитация лиц с проблемами психического здоровья.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье-это состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества⁹. Поэтому, меры по реабилитации психического здоровья должны быть направлены на вышеуказанное, что, однако, в условиях нынешней психиатрической системы практически невозможно.

Следовательно, одним из приоритетных направлений государственной политики по охране психического здоровья должна быть альтернатива психиатрическим медицинским услугам, формирование и развитие системы ухода и социального обслуживания.

В связи с этим необходимо отметить, что имевшиеся в сфере проблемы и приоритеты их решения были констатированы Правительством РА еще с 2013 года утверждением «Концепции об уходе за лицами с проблемами психического

8 См. Веб -страницу: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

9 См. Веб-страницу:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

здоровья и предоставлении альтернативных услуг социального обслуживания»¹⁰, а также принятием решения Правительства РА «Об одобрении стратегии 2014-2019 годов в области охраны и улучшения психического здоровья и списка мероприятий, обеспечивающих реализацию стратегии в Республике Армения»¹¹.

Законодательные основы внедрения системы ухода и услуг социального обслуживания закреплены в постановлении Правительства РА N 1533-Н «Об утверждении порядка осуществления ухода и оказания альтернативных услуг социального обслуживания в домах круглосуточного ухода за лицами, имеющими проблемы с психическим здоровьем» от 17-го декабря 2015 года¹².

Что касается практических шагов, предпринятых в этом направлении, следует отметить, что, в соответствии с официальными разъяснениями компетентных государственных органов, *в 2015 году в Ереване был создан ГНКО Центр по уходу лиц с проблемами психического здоровья «Дзорак», где получают круглосуточный уход лица с относительно сохраненными умениями, имеющие проблемы с психическим здоровьем. В 2016 году в городе Спитак начал действовать Спитакский дом ухода за лицами, имеющими проблемы с психическим здоровьем, предназначенный для 16 лиц с проблемами психического здоровья.*

Результаты мониторинга свидетельствуют, что значительная часть лиц, содержащихся в психиатрических организациях, находится в учреждениях из необходимости предоставления им не медицинской помощи, а ухода, что, однако, не может быть обеспечено за пределами психиатрических организаций из-за отсутствия достаточного числа специализированных учреждений по уходу.

Более того, необходимо отметить, что в сфере охраны психического здоровья альтернативные услуги подразумевают не только обеспечение ухода, но и социально-психологическую реабилитацию лиц с проблемами психического здоровья, восстановление социального статуса и их способности заниматься трудовой деятельностью, содействие полной реализации права жить в сообществе наравне с другими лицами и социальной интеграции¹³.

Следовательно, необходимо обеспечить продолжительность и последовательность мероприятий, направленных на полное внедрение системы альтернативных услуг по охране психического здоровья путем создания домов по уходу, обеспечения их достаточными материально-бытовыми условиями, практических мер для профессиональной подготовки специалистов в данной сфере.

10 См. Веб-страницу:https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/arc_voroshum/05/2013/qax7-17.pdf

11 См. Веб-страницу:<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=90364>

12 См. Веб-страницу:<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747>

13 См. Веб-страницу:<http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747>

ГЛАВА 2. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

2.1. Применение принудительных мер медицинского характера в уголовном судопроизводстве

В случае совершения лицом общественно опасного деяния, предусмотренного Уголовным кодексом РА, возникает необходимость выяснить, мог ли он дать отчет своим действиям и управлять ими в момент преступления. То есть, в подобных случаях необходимо установить вменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние, путем назначения соответствующей экспертизы и приведения в действие принудительных мер медицинского характера в отношении невменяемых лиц в порядке, установленном Уголовно-процессуальным кодексом РА¹⁴.

Так, в соответствии со статьей 451 Уголовно-процессуального кодекса РА, производство по применению принудительных мер медицинского характера возбуждается на досудебном этапе, а в соответствии со статьей 464 – постановление о применении принудительных мер медицинского характера в отношении лица, совершившего запрещенное уголовным законом деяние в состоянии невменяемости, выносит суд. Это производство в практике требует длительный период времени. В том случае, если лицо, совершившее запрещенное уголовным законом деяние, нуждается в психиатрической помощи и опасно для себя или для общества, единственным законодательным решением является применение меры безопасности в отношении лица в форме помещения в психиатрическую больницу, до вынесения постановления о применении в отношении последнего принудительных мер медицинского характера. Однако, статья 459 Уголовно-процессуального кодекса РА, касающаяся помещения в психиатрической организации, вообще не затрагивает вопрос о возможности ухода или лечения лица в ходе применения меры безопасности.

В практике подобная ситуация создает проблемы. Так, по состоянию на период осуществления мониторинговых работ в 7-ом отделении Психиатрического центра «Нубарашен» содержалось семь лиц, в отношении которых суд применил меру безопасности в виде помещения в психиатрическом отделении специального типа. Несмотря на то, что в судебном акте не упоминается о лечении, психиатри-

14 Здесь речь идет не о производстве по применению принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, заболевших психической болезнью после случая, которое урегулировано в отдельной главе Уголовно-процессуального кодекса РА.

15 В соответствии со статьей 457 Уголовно-процессуального кодекса РА, к лицам, совершившим общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, при необходимости применяются следующие меры безопасности: передача больного под присмотр родственников, попечителей, опекунов с уведомлением органов здравоохранения и помещение в психиатрическую больницу.

ческая организация, тем не менее, осуществляет лечение. По утверждению медперсонала, согласия последних для лечения не требуется, поскольку в экспертном заключении всегда наличествует запись, в которой рекомендуется применять в отношении лица принудительное лечение, в условиях психиатрического отделения под особым контролем.

В действительности, основой для лечения должно быть не экспертное заключение, а соответственный судебный акт, однако в рассмотренных судебных актах относительно применения меры безопасности в виде помещения в психиатрическую больницу не рассматривается вопрос о необходимости лечения, возможно, из-за отсутствия соответствующих законодательных положений. В итоге, в отношении лица осуществляется принудительное лечение, то есть лечение без его информированного согласия и(или) соответствующего судебного акта.

Надо отметить, что по закону нашей страны, в этой ситуации принуждение формально касается лишь помещения в психиатрическую больницу, а не лечения. В действительности, целью помещения лица в психиатрическую больницу должно быть либо его лечение, либо обеспечение ухода за ним. В результате, относительно лечения, не указанного в судебном акте, но принудительно осуществляемого на практике, может возникнуть вопрос согласия, поскольку принуждение не всегда может относиться именно к лечению. Более того, Закон РА «О психиатрической помощи» не считает согласие лица само по себе обязательным, если существует принуждение и это касается именно лечения. Согласно 3-ей части 15-ой статьи данного закона, лечение лица, страдающего психическим расстройством, может осуществляться без его согласия или согласия его законного представителя лишь в случаях недобровольной (принудительной) госпитализации и применения принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законом.

Вопрос в том, что 457 статья Уголовно-процессуального кодекса РА относительно применения меры безопасности в виде помещения в психиатрическую больницу в отношении лиц, совершивших запрещенное уголовным кодексом деяние в состоянии невменяемости, не регулирует в ходе этого проблему по осуществлению лечения или организации стационарного ухода. Между тем очевидно, что помещение в психиатрическую больницу не может быть самоцелью, оно должно преследовать цель лечения или предоставления больничного ухода.

Что касается видов принудительных мер, применяемых в отношении лиц с психической болезнью или психическим расстройством, проект нового Уголовно-процессуального кодекса РА справедливо предусмотрел, что медицинский надзор, в качестве меры безопасности, означает содержание лица, представляющего угрозу для общества, в психиатрическом учреждении с целью обеспечения больничного ухода или лечения.

Согласно 3 пункту 1 части 17 статьи Рекомендации Комитета Министров Совета Европы, принудительная госпитализация лица допускается только тогда, когда госпитализация имеет лечебную цель.¹⁵

Из отмеченного следует, что помещение лица в психиатрическую больницу не может быть обосновано лишь необходимостью изоляции. Оно обязательно должно преследовать цель стационарного лечения или ухода, о чем свидетельствуют также положения проекта нового Уголовно-процессуального кодекса и международные стандарты.

Следовательно, этот вопрос должен иметь четкое законодательное регулирование.

Кроме вышеупомянутого, в практике лицо с проблемами психического здоровья, до вынесения судом постановления о применении принудительной меры медицинского характера, в течение длительного времени может содержаться в психиатрической организации на основании постановления суда о применении меры безопасности. За этот период лицо, получив лечение, может выздороветь и больше не представлять угрозы для себя или общества, однако продолжать содержаться в психиатрической организации, получая консервативное лечение (без судебного надзора). В таком случае производство о применении принудительных мер медицинского характера может быть анахрионичным и самоцельным в том смысле, что цель, преследуемая производством, уже обеспечена временной мерой.

В то же время, действующий Уголовно-процессуальный кодекс не предусматривает срок производства о применении принудительных мер медицинского характера. Также нет сроков применения меры безопасности в виде помещения в психиатрическую больницу. Не предусмотрено даже минимальное требование о периодическом судебном пересмотре правомерности применения упомянутой меры безопасности. Именно такие недостатки в законодательном регулировании приводят к долгосрочному содержанию лиц в психиатрических организациях на основе этой меры безопасности без соответствующего надзора суда за лечением.

Поэтому необходимо создать четкий законодательный механизм для периодического пересмотра мер безопасности в виде помещения в психиатрическую больницу.

Ситуация не облегчается в условиях наличия судебного акта о применении судом принудительной меры медицинского характера. Законодательство не предусматривает механизмов пересмотра отмеченного акта в силу занимаемой должности (ex officio). Согласно сложившейся практике, вопрос о пересмотре меры при-

¹⁵ См. Веб-страницу [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(20%10\(2004EM20%E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(20%10(2004EM20%E.pdf)

нуждения поднимается лишь директором психиатрической организации, в случае подачи в суд ходатайство о ее устранении или замене. Психиатрическая организация подает подобное ходатайство только в том случае, когда комиссия по пересмотру принудительных мер медицинского характера, состоящая из врачей той же организации, раз в шесть месяцев, изучая состояние здоровья человека, приходит к выводу, что он больше не нуждается в принудительном лечении или это можно организовать в других-общих или внебольничных условиях.

В результате, в практике бывают случаи, когда лицо постоянно содержится в психиатрической организации без судебного пересмотра акта о принудительном лечении. Например, в ходе мониторинга выяснилось, что один из пациентов Психиатрического центра «Нубарашен» содержится в центре с марта 2012 года на основании судебного акта о психиатрическом стационарном принудительном лечении. Надо отметить, что в соответствии с рассмотренными документами, с 2012 года Психиатрический центр «Нубарашен» не подал ни одного ходатайства о прекращении или замене принудительного лечения в отношении последнего, что ставит под сомнение эффективность принудительного лечения, проводимого в течение 5 лет.

В результате исследований были выявлены также проблемы судебной практики, касающиеся принудительного лечения.

Так, при осуществлении мониторинговых работ в Психиатрическом центре «Нубарашен» выяснилось, что с мая 2016 года один из пациентов содержится в учреждении и на основании судебного акта получает принудительное лечение. В ноябре 2016 года психиатрическое учреждение, основываясь на соответствующем медицинском заключении, подало ходатайство в суд общей юрисдикции о прекращении принудительного лечения, применяемого в отношении этого лица, в психиатрическом отделении общего надзора психиатрических организаций, и о замене данной меры на амбулаторный надзор и принудительное лечение у психиатра. Суд отклонил ходатайство. Судебный акт четко свидетельствует о том, что суд, выслушав психиатра (без присутствия на судебном заседании лица с проблемами психического здоровья) и считая, что он не ограничен заключением медицинского учреждения, без повторной судебно-психиатрической экспертизы пришел к выводу, что «состояние пациента еще нестабильно, и он нуждается в стационарном лечении, уходе и наблюдении, а психиатрическая и психотерапевтическая помощь и услуги могут быть осуществлены только в больничной форме». После этого, спустя 6 месяцев, на том же основании суд вновь отклонил ходатайство, поданное Психиатрическим центром «Нубарашен», на основании заключения комиссии по пересмотру принудительных мер медицинского характера, о прекращении принудительного лечения, применяемого в отношении лица, и о замене данной

меры на амбулаторный надзор и принудительное лечение. Оба акта относительно отклонения ходатайств, кроме вышеуказанного, не содержат никакого другого обоснования.

Таким образом, суд не только не согласился с заключением медицинской организации без повторной судебно-медицинской экспертизы, но и не обеспечил участие лица в производстве по пересмотру принудительной меры в отношении него. В судебном акте отсутствуют необходимые обоснования. Подобная практика неприемлема.

Психиатрические учреждения также не уделяют должного внимания представлению ходатайств о пересмотре принудительных мер медицинского характера. Об этом свидетельствуют, например, ходатайства относительно одного и того же лица с буквально повторяющимся содержанием. Так, заключение комиссии по пересмотру принудительных мер медицинского характера, подписанное членами комиссии, в первую очередь фиксируется в истории болезни, затем незамедлительно оформляется в виде отдельного документа, подписанного членами комиссии, и представляется в суд. В отличие от заключения, представленного в суд, в заключениях историй болезни, в наблюдаемых случаях, отсутствовали подписи членов комиссии (например, в Психиатрическом центре «Нубарашен»).

Поэтому, основываясь на вышесказанном, необходимо:

- ✓ конкретизировать в законодательстве вопрос о лечении или стационарном уходе при применении меры безопасности в виде помещения в психиатрическую больницу в отношении лица, совершившего запрещенное уголовным кодексом деяние в состоянии невменяемости, в соответствии со статьей 457 Уголовно-процессуального кодекса РА;
- ✓ предусмотреть в Уголовно-процессуальном кодексе РА механизм периодического судебного пересмотра меры безопасности в виде помещения в психиатрическую больницу;
- ✓ в случае применения меры принуждения медицинского характера, предусмотреть в Уголовно-процессуальном кодексе РА механизмы для официального судебного пересмотра упомянутого акта с четкой периодичностью;
- ✓ органами судебной власти, ответственными за обобщение судебной практики, исследовать судебную практику по применению принудительных мер медицинского характера с целью выявления существующих проблем, обеспечения единообразного применения закона и исключения процессуальных нарушений;
- ✓ проявлять необходимую последовательность, а также осуществлять надлежащий контроль в отношении ходатайств о пересмотре принудительных мер медицинского характера, поданных психиатрическими организациями.

2.2. Добровольное или принудительное лечение лиц, содержащихся в психиатрическом учреждении

В случае стационарной психиатрической медицинской помощи и обслуживания приоритетным является вопрос разделения добровольного и принудительного или недобровольного лечения. Исследование документов, предоставленных в психиатрических учреждениях, свидетельствует о том, что в психиатрических учреждениях значительно меньше число лиц, проходящих принудительное лечение в порядке гражданского судопроизводства. Например, в отделениях общего типа Психиатрического центра «Нубарашен» только 5 из 236 пациентов были лицами, недобровольно проходившими лечение на основании судебного акта.

В историях болезни всех лиц, проходящих добровольное лечение, наличествовало их согласие относительно госпитализации и лечения, однако частные беседы с ними показали, что практически многие не хотят оставаться в психиатрических организациях, а также не знают о своем праве в любое время отказаться от лечения.

В связи с этим, в докладе 2016 года по Армении КПП подчеркнул, что лицам, добровольно получающим лечение в психиатрических организациях, должна предоставляться полная, ясная и точная информация, в том числе об их праве давать или не давать согласие на госпитализацию и отказе в дальнейшем от этого согласия, а также о праве покинуть учреждение в любое время.

Более того, КПП подчеркнул, что дача согласия на госпитализацию и дача согласия на лечение—это отдельные вопросы, и надо попросить пациентов выразить свою позицию относительно каждого из этих вопросов.¹⁶

Исследования показали, что отмеченные вопросы как практически, так и на законодательном уровне, не получили решения.

Более того, проблема существует особенно в случае несовершеннолетних, поскольку для их лечения требуется лишь согласие законного представителя, а госпитализация несовершеннолетнего не подлежит судебному контролю, независимо от возраста последнего, его способности выражать свое мнение и права законного представителя действовать в интересах несовершеннолетнего. В результате, для стационарного обследования и лечения достаточно лишь согласие законного представителя несовершеннолетнего.

2-ая часть 29 статьи Рекомендации комитета министров Совета Европы номер Rec(2004)10 определяет, что, принимая решение о госпитализации и лечении несовершеннолетнего лица, как добровольном, так и принудительном, необходимо учитывать мнение самого несовершеннолетнего лица, которое должно являться

¹⁶ См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806bf46f>, пункты 133, 134.

фактором, имеющим все возрастающее значение пропорционально его возрасту и степени зрелости¹⁷.

Поэтому необходимо пересмотреть внутригосударственное законодательство, установив возможность несовершеннолетнего (исходя из его возраста и степени зрелости) выражать мнение и давать осознанное согласие при предоставлении психиатрической помощи и обслуживания. Следует отметить, что подвергать принудительному лечению можно лишь на основании соответствующего судебного акта.

Такая же проблема существует и в случае принудительного (недобровольного) лечения лиц, признанных недееспособными, где также достаточно согласие законного представителя, и не требуется судебный акт относительно принудительного лечения..

Европейский суд по правам человека в постановлении по делу «Штукатуров против Российской Федерации» постановил, что лечение в отношении лиц, признанных недееспособными, необходимо начать только по соответствующему постановлению суда, и установить судебный контроль за ходом лечения (см. постановление по отмеченному делу от 27-го марта 2008 года, жалоба номер 44009/05, пункты 121-125).

Следовательно, внутригосударственным законодательством необходимо предусмотреть порядок предоставления психиатрической помощи и обслуживания для лица, признанного недееспособным, установив предварительный и последующий судебный надзор за назначением принудительного (недобровольного) лечения и его течением.

Проблемы, связанные с недобровольным лечением, не заканчиваются инициированием производства, предусмотренного Гражданским процессуальным кодексом РА относительно принудительного лечения в психиатрических организациях, поскольку последний, в свою очередь, имеет как практические, так и законодательные недостатки. Согласно действующим требованиям, при необходимости недобровольного лечения судебный акт о таком лечении в отношении лица может быть принят через продолжительный период времени.

Так, согласно 2 части 22 статьи закона РА «О психиатрической помощи», (...) директор психиатрической организации после представления лицом, страдающим психическими расстройствами, требования о прекращении лечения или отказе от лечения, в течение 72 часов обращается в суд, чтобы подвергнуть лицо стационарному психиатрическому недобровольному (принудительному) лечению в порядке, установленном 30-ой главой Гражданского процессуального кодекса

17 См. Веб-страницу: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf)

Республики Армения.

Согласно 90 статье Гражданского процессуального кодекса РА, судья, в случае отказа в принятии искового заявления или его невозврата в трехдневный срок со дня получения искового заявления, выносит постановление о его принятии, а согласно 1 части 176 статьи того же Кодекса, заявление гражданина относительно стационарного психиатрического принудительного лечения судья рассматривает в течение пяти дней со дня возбуждения дела.

В результате лицо может содержаться в психиатрической организации без судебного акта до 11-и дней.

По индивидуальным жалобам, представленным Защитнику прав человека РА, были зафиксированы случаи, когда, после перемещения лица с проблемами психического здоровья службой скорой помощи в психиатрический стационар без его согласия или согласия его законного представителя, госпитализировали только по решению дежурного психиатра психиатрической организации, без комиссионного психиатрического обследования (например, в Центре психического здоровья «Аван»).

Необходимость комиссионного обследования является одним из требований недобровольной (принудительной) госпитализации в соответствии с 1 частью 22 статьи Закона РА «О психиатрической помощи», однако в нерабочее время и в выходные дни невозможно организовать комиссионное психиатрическое обследование, поскольку в психиатрических организациях, как правило, дежурит всего один психиатр. Таким образом, в соответствии с отмеченной статьей, лицо, страдающее психическими расстройствами, без его согласия или согласия его законного представителя может быть госпитализировано после обязательного обследования психиатрической комиссией.

В то же время в соответствии с 34 пунктом постановления Правительства РА номер 350-Н «Об утверждении порядка оказания внебольничной и больничной психиатрической помощи» от 1-го апреля 2010 года, недобровольно принятые пациенты в течение 72 часов обследуются психиатрической комиссией. Из сопоставления этих двух положений следует, что 22 статья Закона РА «О психиатрической помощи» гласит о том, что обследование психиатрической комиссией является обязательным для приема в психиатрическую организацию, а в соответствии с 34 пунктом вышеотмеченного постановления Правительства РА, обследование психиатрической комиссией проходит в течение 72 часов после приема. Следовательно, несоответствие между этими двумя актами также нуждается в поправках.

Подобное регулирование постановления Правительства РА противоречит тому, что лицо может быть госпитализировано только после обязательного обследования психиатрической комиссией.

Исследования соответствующих документов выявили случаи, когда в отношении лица, принятого в психиатрическое учреждение и не давшего своего согласия на стационарное лечение, было осуществлено лечение до вынесения судебного решения относительно проведения принудительного лечения (например, в Центре психического здоровья «Аван»). Даже если назначения врача были, например, методом медикаментозного умирения, в журнале о применении метода медикаментозного умирения или его прекращении отсутствовали соответствующие обоснования или записи об этом. Более того, проведенное медикаментозное вмешательство не может рассматриваться как метод медикаментозного умирения, поскольку назначенные лекарственные средства не включены в Приказ министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года в качестве меры медикаментозного умирения¹⁸.

Та же проблема зафиксирована в психоневрологическом диспансере Лорийской области, когда лицо отказалось от стационарного лечения, однако до вынесения судом постановления о принудительном лечении в отношении последнего было назначено и проведено медикаментозное лечение, в том числе были введены витамины, которые не могут быть рассмотрены в качестве средства медикаментозного умирения¹⁹.

Подобная практика неприемлема с учетом того, что в соответствии со статьей 177 Гражданского процессуального кодекса РА, основанием для принудительного лечения гражданина в психиатрическом учреждении может быть только решение суда относительно принудительного лечения.

В то же время Гражданский процессуальный кодекс РА не регулирует механизм судебного контроля над решением после его вынесения. В частности, законом не установлены как сроки принудительного лечения, так и процедура по пересмотру вопроса о продлении этих сроков.

В 132-ом пункте доклада 2016 года по Армении КПП подчеркнул, что, несмотря на предложения, представленные им в предыдущих докладах, в Законе РА «О психиатрической помощи» еще отсутствуют положения о периодическом пересмотре недобровольной госпитализации. КПП призвал власти Армении дополнить Закон РА «О психиатрической помощи», ***предусматривая, что недобровольная госпитализация лица должна периодически пересматриваться не реже одного раза в течение шести месяцев***²⁰.

Поэтому необходимо установить Гражданским процессуальным кодексом РА

18 В контексте настоящего доклада средствами медикаментозного умирения считаются лекарства, вводимые с целью умирения, предусмотренные Приказом министра Здравоохранения РА номер 1781-А об утверждении порядка медицинского метода умирения от 30-го мая 2017 года.

19 Проблема была зафиксирована в ходе посещений в результате сравнительного анализа историй болезни и судебных документов.

20 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/16806bf46f>.

сроки принудительного лечения с указанием его максимального порога и предусмотреть требование об обязательном обсуждении вопроса судом о продолжении недобровольного лечения лица в психиатрическом учреждении до окончания установленного срока.

С целью решения вышеуказанных проблем необходимо:

- ✓ предпринять шаги в направлении предоставления точной информации лицу относительно права дачи или не дачи согласия на госпитализацию или лечение в психиатрической организации, пересмотра согласия в дальнейшем, отказа от лечения, а также возможности лица, добровольно принятого в психиатрическую организацию, покинуть эту организацию;
- ✓ получать информированное согласие на госпитализацию и лечение лиц с проблемами психического здоровья, более того, на основании предоставленных доступных объяснений *лицо должно выразить свою позицию по каждому из этих вопросов;*
- ✓ установить законом возможность выражения мнения и дачи информированного согласия несовершеннолетним (исходя из его возраста и степени зрелости) при оказании психиатрической помощи и обслуживания, а принудительное лечение проводить только на основании судебного акта;
- ✓ предусмотреть законом порядок оказания психиатрической помощи и обслуживания лицам, признанным недееспособными, установив судебный надзор за назначением лечения и его течением;
- ✓ в случае отсутствия согласия лица или его законного представителя исключить принудительную госпитализацию без комиссионного психиатрического обследования;
- ✓ исключить все случаи недобровольного (принудительного) лечения лица с проблемами психического здоровья до вынесения решения суда. Как указано в настоящем докладе, в неотложных случаях может быть применен метод медикаментозного умирения;
- ✓ установить Гражданским процессуальным кодексом РА сроки принудительного лечения с указанием его максимального порога и предусмотреть требование об обязательном обсуждении вопроса судом о продолжении недобровольного лечения лица в психиатрическом учреждении до окончания установленного срока.

2.3. Меры сдерживания

Лица с проблемами психического здоровья ввиду своего нестабильного психического состояния составляют особую группу общества. Критерии применения

мер сдерживания в отношении них являются важной гарантией от любых видов плохого обращения или необоснованного вмешательства в их права. По сути это принудительные меры, которые требуют специального регулирования. Согласно приказу министра Здравоохранения РА, в случае реальной угрозы причинения физического вреда себе или окружению лицами, проходящими лечение и уход в психиатрических организациях, применяются меры сдерживания.

В качестве мер сдерживания Законодательством РА предусмотрены физическое сдерживание, медикаментозное усмирение и изоляция.

При исследованиях в психиатрических организациях были выявлены проблемы, связанные с применением мер сдерживания и их правовым регулированием.

2.3.1. Физическое сдерживание

В психиатрических организациях в качестве физического сдерживания применяются механические средства. Их исчерпывающий перечень приведен 6-ым пунктом порядка, утвержденного приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А²¹ от 23-го августа 2016 года, который включает только кожаные ремни, пояса Пози и спецодежду.

На практике были зафиксированы случаи, когда в психиатрической организации, например, Армашском центре здоровья или в некоторых отделениях других организаций (например, в 7-ом отделении Психиатрического центра «Нубарашен», Центре психического здоровья «Аван») не было никаких механических средств физического сдерживания, предусмотренных упомянутым приказом.

В ходе исследований было выяснено, что в разных психиатрических организациях используются механические средства, непредусмотренные упомянутым приказом. Например, в психиатрическом центре «Нубарашен» применяются резиновые жгуты²², в том же учреждении и нейропсихологическом доме-интернате Вардениса – куски простыни, ремни, изготовленные из прочной ткани (не кожаные), в Сюникском областном психоневрологическом диспансере, Центре психического здоровья «Аван», Лорийском региональном психоневрологическом диспансере с этой целью используются ремни, изготовленные из синтетической ткани. Применение этих мер не определено в вышеупомянутом приказе и поэтому является незаконным. А в отдельных случаях их применение может нанести вред здоровью пациента. Следует отметить, что использование резиновых жгутов Эсмарха (жгут, используемый для остановки кровотечения) в качестве меры механического усми-

21 Приказ министра Здравоохранения РА номер -2636А «О признании утратившим силу приказа министра Здравоохранения РА номер -691А от -3го мая 2010 года и об утверждении порядка применения физического сдерживания, средств изоляции и мер усмирения в отношении лиц с психическими расстройствами в организациях, оказывающих психиатрическую медицинскую помощь и обслуживание» от -23го августа 2016 года.

22 В медицине их называют жгутами Эсмарха.

рения, – недопустимо, поскольку их длительное применение (согласно вышеупомянутому приказу министра Здравоохранения РА, физическое сдерживание может быть использовано одновременно до двух часов) может вызвать нарушение кровообращения в конечностях с последующим заражением тканей.

Поэтому необходимо исключить применение непредусмотренных законом физических мер в отношении пациентов. Применение этих мер является незаконным и должно налагать серьезную ответственность.

Кроме механических средств сдерживания, в некоторых случаях недопустимы также механизмы их применения. Зафиксированы случаи, когда с целью физического сдерживания применялись кожаные ремни со сложной структурой (Гюмрийский центр психического здоровья).

Согласно 7-ому пункту порядка, предусмотренного приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года, механические средства физического сдерживания должны легко распускаться и не причинять боль пациенту.

В соответствии с юрисдикцией КПП, в целях механического сдерживания могут быть использованы только такие меры, ограничивающие вредное воздействие, которые сведут к минимуму продолжавшуюся боль или страдание лиц с проблемами психического здоровья²³. В соответствии с 3 абзацем 48 пункта 16-го общего отчета о деятельности КПП, при применении мер сдерживания это необходимо делать умело и бережно, чтобы не создавать угрозы для здоровья пациента и не причинять ему боли. Не должны быть нарушены жизненно важные функции пациента, такие как дыхание, способность говорить, есть и пить²⁴.

В психиатрических организациях нет отдельных комнат, предназначенных для физического сдерживания (Нейропсихологический дом-интернат Вардениса, Центр психического здоровья Гюмри, Армашский центр здоровья, 6-ое, 7-ое отделение Психиатрического центра «Нубарашен»).

В ходе мониторинга было выяснено, что физическое усмирение осуществляется в основном в больничных палатах в присутствии других пациентов, в котором иногда участвуют также сотрудники службы безопасности (например, Центр психического здоровья «Аван»). Подобная практика недопустима и противоречит законодательству.

В частности, согласно 11 пункту приложения к приказу министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года, меры физического сдерживания или изоляции или методы усмирения не могут применяться в присутствии

23 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/16807001c3>. Пересмотренные стандарты КПП относительно средств сдерживания для совершеннолетних в психиатрических учреждениях от 21го марта 2017 года.

24 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/1680696a83>.

пациентов.

Более того, согласно 166 пункту доклада КПП 2002 года по Грузии, применение мер сдерживания является обязанностью медперсонала психиатрического учреждения, *а сотрудники службы безопасности могут* принимать участие в сдерживании только при исключительных обстоятельствах по требованию медперсонала и только в соответствии с указаниями, данными медперсоналом²⁵.

Следует отметить, что сотрудник службы безопасности в отделениях Центра психического здоровья «Аван» носит спецформу. В связи с этим в 124 пункте доклада КПП 2012 года по Сербии была выражена озабоченность по поводу того, что сотрудники службы безопасности психиатрической организации носят военную спецформу, что вызывает атмосферу страха у пациентов, в связи с чем КПП отметил, что необходимо принять срочные меры для устранения подобной практики²⁶.

Более того, согласно 1.7 пункту стандартов КПП 2017 года относительно применения мер сдерживания в отношении совершеннолетних в психиатрических организациях, каждая психиатрическая организация должна иметь всеобъемлющую и подробно сформированную политику о применении мер сдерживания. Такая политика должна быть направлена на возможную минимизацию применения мер сдерживания, разъяснение допустимых мер сдерживания при их применении, регулирование условий, способов их применения, предпринятых действий в случае прекращения необходимого контроля и применения мер сдерживания. Политика должна включать также положения по другим важным вопросам, таким как переподготовка персонала, ведение протоколов, формирование механизмов внутренней и внешней отчетности, и разработка процедур апелляции²⁷.

Поэтому необходимо строго соблюдать стандарты применения физического сдерживания, установленные законодательством, исключить их применение в присутствии других пациентов, а также необоснованное вмешательство немедицинского персонала, использовать комнаты для изоляции с целевым назначением и организовывать службу сотрудников безопасности за пределами отделения.

Двумя приказами министра Здравоохранения РА предусматриваются механизмы по ведению журналов о применении или прекращении применения меры физического сдерживания и метода медикаментозного умирения в психиатрических организациях.

Кроме того, психиатрические организации ведут в основном журналы «Регистрации обоснования решения о применении или прекращении применения мер физического сдерживания или изоляции, или методов умирения», предусмотрен-

25 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/1680696085>.

26 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/1680697c4e>.

27 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/16807001c3>.

ные приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года, однако в некоторых случаях они ведутся ненадлежащим образом. В ряде случаев вышеотмеченный журнал не прошит и не запечатан (Психиатрический центр «Нубарашен»), заполнен небрежно, с зачеркиваниями и упущениями (6-ое отделение Психиатрического центра «Нубарашен», Центр психического здоровья «Аван»). Журнал «физического сдерживания», который ведется в Варденисском нейropsychологическом доме-интернате, не соответствует требованиям журнала, предусмотренным приказом²⁸ министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года или приказом номер 2636-А от 23-го августа 2016 года. Так, в журнале не зафиксированы основания для применения усмирительных мер, сведения относительно их эффективности, травм, полученных пациентом или медперсоналом и т.д.

Неадекватная регистрация мер сдерживания вызывает также беспокойство в связи с несоблюдением установленного порядка их применения. Регулирование мер сдерживания приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года проблематично (об этом подробно отмечается в подзаголовке 2.3.3 настоящего доклада).

Таким образом, с целью решения проблем, связанных с применением мер физического сдерживания, необходимо:

- ✓ обеспечить практическое выполнение требований, предусмотренных приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года о порядке применения мер физического сдерживания, изоляции и методов усмирения;
- ✓ исключить применение мер и механизмов для физического сдерживания, непредусмотренных приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года;
- ✓ использовать с целевым назначением имевшиеся в психиатрических организациях комнаты для изоляции;
- ✓ исключить применение мер сдерживания в отношении лиц с проблемами психического здоровья в больничных палатах или в непредусмотренных для этого местах в присутствии других пациентов;
- ✓ исключить участие сотрудников службы безопасности при организации ухода или лечения пациента в психиатрической организации;
- ✓ исключить участие сотрудников службы безопасности в процессе применения мер сдерживания без соответствующего медицинского направления

28 Приказ министра Здравоохранения РА номер -1781А «Об утверждении порядка по применению медицинского метода усмирения в отношении лиц, страдающих расстройством психического здоровья, в организациях по оказанию психиатрической медицинской помощи и обслуживанию Республики Армения».

- и переподготовки;
- ✓ организовывать службу сотрудников безопасности за пределами отделения;
- ✓ исключить ношение спецформы сотрудниками службы безопасности при осуществлении службы в психиатрическом учреждении.

2.3.2. Медикаментозное усмирение

Применение физического сдерживания в психиатрических организациях в отношении лиц с проблемами психического здоровья сопровождается в основном использованием метода медикаментозного усмирения.

Виды и порядок применения метода медикаментозного усмирения установлены приказом министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 2017 года. Однако почти во всех психиатрических организациях сотрудники не осведомлены (осведомлены в Центре психического здоровья «Аван») об упомянутом приказе, об установленных им методах медикаментозного усмирения и порядке их применения. Тем не менее, в учреждениях применяется медикаментозное усмирение, которое в отдельных случаях осуществляется без соблюдения требований вышеупомянутого приказа министра Здравоохранения РА.

Так, в ходе мониторинга выяснилось, что в 1-ом отделении Психиатрического отделения «Нубарашен» в качестве средства²⁹ медикаментозного усмирения используются таблетки «Левомепромазин», которые не включены в исчерпывающий перечень мер медикаментозного усмирения, предусмотренных приказом министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года.

Поэтому необходимо исключить применение в качестве метода медикаментозного усмирения лекарств, непредусмотренных вышеупомянутым приказом. Это грубое нарушение законодательства.

Следует отметить, что в психиатрических организациях в основном не ведутся журналы регистрации основания решения о применении или прекращении применения метода медикаментозного усмирения в соответствии с порядком, утвержденным приказом министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года.

Согласно письменным разъяснениям Сюникского областного нейропсихиатрического диспансера, требуемый журнал медикаментозного усмирения уже составлен и находится в употреблении, а персонал психиатрической организации - проинформирован.

В Центре психиатрического центра «Аван», в журнале учета регистрации основания решения о применении или прекращении применения метода медицин-

29 См. 19 ссылку.

ского усмирения отсутствуют протоколы, в том случае, когда в историях болезни есть отметки о применении в отношении пациентов метода медикаментозного усмирения.

2.3.3. Пробелы и недостатки в законодательном регулировании мер сдерживания

Начиная с 24-го августа 2016 года законодательное регулирование мер физического сдерживания и их применения в отношении лиц с проблемами психического здоровья в психиатрических учреждениях Армении было определено приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года. Приложением к упомянутому приказу утверждается порядок применения мер физического сдерживания, изоляции и методов усмирения.

Приказом министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года был утвержден порядок применения медицинского метода усмирения в отношении лиц, страдающих психическим расстройством.

В связи с двумя отмеченными приказами министра Здравоохранения РА необходимо выделить следующие две законодательные проблемы:

1. повторение методов медицинского усмирения фиксированные в приказах,
2. характер данных правовых актов.

Так, приказ министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года утверждает порядок применения мер физического сдерживания, изоляции, а также методов усмирения. Приказ от 30-го мая 2017 года утверждает порядок только медицинского метода усмирения, который предусмотрен также упомянутым приказом 2016 года.

Следовательно, относительно метода усмирения имеются одновременно два действующих приказа министра Здравоохранения РА.

Согласно 14 пункту приказа министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года, постановление о применении и прекращении применения как мер физического сдерживания или изоляции, так и методов усмирения, обосновывается и регистрируется в журнале, утвержденном приложением к этому приказу. Согласно 11 пункту приказа министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года, постановление о применении, а также прекращении применения метода медикаментозного усмирения обосновывается и регистрируется в журнале, утвержденном приложением к этому приказу.

Следовательно, при ведении журнала, предусмотренного приказом министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года, в него будет включена информация с одинаковым содержанием относительно медикаментозного усмирения журнала регистрации обоснования постановления о применении и прекраще-

нии применения мер физического сдерживания или изоляции, или методов усмирения, предусмотренных приказом министра Здравоохранения РА номер 2636-А от 23-го августа 2016 года.

В соответствии с 1 частью 45 статьи Закона РА «О правовых актах», в принятых одним и тем же органом нормативных актах одного типа, как правило, не должны повторяться нормативные положения, содержащиеся в действующих правовых актах.

Эта ситуация может вызвать дополнительные осложнения и для сотрудников психиатрических организаций.

Поэтому необходимо внести соответствующие изменения и устранить повторения в информационной части одного и того же предмета.

Вторая проблема касается видов вышеупомянутых приказов. Они оба являются индивидуальными правовыми актами, поскольку в их заглавиях отмечен тип «А».

Характер правовых актов и сущность каждого из них определяются Законом РА «О правовых актах». 2 Часть 2 статьи данного закона дифференцирует нормативные, индивидуальные (не нормативные) и внутренние правовые акты. Согласно 3-ей части той же статьи, правовой акт считается нормативным, если в нем содержится хотя бы одна правовая норма.

Согласно 4 части 2 статьи Закона РА «О правовых актах», правовая норма - это принятое народом Республики Армения, государственными органами или органами местного самоуправления Республики Армения в установленных законом случаях и определенном настоящим Законом порядке в пределах их полномочий правило поведения, которое имеет временный или постоянный характер, предусмотрено для единичного или многократного применения и является обязательным для неопределенного или определенного круга лиц (но не персонально).

В отличие от нормативного правового акта, индивидуальный акт - это принятый органами, указанными в 1 части 2 статьи Закона РА «О правовых актах», в пределах их полномочий правовой акт, который имеет временный или постоянный характер, предусмотрен для единичного или многократного применения, не содержит правовой нормы и устанавливает правила поведения только для непосредственно указанных (предусмотренных) в нем персонально физических или юридических лиц, либо для государственных органов или органов местного самоуправления, либо для государственных или муниципальных учреждений

Приказы министра Здравоохранения РА номер 1781-А от 30-го мая 2017 года и номер 2636-А от 23-го августа 2016 года устанавливают правила поведения для неопределенного круга лиц и, очевидно, носят нормативный характер, однако были приняты в качестве индивидуальных правовых актов. В результате не были

обеспечены предусмотренные законом процедуры для регистрации и публикации нормативных правовых актов, ограничивая тем самым доступность упомянутых актов, в том числе для лиц, в отношении которых они применяются.

Вопрос особенно проблемный в том смысле, что речь идет о таких принудительных мерах, которые применяются в отношении уязвимых, а в некоторых случаях и беспомощных лиц. Следовательно, гарантии здесь должны быть надежнее и стабильнее. С этой точки зрения принципиально недопустимо их регулирование приказом министра, - притом не нормативным, а индивидуальным актом.

Более того, в соответствии с изменениями в 2015 г. статьи 75 Конституции РА, при регулировании основных прав и свобод законы устанавливают организационные институты и процедуры, необходимые для эффективной реализации этих прав и свобод. Поэтому такое ограничение прав лиц с проблемами психического здоровья, как применение мер сдерживания, ни в коем случае не может быть зафиксировано на уровне подзаконного акта.

Поэтому необходимо незамедлительно внести соответствующие законодательные изменения, предусматривая применение мер сдерживания в отношении лиц с проблемами психического здоровья и порядок его реализации исключительно по закону.

2.3.4. Применение физической силы

Вообще, в психиатрических организациях в отношении лица с проблемами психического здоровья, при реальной угрозе причинения физического вреда себе или окружению, при наличии соответствующих правовых основ, с целью его усмирения или обездвиживания, может применяться физическая сила. Это иногда может предшествовать применению меры физического сдерживания или метода медикаментозного усмирения. Она может применяться также, например, с целью удаления пациента с «недопустимой» территории, обеспечения безопасности других лиц с проблемами психического здоровья, посетителей или медицинского персонала, предотвращения реальной угрозы причинения физического вреда.

Однако Законодательство РА не рассматривает применение физической силы как меру физического сдерживания и, следовательно, не предусматривает механизм или порядок применения. На практике могут быть, например, случаи несоответствующего применения физической силы, в том числе в зависимости от степени подготовленности осуществляющих ее лиц. Поэтому эти вопросы должны получить правовое регулирование.

Как зафиксировано КПП в большинстве европейских стран, в качестве меры сдерживания может быть использовано также физическое сдерживание, которое

включает обездвиживание или удержание лица с проблемами психического здоровья применением физической силы медицинским персоналом.

Согласно КПП, при применении физической силы в качестве меры сдерживания, медицинский персонал психиатрической организации должен пройти специальную подготовку по применению техники физической силы, что сведет к минимуму риск травмирования пациентов. Кроме того, следует запретить захват за шею или применение тех мер, которые будут препятствовать дыханию или причинять пациенту боль³⁰.

На основании вышеизложенного необходимо:

- ✓ разработать методологию и порядок применения физической силы с учетом международного опыта и стандартов;
- ✓ организовывать соответствующие переподготовки медицинского персонала.

2.4. Медицинский персонал

Количество и степень профессиональной подготовленности медицинского и обслуживающего персонала имеют решающее значение для надлежащей и эффективной организации ухода и лечения лиц с проблемами психического здоровья в психиатрических организациях.

Исследование штатных списков психиатрических учреждений показало, что в учреждениях, оказывающих психиатрическую стационарную медицинскую помощь и обслуживание, штаты персонала, осуществляющего медицинское, административное и технико-экономическое обслуживание, в учреждениях, подведомственных областным администрациям, утверждаются губернаторами, а в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения, – директорами учреждений, что согласовывается с министром Здравоохранения РА.

Не существует такого правового акта, регулирующего планирование и утверждение штатов, который всеобъемлюще **определил бы объем работы психиатров, медсестер, надзирателей-санитаров, психотерапевтов, психологов и других сотрудников обслуживающего персонала пропорциональн (или необходимого) лицам с проблемами психического здоровья и объемом работы.**

Следует отметить, что количество среднего и младшего медицинского персонала для надзора и ухода за получающими уход лицами, зарегистрированными в

30 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/16807001c3>.

домах-интернатах, установлено 2 приложением к постановлению³¹ Правительства РА номер 1292-Н от 29-го октября 2015 года.

В психиатрических учреждениях почти одинаковый объем услуг, но нет единого подхода к подбору персонала. При подборе персонала учреждения руководствуются в основном наличием финансовых средств или исходя из типов и количества уже утвержденных штатов. На формирование медицинского персонала влияет наличие квалифицированных специалистов (врач, психолог и т.д.) в конкретной области или городе.

Очевидно, что соотношение пациент-психиатр в разных психиатрических организациях различно.

В некоторых организациях предоставляются такие услуги, для которых в штатном списке не предусмотрены специалисты, но подобные услуги могут быть необходимы.

Например, в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере, который обслуживает весь регион, в том числе лиц от 0 до 18 лет, штатом не предусмотрены детские психиатры .

Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер прокомментировал поднятый Защитником прав человека РА вопрос об узких специалистах, , отметив, что психиатрическое учреждение нуждается в детском психиатре, клиническом психологе и социальном работнике, о чем компетентным государственным органам были направлены соответствующие рекомендации.

В психиатрических учреждениях различно также соотношение среднего и младшего медперсонала к числу пациентов. Например, в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере с 70 койками (предназначенными для стационарной психиатрической помощи) есть 10 сменных медсестер, 8 сменных санитаров и 10 сменных санитарок, а в Армашском центре здоровья с 108 койками – 5 сменных медсестер, 10 сменных санитаров и 5 сменных санитарок, несмотря на то, что предоставляемые ими услуги одинаковы. Более того, в психиатрическом стационаре Центра психического здоровья Гюмри санитарки не предусмотрены штатом, а эта должностная обязанность возложена на санитаров-надзирателей³².

В психиатрических организациях зафиксированы вакантные места как в технико-экономической сфере, так и в сфере медицинского обслуживания (невропатолог, эпидемиолог, пульмонолог, инструктор по трудовой терапии, медсестра,

31 Постановление Правительства РА номер 1292-Н «Об утверждении стандартов штатных единиц подведомственных Министерству труда и социальных вопросов РА государственных некоммерческих организаций, осуществляющих уход и обслуживание, и внесении изменений в постановления Правительства РА номер 730-Н и номер 815-Н от 31-го мая 2007 года» от 29-го октября 2015 года.

32 Вышеотмеченные данные, относительно медперсонала психиатрических учреждений, основаны на анализах штатных списков, предоставленных в ходе посещений.

санитар). В этом отношении проблематично наличие вакантных мест психиатров. Вакансии психиатра наличествуют в Психиатрическом центре «Нубарашен» и Варденисском нейропсихологическом доме-интернате.

Даже в тех случаях, когда штаты медицинского персонала укомплектованы, все равно необходимо пересмотреть положения, касающиеся штатов психиатров, среднего и младшего медицинского персонала, поскольку кроме психиатрических организаций, расположенных в городе Ереване, в областных психиатрических организациях в ночное время психиатры не дежурят, а дежурящий средний медперсонал недостаточен.

Так, в Психиатрическом центре «Нубарашен» (по утверждению дирекции, число коек составляет 350) для ночного дежурства предусмотрен всего один психиатр, а штата врача для надлежащей организации приема пациентов в приемном отделении не предусмотрено. То есть, лица, обратившиеся в больницу, должны ждать в приемной до тех пор, пока подойдет дежурный врач этого дня. Более того, в вечернее время, когда во всем учреждении дежурит один психиатр, после окончания рабочего дня и закрытия приемного отделения прием обратившихся в учреждение (Психиатрический центр «Нубарашен») проводится в том отделении, где в этот день дежурит врач. В областных психиатрических организациях в нерабочее время при неотложной необходимости врач приглашается из дома.

Вопреки этой ситуации, в соответствии с 1-ым подпунктом укомплектованности кадрами 33-го пункта 2-го приложения к постановлению Правительства РА номер 1936-Н³³ от 5-го декабря 2002 года, наличие штата врача приемного отделения является обязательным условием.

Что касается среднего и младшего медперсонала, то зафиксированы случаи, когда в отделении, где получают лечение 60 лиц с проблемами психического здоровья, сменное дежурство осуществляют 1 медсестра и 2 санитар (7-ое отделение Психиатрического центра «Нубарашен»), 1 медсестра и 1 санитар в отделениях с 35-45 койками (Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер и Центр психического здоровья Гюмри), или 1 медсестра и 2 санитар (Лорийский областной психоневрологический диспансер и Психиатрический центр «Нубарашен»).

Очевидно, что различно не только соотношение медперсонала к пациентам, но и в разных психиатрических организациях одинаковое число лиц с проблемами психического здоровья обслуживается медперсоналом различной численности.

Особенно в тех отделениях психиатрических организаций, где содержатся

33 Постановление Правительства РА номер 1936-Н «Об утверждении требований и условий технической и профессиональной квалификации, необходимых для больничной (профессиональной) медицинской помощи и обслуживания поликлиник (смешанных, для взрослых и детских), отдельных специализированных кабинетов, офисов семейных врачей, медицинских амбулаторий, деревенских центров здоровья, фельдшерско-акушерских пунктов, женских консультаций» от 5-го декабря 2002 года.

лица, нуждающиеся в специальном уходе, количество среднего и младшего медперсонала недостаточно.

Зафиксированы случаи, когда в отделениях для женщин дежурят санитары-надзиратели мужского пола, что в некоторых случаях можно рассматривать как унижающее достоинство обращение. В иной ситуации, в отделениях для мужчин не во все дни вовлечен санитар мужского пола, в результате чего могут возникнуть реальные затруднения при обеспечении безопасности пациентов в отделении и в случае применения мер сдерживания.

Более того, несмотря на то, что лица с проблемами психического здоровья нуждаются в сохранении социальных связей и реинтеграции в общество, в учреждениях не предусмотрены социальные работники и психологические услуги (например, штата психолога нет в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере). В результате, социально-психологическая поддержка пациентов организовывается с недостаточной полнотой.

Поэтому необходимо дать наиболее полную оценку потребностей психиатрических организаций, результаты которой помогут определить оптимальное соотношение пациентов и медицинского или обслуживающего персонала, **а также уточнить объем работы каждого из них.**

Этот вопрос был рассмотрен также в 8-ом общем докладе КПП, согласно 42-му пункту которого, кадровые ресурсы должны быть равноценны с точки зрения количества, состава (психиатр, терапевт, медсестра, психолог, лицо, осуществляющее трудовую терапию, социальный работник и т.д.), *а также профессионального опыта и подготовленности*³⁴.

Что касается профессиональной подготовки медицинского персонала, то представители медицинских персоналов не всех психиатрических учреждений проходят регулярную профессиональную переподготовку. Между тем, переподготовка должна иметь регулярный характер и относиться к организации ухода за пациентами в рамках медицинского обслуживания лиц с проблемами психического здоровья, включая международные стандарты. Особая потребность в переподготовке имеется в смысле развития эффективных коммуникативных навыков при общении с пациентами и применения пациент - ориентированного подхода, а также осведомленности и применения современных принципов медицинской этики (деонтологии).

Поэтому для решения всех вышеуказанных проблем необходимо:

- ✓ наиболее полно оценить потребности медперсонала и персонала по технико-экономическому обслуживанию психиатрических организаций;
- ✓ предусмотреть штаты необходимых специалистов для психиатрической по-

34 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/1680696a72>.

- мощи, реабилитационного лечения, сохранения и реинтеграции социальных связей лиц с проблемами психического здоровья;
- ✓ определить оптимальное соотношение пациентов и медицинского или обслуживающего персонала, а также уточнить объем работы и функции каждого из них;
 - ✓ пересмотреть необходимость дежурства психиатров в областных психиатрических организациях;
 - ✓ для приемных отделений психиатрических организаций предусмотреть как минимум один штат психиатра, в соответствии с 1-ым подпунктом укомплектованности кадрами 33-го пункта 2-го приложения к постановлению Правительства РА номер 1936-Н от 5-го декабря 2002 года;
 - ✓ организовать круглосуточный и эффективный прием граждан;
 - ✓ пополнить вакантные штаты психиатрических организаций, а также привлечь к работе необходимых специалистов и достаточный персонал;
 - ✓ пересмотреть соответствующие программы переподготовки персонала, включая их продолжительность, периодичность и содержание, в соответствии с международными требованиями.

2.5. Лекарства

В связи с осуществлением медикаментозного лечения в отношении лиц с проблемами психического здоровья категорически недопустимы нарушения режима и условий хранения лекарств, а также наличие просроченных лекарств в иных учреждениях.

В ходе мониторинговых работ просроченные лекарства были обнаружены в Психиатрическом центре «Нубарашен» (приемное отделение, 1-ое, 6-ое, 7-ое и 9-ое отделения, комната, предусмотренная для предоставления стоматологических услуг), Лорийском областном психоневрологическом диспансере, Вардениском нейропсихологическом доме-интернате, Центре психического здоровья Гюмри. Многие из препаратов были обнаружены в биксах³⁵ в комнатах вмешательств отделений и используются в качестве основного лекарственного средства для лечения пациентов или предусмотрены для оказания первой помощи.

В частности, в Психиатрическом центре «Нубарашен» (в приемном отделении, палате для женщин, а также в комнатах вмешательства 7-го и 6-го отделений, в комнате, предусмотренной для предоставления стоматологических услуг), в аптеке Варденисского нейропсихологического дома-интерната, в комнате вмешательства

35 Металлическая коробка для стерилизации, которая в рассмотренных случаях использовалась с целью хранения лекарств.

Лорийского областного психоневрологического диспансера были обнаружены просроченные лекарства, отпускаемые как по рецепту, так и без него.

В соответствии с разъяснениями Министерства труда и социальных вопросов РА по этому поводу, фармацевт Варденисского нейropsychологического дома-интерната за отмеченное нарушение был подвергнут дисциплинарному взысканию в виде замечания.

В соответствии с письменными разъяснениями о результатах посещения Центра психического здоровья Гюмри, наличие просроченных лекарственных препаратов, обнаруженных в психиатрическом учреждении, было обусловлено небрежностью медсестры, за что она получила письменное замечание.

В ходе мониторинга были выявлены также случаи, когда пластины лекарств были отрезаны таким образом, что часть, фиксирующая срок годности, отсутствовала (Психиатрический центр «Нубарашен», Варденисский нейropsychологический дом-интернат), поэтому даже медицинский персонал не смог указать срок годности лекарств.

Ненадлежащая организация браковки просроченных лекарств и предметов медицинского назначения также является проблемной, которая может быть опасной не только для лиц, содержащихся в психиатрической организации, но и для окружающей среды. Например, в Варденисском нейropsychологическом доме-интернате не соблюдаются положения, утвержденные приказом министра Здравоохранения РА номер 03-Н «Об утверждении санитарных правил и норм N 2.1.3-3 «Гигиенические и антиэпидемические требования к потреблению медицинских отходов» от 4-го марта 2008 года, и медицинские отходы сжигаются вблизи прозекторской дома-интерната³⁶, что недопустимо.

Были зафиксированы проблемы организации процесса закупок лекарственных средств. Так, процесс организуется по централизованному конкурентному принципу с предварительно предусмотренными видами и дозировками лекарственных средств. Когда необходимые лекарства заканчиваются или возникает необходимость в таких препаратах, которые невозможно было запланировать заранее (например, гормональные препараты, противовоспалительные мази и т.д.), учреждение не может приобрести их вовремя и организовать эффективное лечение пациентов и лиц, получающих уход.

Во время мониторинга было зафиксировано, что некоторые психиатрические учреждения нуждаются в медицинских принадлежностях - бинте, вате (женское отделение Психиатрического центра «Нубарашен»). Зафиксированы случаи, когда в психиатрической организации лекарства, необходимые для лечения соматической болезни лица с проблемами психического здоровья, покупали сотрудники учреж-

36 Во время посещения в отмеченном месте была зафиксирована куча золы от сожженных отходов.

дения (7-ое отделение Психиатрического центра «Нубарашен»).

В некоторых учреждениях лица с проблемами психического здоровья могут иметь свободный доступ к лекарствам из аптек, находящихся за пределами психиатрической организации, которые не контролируются. Например, в Центре психического здоровья «Аван» медперсонал отделения не был осведомлен о наличии «Анальгина», «Активированного угля» и еще одного препарата неизвестного происхождения одного из лиц с проблемами психического здоровья. Учитывая то, что лица с проблемами психического здоровья могут иметь также суицидальные наклонности, прием лекарств без надлежащего контроля может иметь необратимые последствия для здоровья этих лиц или поставить под угрозу их жизнь.

С целью предотвращения подобных случаев, необходимо разработать правила по надлежащему и безопасному хранению и использованию лекарств, приобретенных собственными средствами пациентов, установить необходимые механизмы контроля.

В ходе мониторинга также были зафиксированы случаи нарушения режима и условий хранения лекарств. Например, в Армашском центре здоровья в коробке, предназначенной для жидких лекарств, в комнате вмешательства, кроме вышеупомянутого, были также пустые, смятые пачки других лекарств, пустые пачки сигарет, то есть коробка служила также временной урной.

В медицинских документах зафиксированы проблемы, связанные с ненадлежащей записью о предоставлении пациентам необходимых лекарств. Так, из исследования журнала «Количественного учета лекарственных средств и ИМИ дежурной медсестры в отделениях медучреждений» 5-го мужского отделения Психиатрического центра «Нубарашен» выяснилось, что в столбце «количество общего ежедневного расхода» лекарственных средств цифры заполнены карандашом, напротив которых стоит подпись дежурной ответственной медсестры, поставленная ручкой. Не были заполнены также столбцы количества внесенных лекарственных средств и остатков. Из исследования вышеупомянутого журнала 5-го мужского отделения Центра выяснилось, что столбцы о внесении лекарственных средств вообще не заполнены, в результате чего не был заполнен также столбец количества остатков. Ведение записей карандашом и с упущениями в отмеченных журналах может привести к злоупотреблениям, учитывая то, что в журнале зарегистрированы психотропные лекарственные средства, которые включены в список наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Армения, утвержденный постановлением³⁷ Правительства РА номер 1129-Н от 21-го августа 2003 года.

37 Постановление Правительства РА номер -1129Н «Об утверждении списка (перечня) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Армения» от 21-го августа 2003 года.

На основании вышеизложенного необходимо:

- ✓ установить надлежащий контроль в психиатрических организациях за оборотом просроченных лекарств, а также лекарств с неизвестным сроком годности, в том числе за их использованием, чтобы исключить любую такую практику;
- ✓ обеспечить наличие лекарственных средств, необходимых для лечения соматических болезней;
- ✓ разработать правила хранения лекарств, находящихся у лиц с проблемами психического здоровья, и механизмы действенного контроля над ними;
- ✓ разработать механизмы, направленные на более эффективную организацию процесса закупок лекарств и других необходимых принадлежностей и оборудования в психиатрических организациях;
- ✓ обеспечить надлежащие условия хранения лекарств в психиатрических организациях;
- ✓ организовывать браковку просроченных лекарств и медицинских принадлежностей в психиатрических организациях в соответствии с критериями, установленными Министерством здравоохранения РА.

2.6. Лабораторные и другие исследования

В ходе мониторинговых работ в психиатрических учреждениях также была исследована организация лабораторных исследований при организации стационарного лечения и ухода за лицами с проблемами психического здоровья. Оказалось, что к исследованиям применяется неодинаковый подход. В некоторых учреждениях проводится обязательный ежемесячный контроль массы тела лиц с проблемами психического здоровья, а лабораторные исследования проводятся в соответствии с показанием. Ряд других психиатрических учреждений проводит обязательный ежемесячный или ежеквартальный лабораторный контроль, а контроль веса проводится по мере необходимости.

Неодинаковы также требования к обязательному исполнению объема лабораторных исследований. Практика свидетельствует о том, что каждое психиатрическое учреждение само утверждает объемы исследований, в результате чего отсутствует единый подход.

Так, согласно исследованию, общий анализ крови и мочи практически во всех психиатрических организациях проводится в разное время, например, в Армашском центре здоровья – раз в 15 дней, в Центре психического здоровья Гюмри, в случае предоставления лекарственного препарата «Азалептин» («Клозапин») – раз в месяц, в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере – раз в

шесть месяцев, в Психиатрическом центре «Нубарашен» - раз в месяц, а в случае предоставления лекарственного препарата «Азалептин», исследуется также лейкоформула крови, в Лорийском областном психоневрологическом диспансере в течение 24 дней стационарного лечения общий анализ крови проводится 2 раза, а в течение 36 дней – 3 раза, пациенты по уходу – раз в месяц, в Варденисском нейрорпсихологическом доме-интернате – раз в три месяца. В Лорийском областном психоневрологическом диспансере, например, проводятся проверки на вшивость, а также общее исследования крови и мочи, бактериологическое исследование кала и серологическое исследование крови на сифилис (RW).

Данные об исследованиях основаны на медицинских документах и разъяснениях персонала учреждения, полученных во время посещений.

В ходе мониторинга было выяснено, что в Армашском центре здоровья организуются клинические - лабораторные исследования лиц с проблемами психического здоровья – общий анализ крови и мочи, анализ сахара в крови, однако в стационаре центра нет отведенной для этого соответствующей комнаты, и исследования организуются в комнате вмешательства или в комнате для врачей.

Необходимо исключить организацию лабораторных исследований в стационаре Армашского центра здоровья в комнатах, которые не предусмотрены для их реализации.

При приеме в Армашский центр здоровья лица с проблемами психического здоровья также проходят обязательное лабораторное, а также флюорографическое исследования. Последнее повторяется раз в 6 месяцев для профилактики туберкулеза.

Вышеизложенное более наглядно представлено в приведенной ниже таблице.

Организация		Вид исследования								
		Общий анализ крови	Общий анализ мочи	Определение колич. сахара в крови	Биохимический анализ крови	Серолог. исслед. крови на сифилис(MRP)	Серолог. исслед. крови на сифилис (RW)	Бактериолог. исследование кала	Рентген-исследование	Проверка на вшивость
Армашский центр здоровья	при приеме	+	+	+					+	
	хронические пациенты	+ раз в 15 дней	+ раз в 15 дней						+ раз в 6 месяцев	

Центр психического здоровья Гюмри	при приеме	+	+		+						
	хронические пациенты	раз в месяц	раз в месяц		+						
Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер	при приеме	+	+	+	+						
	хронические пациенты	раз в 6 месяцев	раз в 6 месяцев								
Психиатрический центр «Нубарашен»	при приеме	+	+	+		+					
	хронические пациенты	раз в месяц	раз в месяц								
Лорийский областной психоневрологический диспансер	при приеме	+	+	+			+	+		+	
	в течение 24 дней	+	два раза	+	два раза						
	в течение 36 дней	+	три раза	+	три раза						
	хронические пациенты	+	раз в месяц	+	раз в месяц						
Варденисский нейропсихологический дом-интернат		+	раз в 3 месяца	+	раз в 3 месяца	+	по мере необход.			+	в последние 3 года-2 раза

Вышеизложенное свидетельствует, что должны быть разработаны руководства по ведению болезней, которые будут включать также лабораторные и инструментальные исследования.

Для обсуждения вопроса важна также обеспокоенность, зафиксированная в 124-ом пункте доклада КПП 2016 года по Армении, в соответствии с которой, «В ЗАО «Центр психического здоровья Гюмри» при назначении лицам с проблемами психического здоровья лекарственного препарата «Клозапин» не были даны официальные инструкции по проведению регулярного анализа крови. «Клозапин», в качестве побочного действия, может привести к возможному смертельному дефициту белых клеток крови (гранулоцитопения). Таким образом, анализы крови должны носить периодический характер³⁸.

38 См. Веб-страницу <https://rm.coe.int/16806bf46f>.

Исходя из вышеизложенного, с целью применения единого подхода к осуществлению исследований лиц с проблемами психического здоровья во всех психиатрических организациях, необходимо определить соответствующие стандарты и руководства.

2.7. Ведение историй болезни

Информация о лечении лиц с проблемами психического здоровья, течения и эффективности лечения, а также основании для ограничения прав этих лиц регистрируется в истории болезни.

В психиатрических организациях нет единого подхода к заполнению историй болезни. Например, динамический контроль пациентов, согласно соответствующим записям историй болезни, проводится раз в 10 дней (Лорийский областной психоневрологический диспансер, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер) или, если у лица острый психиатрический диагноз - 2 раза в месяц (Армашский центр здоровья) и раз в месяц при хронических заболеваниях. Истории болезни лиц, находящихся в психиатрических учреждениях с целью получения ухода, заполняются раз в 2 месяца.

Зафиксированы случаи некорректного ведения историй болезни. Например, истории болезни не заполнялись в течение 1-2 месяцев (Психиатрический центр «Нубарашен») или были заполнены с упущениями (в Армашском центре здоровья - первичное обследование пациента, Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере - записи о назначенном медикаментозном лечении). В другом случае, даже при выписке лица из учреждения, история его болезни не заполнялась в течение длительного времени. Зафиксированы случаи, когда в отношении лица была применена мера физического сдерживания, однако никакой записи, в том числе об обосновании применения данной меры, в истории болезни не было обнаружено (Центр психического здоровья Гюмри). Кроме вышеупомянутого расписания, в историях болезни записи производятся тогда, когда необходимо сменить лекарственные препараты, назначенные лицу с проблемами психического здоровья.

Подобная ситуация создает трудности при оценке надлежащего лечения лица или оснований для ограничения его прав, а также вызывает озабоченность с точки зрения обеспечения эффективного лечения пациентов и их прав.

Вместе с тем, в случаях длительного содержания лиц с проблемами психического здоровья в психиатрических организациях, страниц историй болезни обычно не хватает, в результате чего в историях болезни добавляются дополнительные страницы, однако и в этом вопросе нет единых правил или практики.

В соответствии с уставом Варденисского нейропсихологического дома-интерната, дом-интернат организывает предоставление первичной медицинской помощи и обслуживания лицам, получающим уход, направление в учреждение, **осуществляющую больничную медицинскую помощь и обслуживание.** В 8-ой главе 2-го приложения к постановлению³⁹ Правительства РА номер 1292-Н от 29-го октября 2015 года предусматривается, что в учреждениях специального типа (специализированных) должны предоставляться первичная медицинская помощь и обслуживание. Для получения стационарной медицинской помощи, согласно вышеупомянутому постановлению, лица, получающие уход в доме-интернате, получают направления или направляются в другие медицинские учреждения, однако в этом учреждении для каждого получающего уход лица со дня приема ведется медицинская карта стационарного больного и предоставляется стационарное лечение. Более того, в общих отделениях дома-интерната содержатся пациенты, получающие стационарное лечение. Никакой правовой акт не определяет формы медицинской документации в домах-интернатах и порядок их ведения.

Учитывая вышеописанное, необходимо обеспечить надлежащее ведение историй болезни и установить единые стандарты по их ведению.

2.8. Служба скорой помощи и диспансерный контроль

Предоставление психиатрической помощи включает также перемещение лиц с проблемами психического здоровья в стационарное психиатрическое учреждение, в случаях, требующих неотложную психиатрическую больничную медицинскую помощь и обслуживание.

В соответствии с 13-ым пунктом стандарта, утвержденного приказом министра Здравоохранения РА номер 49-Н⁴⁰ от 18-го сентября 2013 года, пациенты, страдающие психическим расстройством, госпитализируются в случаях, требующих неотложную больничную медицинскую помощь и обслуживание, направлением, выданным психиатрической бригадой службы скорой медицинской помощи или заключением врача приемного отделения (дежурного) медицинской организации, предоставляющей больничную помощь.

39 Постановление Правительства РА номер 1292-Н «Об утверждении стандартов штатных единиц государственных некоммерческих организаций, осуществляющих уход и обслуживание под ведомством Министерства труда и социальных вопросов Республики Армения и внесении изменений в постановления Правительства РА номер -730Н и -815Н от -31го мая 2007 года» **от -29го октября 2015 года.**

40 Приказ министра Здравоохранения РА номер 49-Н «Об утверждении стандарта организации психиатрической помощи в рамках гарантированных государством бесплатной медицинской помощи и обслуживания» от -18го сентября 2013 года.

В Республике Армения психиатрическая бригада⁴¹ действует только в службе скорой помощи города Ереван, а психиатры дежурят только в психиатрических учреждениях, расположенных в городе Ереван. В марзах РА, в случаях, требующих неотложную психиатрическую больничную медицинскую помощь и обслуживание, в службе скорой медицинской помощи нет психиатрических бригад или психиатров, по поводу чего выразили свою обеспокоенность также дирекции психиатрических организаций. Более того, согласно исследованиям графиков дежурств врачей, дежурные психиатры в нерабочие дни и часы не включаются в состав медперсонала, осуществляющего дежурство в психиатрических учреждениях.

Очевидно, что в случаях, требующих неотложную психиатрическую больничную медицинскую помощь и обслуживание, возникают трудности.

Поэтому, для случаев, **требующих неотложную психиатрическую больничную медицинскую помощь и обслуживание, необходимо разработать механизмы по перемещению лиц в психиатрические учреждения** и предоставлению надлежащей медицинской помощи и обслуживания.

В соответствии с 4.2.2.1 пунктом постановления Правительства РА номер 1939-Н «Об утверждении программы оптимизации здравоохранительных учреждений города Ереван» от 5-го декабря 2002 года, в рамках гарантированного государством бесплатного медицинского обслуживания, амбулаторную психиатрическую помощь в Ереване осуществляет Центр психического здоровья «Аван», однако лица с проблемами психического здоровья, из-за особенностей получения медицинской помощи и обслуживания (многие не хотят или не могут следовать режиму назначенного лечения, вовремя получать психотропные лекарственные препараты), а также социального положения, не могут пользоваться учреждением, расположенным далеко от их места жительства.

Они не могут также свободно обращаться к своему участковому психиатру, поскольку домашний визит, согласно определенному организацией списку услуг, является платным. Поэтому процесс надлежащей организации диспансерного контроля лиц с проблемами психического здоровья вызывает беспокойство.

2.9. Скрининговые обследования и возможность пользования другими медицинскими услугами

В рамках финансируемой Всемирным банком скрининговой программы, стартовавшей на территории Республики Армения с 1-го января 2015 года, были проведены скрининговые обследования с целью обнаружения и предупреждения

⁴¹ Пункт 2.2.4 приложения 1 к постановлению Правительства РА номер -1939Н «Об утверждении программы оптимизации здравоохранительных учреждений города Ереван» от -5го декабря 2002 года.

рака шейки матки, гипертонии и сахарного диабета.

В психиатрических учреждениях и домах интернатах длительное (до 15 и более лет) лечение и уход получают лица разных возрастных групп, в отношении которых скрининговые обследования не проводятся, согласно данным, предоставленным дирекциями этих учреждений.

Поэтому лица, получающие лечение и уход в психиатрических организациях, также должны быть включены в проводимые в стране программы скрининговых обследований.

Лица, получающие лечение и уход в психиатрических организациях, при соматических симптомах, по мере необходимости, могут пользоваться услугами других специалистов. В этих организациях есть терапевты, клинические лаборатории, иногда – стоматологические услуги (Психиатрический центр «Нубарашен», Варденисский нейропсихологический дом-интернат). С целью пользования услугами других врачей или проведения лабораторно-инструментального обследования в другом объеме, лица с проблемами психического здоровья должны быть переведены в региональные или специализированные медицинские центры или должны быть приглашены врачи-специалисты для получения необходимой консультации.

Однако на практике возникают проблемы при организации лабораторно-инструментальных обследований и получении услуг других врачей-специалистов. .

В результате исследования, в частности, было зафиксировано, что большинство лиц, получающих лечение и уход в психиатрических учреждениях, имеет стоматологические проблемы и проблемы протезирования зубов, для решения которых не предпринимается достаточных мер.

В соответствии с 20-ым пунктом 1 приложения к постановлению Правительства РА номер 318-Н «О гарантированных государством медицинской помощи и обслуживании на бесплатных и льготных условиях» от 4-го марта 2004 года, лица, получающие уход в домах для престарелых, пользуются правом получения гарантированных государством медицинской помощи и обслуживания на бесплатных и льготных условиях, а в соответствии с 3 подпунктом 10 пункта 1 приложения к приказу⁴² министра Здравоохранения РА номер 45-Н от 11-го сентября 2013 года, стоматологическая медицинская помощь и обслуживание, (...) включают ортопедическую стоматологическую медицинскую помощь и обслуживание, включая из-

42 Приказ министра Здравоохранения РА номер -45Н «Об утверждении стандарта предоставления населению, в рамках гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и обслуживания, стоматологической медицинской помощи и обслуживания, порядка организации стоматологической медицинской помощи и обслуживания детей соответствующей возрастной группы в рамках программы «Услуги стоматологического первичного предупреждения детей и формы направления бесплатной стоматологической консультации и/или лечения в рамках гарантированных государством бесплатной медицинской помощи и обслуживания» от 11го сентября 2013 года.

готовление новых зубных протезов и их ремонт, в соответствии с медицинскими показаниями, без ограничения числа случаев.

Зафиксированы трудности, связанные с перемещением лиц с проблемами психического здоровья в гражданские специализированные медицинские учреждения и организацией их лечения.. Так, в отделении судебно-психиатрических экспертиз Психиатрического центра «Нубарашен» возникают трудности в связи с получением лицами, по мере необходимости, услуга узких специалистов. Особенно это ощущается при организации их перемещения в вечернее время. Перемещение отмеченных лиц осуществляет специализированное сопровождающее подразделение полиции РА на основании соответствующей заявки. Однако в чрезвычайных ситуациях для сотрудников того же центра практически невозможно получить письменное разрешение, которое послужит основой для перемещения лица из отделения судебно-психиатрических экспертиз, из-за чего надлежащую медицинскую помощь могут не оказать или отложить, что приведет к тяжелым последствиям.

Поэтому лицам с проблемами психического здоровья необходимо организовать получение услуг узких специалистов в других медицинских центрах надлежащим образом и своевременно, с четко регулируемым механизмом.

Некоторые психиатрические учреждения (Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Центр психического здоровья «Аван», Лорийский областной психоневрологический диспансер) заключили договоры с амбулаторными службами районных медицинских центров, и их пациенты получают там необходимые медицинские профессиональные консультации. Однако не все учреждения имеют такую возможность, и специализированная медицинская помощь оказывается в крайних случаях.

Для перемещения лиц с проблемами психического здоровья в другое медицинское учреждение отсутствуют соответствующие транспортные средства. Например, дирекция Варденисского нейропсихологического дома-интерната конкретно указала на эту проблему. Более того, хотя лица с проблемами психического здоровья нуждаются в специальном уходе и, находясь в гражданском медучреждении, могут причинить беспокойство лечащимся там другим пациентам, они госпитализируются в крайних случаях, или им предлагается пользоваться отдельными палатами на платной основе.

Во избежание подобных проблем необходимо разработать механизмы надлежащей организации обследования или лечения лиц с проблемами психического здоровья в другом медицинском и специализированном учреждении, **по мере возможности и необходимости выделять отдельные бесплатные больничные палаты.**

Специализированное туберкулезное отделение для лиц с проблемами психического здоровья есть только в «Национальном центре борьбы против туберкулеза» ГНКО г. Абовян. Тем не менее в психиатрических организациях регулярные обследования с четко установленным порядком по предупреждению туберкулеза не проводятся, даже в случаях обнаружения туберкулеза.

Так, в соответствии с информацией, предоставленной Вардениским нейропсихологическим домом-интернатом, последнее флюорографическое обследование было организовано в 2015 году, в котором, однако, из-за проблем со здоровьем (постельные больные) не участвовало 52 лица, получающих уход, несмотря на то, что в психиатрическом учреждении в отмеченный период были обнаружены случаи туберкулеза.

Фактически, лица, получающие уход в доме-интернате, при наличии опасности инфекции в течение длительного времени не подвергались профилактике туберкулеза.

Меры, предусмотренные приложением «Гигиенические нормы и санитарно-эпидемиологические правила N 3.1.1-010-08 эпидемиологического контроля за туберкулезом в Республике Армения», утвержденным приказом министра Здравоохранения РА номер 21-Н от 20-го октября 2008 года, не организовываются надлежащим образом, хотя группами риска, с точки зрения распространения туберкулезной инфекции, являются жильцы домов для престарелых, детских домов и организаций социальной помощи, которые не имеют определенного места жительства и занятия (см. 14-ый подпункт 10-го пункта приложения к приказу). Согласно 61-му пункту отмеченного приложения, лица, которые находились в контакте с больными, проходят обследование в течении *7 дней после подтверждения диагноза больного*.

Получается, что требования вышеупомянутого приказа министра Здравоохранения РА не соблюдаются.

В исследованных психиатрических организациях гинекологические услуги не предусмотрены, и лица, получающие там длительное лечение и уход, лишены возможности пользования гинекологическими услугами. Более того, во время частных бесед выяснилось, что, например, некоторым женщинам, получающим уход в Вардениском нейропсихологическом доме-интернате, с целью предотвращения нежелательной беременности, еще в 1990-ые годы были установлены внутриматочные спирали, однако на протяжении долгих лет женщины не проходили гинекологическое обследование.

Сфера нуждается также в дополнительном законодательном регулировании. Так, согласно 2-му подпункту 20-го пункта 1 приложения к постановлению Правительства РА номер 1292-Н от 29-го октября 2015 года, «предоставление меди-

цинской помощи и обслуживания в доме-интернате общего типа предусматривает периодическое медицинское обследование получающих уход лиц в соответствии с установленным порядком и периодичностью». Однако отмеченное постановление не определяет как конкретных механизмов медицинского обследования, так и периодичность их осуществления.

Подытоживая вышеописанное, необходимо:

- ✓ по мере необходимости организовывать перемещение лиц с проблемами психического здоровья адаптивным транспортным средством в гражданское медучреждение;
- ✓ проводить соответствующие исследования по профилактике распространения туберкулезной инфекции и раннему обнаружению подобных случаев, согласно порядку, установленному в случаях обнаружения туберкулеза среди лиц, получающих уход в доме-интернате;
- ✓ в случае наличия медицинского показания организовывать необходимое стоматологическое протезирование лиц, содержащихся в домах-интернатах;
- ✓ в рамках первичной медицинской помощи и обслуживания в доме-интернате особого типа, предусмотренных 2 подпунктом 20 пункта 2 приложения к постановлению Правительства РА номер 1292-Н от 29-го октября 2015 года, установить порядок и периодичность медицинского осмотра;
- ✓ разработать механизмы периодического обследования и, по мере необходимости, надлежащей организации лечения лиц с проблемами психического здоровья в других медицинских и специализированных учреждениях, в пределах возможности бесплатно предоставлять отдельные больничные палаты.

2.10. Немедикаментозное лечение и психологическая помощь

Исследования, проведенные в рамках подготовки настоящего доклада, свидетельствуют, что в ряде психиатрических учреждений, кроме медикаментозного лечения, не применяются альтернативные методы лечения (Армашский центр здоровья, Центр психического здоровья Гюмри, Психиатрический центр «Нубарашен»). В некоторых психиатрических учреждениях, где осуществляется альтернативное лечение, оно доступно не всем лицам с проблемами психического здоровья. В частности, услуги арт-терапии и песочной терапии в центре психического здоровья «Аван» недоступны лицам с проблемами психического здоровья, проходящим стационарное лечение. Вспомогательной терапией (спортивный велосипед и ма-стерская) в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере пользуется

в основном ограниченное число лиц с проблемами психического здоровья.

Вместе с тем, приветствуется тот факт, что в Сюникском нейропсихиатрическом диспансере пациенты занимаются садово-огородным хозяйством, а также виноградарством и пчеловодством.

В Лорийском областном психоневрологическом диспансере, кроме медикаментозного лечения, в качестве альтернативного метода лечения применяется портняжное дело. Для этого в учреждении есть швейная фабрика, однако в работы вовлечены лишь лица, находящиеся под диспансерным контролем.

Однако в эти виды деятельности пациенты должны быть вовлечены не просто приблизительными критериями, их следует сочетать с предусмотренным медикаментозным лечением в качестве протокольных лечебных средств. Для применения подобных средств необходимо сформировать клинически обоснованную лечебную стратегию (для какой группы пациентов, на каком этапе болезни, с какой периодичностью и длительностью, какой вид деятельности и т.д.).

В любом случае, в докладе КПП 2016 года по Армении отмечено, что психиатрические учреждения практически полностью основаны на сдерживании распространения фармакотерапии и болезней (...)⁴³.

Неприменение альтернативных методов лечения может оказать негативное влияние на психиатрическую помощь и реинтеграцию лиц с проблемами психического здоровья.

С точки зрения реабилитации и социальной интеграции лиц с проблемами психического здоровья особую роль играют правильная и эффективная организация и предоставление психологических работ. Согласно обновленному руководству Всемирной организации здравоохранения по плану действий в сфере Психического здоровья, рекомендации для подавляющего большинства психических расстройств содержат четкие инструкции по психологическому (когнитивно-поведенческая терапия, межличностная психотерапия, терапия для повышения мотивации и так далее) и психосоциальному (терапия пар и семейная терапия, тренинг жизненных навыков, коммуникационный тренинг и так далее) вмешательству⁴⁴. Притом, вышеупомянутые методы поддержки являются неотъемлемой и интегрированной частью полной лечебной и реабилитационной программы пациента. Между тем, нынешняя ситуация в Республике Армения позволяет сделать обоснованный вывод о том, что психолого-социальная часть содействия лицам с проблемами психического здоровья явно вторична и не удостоивается должного внимания. Об этом свидетельствуют приведенные ниже наблюдения.

Прежде всего, в психиатрических учреждениях нет необходимого числа про-

43 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806bf46f>, пункт 124.

44 См. Веб-страницу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1

фессиональных психологов с узкоспециализированной подготовкой. По этой причине также эффективность их работы остается низкой.

В отделениях психиатрических учреждений нет удобств, предназначенных для психологических индивидуальных и групповых работ. Психолог часто бывает вынужден выполнять свою работу в комнатах для медсестер или вмешательства, что технически сильно ограничивает возможность психологической профессиональной и последовательной работы, не позволяет обеспечить конфиденциальность. Кроме того, психологическая работа с лицами с проблемами психического здоровья требует специальных условий (обстановка, оформление, внутренняя отделка и так далее), которые являются важным терапевтическим фактором для улучшения душевного состояния пациента.

В административных зданиях некоторых психиатрических учреждений расположены кабинеты психолога, где работа с пациентами также затруднена, поскольку из отделений до кабинета психолога пациента сопровождают санитары, а в каждом отделении есть всего два санитаря (Психиатрический центр «Нубарашен»).

Получается, что если один из двух санитаров сопровождает пациента к кабинету психолога, то во всем отделении остается один санитар, что и приводит к тому, что работа психолога организовывается в основном в отделениях.

Кроме того, когда возникает необходимость привлечь к экспертизе психолога, последний не может работать с пациентами, поскольку совмещение функций невозможно в то же рабочее время. Одновременно, психологические работы с пациентами, исходя из повестки дня, возможно организовывать только в конкретные часы рабочего дня, а именно с 11:00 по 15:00 часов (Психиатрический центр «Нубарашен»).

По отмеченной причине в течении недели психологическими услугами могут пользоваться максимум 4-5 пациентов (согласно данным, предоставленным дирекцией Психиатрического центра «Нубарашен», в момент посещения в организации содержалось 306 пациентов), что крайне недостаточно для удовлетворения психологических и реабилитационных потребностей лиц с проблемами психического здоровья.

В психиатрических учреждениях нет какой-либо юридической процедуры организации психологических работ. Психолог не проводит плановые посещения отделений, не имеет четкого перечня обязанностей, нет никакого формального механизма сотрудничества с психиатрами. Нет документа, отражающего сущность и динамику психологической работы с пациентом (Психиатрический центр «Нубарашен», Армашский центр здоровья, Центр психического здоровья Гюмри).

Например, психолог Психиатрического центра «Нубарашен» заполняет только журнал под названием «Книга психологических анализов», в котором, однако, ни-

какого анализа не проводится, в журнале не предусмотрен отдел или столбец для психологического анализа. В журнале заполняется только дата встречи с пациентом, его имя и фамилия, а также из истории болезни переписывается диагноз. В дополнение к этому журналу психолог по собственной инициативе ведет журнал о содержании психологических встреч, что приветствуется.

Фактически получается, что в психиатрических организациях в отношении лица осуществляется лечебное вмешательство, а именно психологическая работа, которая, однако, не отражается или не фиксируется в медицинских документах пациента.

В результате проведенных в психиатрических организациях исследований выяснилось, что отсутствуют нормы, регулирующие разделение работ психиатра, психолога и психотерапевта и их объем, комплексная лечебная стратегия пациента не включает психологическое и социально-психологическое вмешательство.

В психиатрических организациях возникает также необходимость переподготовки психологов, однако для организации переподготовок имеются финансовые и временные проблемы (Центр психического здоровья Гюмри).

Учитывая вышеизложенное, необходимо:

- ✓ добавить штаты психологов с соответствующей узкой специализацией или переподготовкой в психиатрических учреждениях;
- ✓ предусмотреть для психологов кабинеты, необходимые для организации работы (в том числе групповой);
- ✓ организовывать для персонала соответствующие профессиональные переподготовки;
- ✓ включить в лечебную стратегию лиц с проблемами психического здоровья психологическое и психосоциальное вмешательство, разработать формальную систему сотрудничества между психиатром, психологом, социальным работником и другими узкими специалистами;
- ✓ организовывать для лиц с проблемами психического здоровья в психиатрических организациях альтернативную терапию, сделать ее доступной для всех лиц, получающих лечение и уход в психиатрических организациях.

ГЛАВА 3. УСЛОВИЯ СОДЕРЖАНИЯ И ОБРАЩЕНИЕ С ЛИЦАМИ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

3.1. Перенаселенность

Перенаселенность в психиатрических учреждениях Республики Армения является актуальной проблемой. Лица с проблемами психического здоровья из-за перенаселенности не обеспечиваются необходимым или минимальным жилым пространством и не имеют личное пространство. В результате они оказываются в неприемлемом состоянии, начиная от неблагоприятной для здоровья среды до возможности насилия.

С точки зрения перенаселенности психиатрических организаций проблемно особенно то, что площади больничных палат сильно различаются по сравнению с количеством коек, и для лиц с проблемами психического здоровья не обеспечено личное пространство (Варденисский нейропсихологический дом-интернат, Центр психического здоровья Гюмри, Армашский центр здоровья, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Лорийский областной психоневрологический диспансер). Зафиксированы случаи, когда для каждого лица с проблемами психического здоровья было обеспечено всего 3,3-3,5 кв. м. жилой площади.

Согласно докладу КПП 2016 года по Македонии, в результате исследования об уровне жилья в психиатрических учреждениях выяснилось, что в палате с площадью в 36 кв. м. содержалось *8 лиц с проблемами психического здоровья*⁴⁵.

В связи с вышеотмеченным КПП призвал прилагать усилия для улучшения жилищных условий лиц, содержащихся в психиатрических учреждениях, *в частности, в направлении увеличения жилой площади, предусмотренной для каждого лица с проблемами психического здоровья, обеспечивая для каждого лица по меньшей мере 6 кв. м. личного пространства в общей палате.*

При оценке перенаселенности в психиатрических организациях учитывалось не число коек и фактически лечащихся пациентов каждого учреждения, а жилое пространство, предусмотренное для каждого пациента. Так, коечная мощность психиатрических учреждений, действующих под ведомством областей РА, установлена постановлением Правительства РА номер 1911-Н «Об утверждении программ оптимизации систем здравоохранения областей Республики Армения» от 2-го ноября 2006 года, а в случае психиатрических учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения РА – приказом министра Здравоохранения РА номер 3801 от 29-го декабря 2017 года. Хотя все рассмотренные психиатрические учреждения с виду не нарушают требования актов, определяющих число коек, и

⁴⁵ См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806974f0>, пункты 143 и 145.

количество пациентов не превышает возможность коечного фонда, тем не менее, в больничных палатах не обеспечивается минимальное жилое пространство для каждого лица с проблемами психического здоровья в соответствии с вышеупомянутыми международными стандартами.

Принципиально неприемлемы разъяснения **Министерства здравоохранения РА** о том, что в основе планирования числа коек лежат только показатель занятости койки в течении года, *показатели заболеваемости и болезненности*, а также средней продолжительности лечения.

При оценке перенаселенности психиатрических организаций в качестве критерия следует принимать за основу размер жилой площади, предусмотренной для каждого пациента, а не число коек и показатель их занятости.

Вследствие перенаселенности психиатрических учреждений в больничных палатах имеются плотно расположенные, близко стоящие друг к другу, даже соединенные вместе койки (Армашский центр здоровья, Варденисский нейропсихологический дом-интернат, Центр психического здоровья Гюмри). Койки также расположены у дверей палат, частично блокируя вход (Центр психического здоровья «Аван», Центр психического здоровья Гюмри, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер).

О перенаселенности свидетельствует также то, что койки расположены в комнатах для отдыха (Центр психического здоровья Гюмри, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер). Это означает, что лечение и уход за лицами с проблемами психического здоровья организовывается в палате общего пользования, предназначенной для пользования всеми лицами, содержащимися в соответствующих отделениях учреждений. Подобная практика неприемлема.

Например, в результате исследований в Центре психического здоровья «Аван» выяснилось, что койка лица с проблемами психического здоровья была расположена в коридоре отделения под предлогом постоянного санитарного контроля над данным лицом. Однако, по наблюдению представителей подразделения Национального превентивного механизма, в больничных палатах было еще несколько лиц с проблемами психического здоровья, которым требовался постоянный контроль, но их койки находились в палатах. В коридоре свободно прогуливаются другие лица с проблемами психического здоровья. То есть те, чьи койки расположены в коридоре, лишены возможности уединения и отдыха. Подобная ситуация неприемлема. Поэтому постоянный контроль за лицами с проблемами психического здоровья, нуждающихся в таковом, **необходимо проводить в больничных палатах**. В связи с вышеизложенным дежурная медсестра Центра психического здоровья «Аван» получила строгое замечание.

В ходе мониторинговых работ выяснилось, что в учреждениях есть такие большие палаты, которые не соответствуют требуемым стандартам и должны быть подвергнуты изменениям. Поэтому, при строительстве или ремонте палат отделений психиатрических организаций необходимо обращать внимание на их структуру и оснащение, поскольку больничные палаты имеют терапевтическое значение и влияют на поведение лиц с проблемами психического здоровья.

В случае с очень большими по площади палатами и содержания там большого числа лиц с проблемами психического здоровья возможность на личное пространство уменьшается еще больше, что отрицательно сказывается на поведении и эффективности лечения пациентов. Были зафиксированы подобные палаты с площадью в 53-55 кв. м., которые предусмотрены для содержания 8-11 лиц (Психиатрический центр «Нубарашен»).

Согласно 108-му пункту доклада КПП 2017 года по Латвии, в результате проведенного в психиатрической организации исследования выяснилось, что в палатах одного из отделений отмеченного учреждения с очень близко расположенными друг к другу койками содержалось 8-10 лиц с проблемами психического здоровья. В результате, содержащиеся в упомянутом отделении лица имели ограниченную жилую площадь и были лишены возможности иметь личное пространство. КПП отметил, что наличие подобных условий может оказать негативное влияние на содержащихся там лиц, нарушая их право на личное пространство. КПП призвал принять меры по постепенному превращению больших палат в более маленькие⁴⁶.

Таким образом, для исключения перенаселения в психиатрических организациях и обеспечения права лиц с проблемами психического здоровья на личное пространство, необходимо:

- ✓ пересмотреть количество коек каждой психиатрической организации, обеспечивая для каждого лица с проблемами психического здоровья индивидуальную жилую площадь;
- ✓ организовать работы по благоустройству, с целью обеспечения хороших жилищных условий;
- ✓ исключить наличие коек в палатах, предназначенных для отдыха;
- ✓ исключить содержание лиц с проблемами психического здоровья в коридорах, а контроль за лицами с проблемами психического здоровья, требующих постоянного контроля, проводить только в больничных палатах;
- ✓ большие больничные палаты постепенно превратить в более маленькие.

3.2. Бытовые условия

46 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/pdf/168072ce4f>

Каждое лицо с проблемами психического здоровья имеет право содержаться и должно содержаться в таких условиях, которые необходимы и достаточны для его нормальной жизнедеятельности. Притом, эти условия должны основываться на требованиях состояния его здоровья.

В рассмотренных психиатрических организациях, однако, в связи с бытовыми условиями были зафиксированы проблемы, которые можно классифицировать на следующие группы:

1. объединенные мужские и женские отделения,
2. дискриминационный подход,
3. проблемы, связанные с безопасностью,
4. санитарно-гигиенические условия,
5. обеспеченность тумбами,
6. ремонт.

1) Следует отметить, что наличие объединенных мужских и женских отделений, а также отсутствие специальных, отдельных жилищных площадей является проблемным. КПП обратился к этому вопросу в своем докладе по Армении 2016 года.

В результате исследования бытовых условий в психиатрических организациях выяснилось, что в некоторых из них нет отдельных женских и мужских отделений. Речь идет о 6-ом и 7-ом отделениях Психиатрического центра «Нубарашен». В центре психического здоровья Гюмри женское отделение не отделено от наркологического отделения.

Отсутствие отделенного жилищного сектора недопустимо. С целью обеспечения удовлетворительных и достойных условий содержания лиц с проблемами психического здоровья необходимо содержать женщин отдельно от мужчин.

2) Все лица с проблемами психического здоровья равны перед законом и в равной мере должны пользоваться своими правами и свободами, а сотрудники психиатрических организаций должны уважать их права без проявления дискриминационного подхода.

В этом смысле вызывает беспокойство дифференцированный подход к содержанию лиц с проблемами психического здоровья в разных палатах, в зависимости от относительно благополучных условий палат (7-ое отделение Психиатрического центра «Нубарашен»).

Так, в палатах с плохими условиями, в том числе с проблемой отопления, было холодно и сыро. Например, в палатах, расположенных в конце коридора отделений общего типа Психиатрического центра «Нубарашен», в качестве меры наказания, содержатся лица с тяжелыми проблемами психического здоровья или те, кто проявил неадекватное, в том числе агрессивное поведение. Подобная практика

негативно сказывается на их душевном состоянии.

Согласно данным, предоставленным аппарату Защитника прав человека РА, в некоторых психиатрических организациях сотрудники дифференцируют пациентов по степени осознания их действий, классифицируя их на так называемых «понимающих» и «непонимающих» лиц. При этом, индивидуальная одежда предоставляется только «понимающим» лицам, которые могут различить свою одежду. Одежда остальных после стирки не индивидуализируется и раздается по принципу случайности. Более того, в Психиатрическом центре «Нубарашен» было зафиксировано также, что не индивидуализируется и смешанно раздается одежда тем лицам с проблемами психического здоровья, которые не имеют возможности стирать ее посредством родственников.

В соответствии с разъяснениями, предоставленными Министерством труда и социальных вопросов РА, внимание дирекции Варденисского нейропсихологического дома-интерната было обращено на тот факт, что разделение лиц, получающих уход, на «понимающих» и «непонимающих» неприемлемо, классификация лиц осуществляется по оценке их нужд и предоставляемым услугам, что не должно содержать подобного определения и потребовали воздерживаться от стигматизации лиц.

Поэтому необходимо исключить любое проявление дискриминационного подхода к лицам с проблемами психического здоровья.

3) В палатах Армашского центра здоровья были зафиксированы открытые коробки и провода распределения электропроводки, неисправные и полуоткрытые розетки (Центр психического здоровья «Аван», Армашский центр здоровья).

Согласно письменному разъяснению Центра психического здоровья «Аван» в связи с упомянутой проблемой, зафиксированной в ходе посещения, имевшиеся в отделениях открытые электрические провода были закрыты.

Любая такая ситуация, угрожающая безопасности лиц с проблемами психического здоровья, должна быть исключена.

4) Вопрос о санитарно-гигиенических условиях связан в первую очередь с загрязненностью воздуха в некоторых палатах психиатрического учреждения (Психиатрический центр «Нубарашен», Центр психического здоровья Гюмри, Армашский центр здоровья, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер).

Это обусловлено в основном тем, что в этих палатах содержатся пациенты с ночным энурезом, для которых нет прокладок. Отмеченное, согласно дирекции психиатрических учреждений, обусловлено недостаточным финансированием.

Проблемы санитарно-гигиенических условий связаны также с организацией стирки, в связи с чем очень важны также рабочие условия сотрудников учреждений, которые не всегда удовлетворительные. Например, в некоторых отделениях

Варденисского нейропсихологического дома-интерната к закрытой крыше приспособлена сушилка, где также гладится одежда и белье. Сотрудники там не обеспечены необходимыми рабочими условиями. Проблема в связи с сушкой стирки была зафиксирована также в Армашском центре здоровья, где это делается в комнате, отделенной на первом этаже учреждения, у дровяной печи. Возможность сушки стирки в другом месте в холодную и дождливую погоду отсутствует.

К организации стирки и вопросам чистоты белья и одежды лиц с проблемами психического здоровья в докладе 2004 года по Армении обратился также КПП, подчеркнув необходимость периодической организации стирки белья и одежды лиц с проблемами психического здоровья⁴⁷.

Другая проблема обусловлена отсутствием информации о последних санитарно-гигиенических, в том числе дезинфекционных работ во время мониторинговых посещений.

В результате необеспечения удовлетворительных санитарно-гигиенических условий создаются ненадлежащие и неприемлемые условия содержания, для исключения которых необходимо:

- ✓ обеспечить лиц с проблемами психического здоровья необходимым количеством гигиенических принадлежностей, включая прокладки;
- ✓ обеспечить надлежащую организацию частой стирки и дезинфекции белья лиц с проблемами психического здоровья, а также, **в связи с этим**, надлежащие рабочие условия сотрудников;
- ✓ осуществлять периодические санитарно-гигиенические работы, в том числе работы по дезинфекции, обеспечивая их надлежащую регистрацию.

5) Обеспечение лиц с проблемами психического здоровья прикроватными тумбами и предоставление им возможности держать вещи в отдельности является основным пред условием личного пространства и, следовательно, частной жизни. В ходе исследований, однако, выяснилось, что не все лица с проблемами психического здоровья обеспечены прикроватными тумбами. Несмотря на наличие определенного количества тумб, они стары, повреждены или сломаны. В итоге, лица, необеспеченные прикроватными тумбами, вынуждены держать свои вещи под кроватью, на полу или на стульях.

В свете вышеизложенного приветствуется тот факт, что, например, во 2-ом отделении Психиатрического центра «Нубарашен» практически все обеспечены прикроватными тумбами, находящимися в хорошем состоянии.

КПП в докладе 2016 года по Армении отметил, что и в женских, и в мужских отделениях ЗАО «Центр психического здоровья Гюмри» не было обеспечено личное пространство, в частности, лица с проблемами психического здоровья не имели

⁴⁷ См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/1680667a9e>, пункт 173.

личного пространства, предоставляющего возможность запираания. КПП предложил властям Армении предпринять необходимые меры для обеспечения всех лиц с проблемами психического здоровья личным пространством, предоставляющим возможность запираания, где они могут держать свои вещи⁴⁸.

Исходя из вышеизложенного, необходимо предоставить всем содержащимся в психиатрических организациях лицам запирающиеся шкафы для хранения личных вещей.

б) Неблагоприятные условия содержания в психиатрических организациях обусловлены в основном проблемами ремонта и реконструкции.

Почти все психиатрические организации нуждаются в ремонтных работах и работах по очистке. Полы больничных палат старые и деревянные (Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер) или бетонные (Психиатрический центр «Нубарашен»).

Шпаклевка стен больничных палат в некоторых местах отошла, на потолках есть трещины и пятна от дождевой воды. Окна старые, алюминиевые, с внутренней стороны покрыты полиэтиленом, с целью сохранения теплового режима (Армашский центр здоровья).

В некоторых психиатрических учреждениях в палатах нет дверей, а при наличии дверей на них отсутствуют стекла или же они заменены полиэтиленом (Психиатрический центр «Нубарашен», Центр психического здоровья «Аван»).

Во время посещений были зафиксированы неудовлетворительные условия искусственного освещения больничных палат. Почти во всех палатах работала всего одна маломощная лампа (Психиатрический центр «Нубарашен», Армашский центр здоровья, Центр психического здоровья Гюмри).

В ремонте нуждаются и санузлы психиатрических организаций, в том числе те, которые предназначены для сотрудников учреждений, находящиеся в неудовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии (Армашский центр здоровья, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Психиатрический центр «Нубарашен»).

В ходе мониторинговых посещений в психиатрических организациях также было зафиксировано, что в санузлах отделений расположены по три или по два туалета азиатского типа, которые не отделены перегородкой. В то же время туалеты расположены на высоте одной ступени над общим полом, что может создать дополнительные трудности для перемещения и поддержания равновесия пациентов, принимающих психотропные препараты (Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Центр психического здоровья «Аван», Психиатрический центр «Нубарашен»). Отсутствуют также унитазы, которые должны обеспечивать

48 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806bf46f>, пункты 121, 122.

возможность пациентов с особыми нуждами пользоваться санузлом (Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Психиатрический центр «Нубарашен»).

Имеются также совмещенные **санузлы и ванные**. В этом случае санузел отделен от секции, предназначенной для купания, одной ступенькой, но не разделен, не обеспечена возможность уединения (6-ое отделение Психиатрического центра «Нубарашен»).

Армашский центр здоровья не обеспечен постоянной питьевой водой. Правда, в психиатрической организации расположены баки для воды, однако они явно недостаточны для удовлетворения потребностей лиц с проблемами психического здоровья.

Стены кухни 1-го женского отделения Психиатрического центра «Нубарашен» местами разрушены и нуждаются в ремонте.

Сторожевой пост, предназначенный для полицейских, осуществляющих контроль зоны безопасности 6-го отделения Психиатрического центра «Нубарашен», находится в неприемлемом состоянии. Там не обеспечены минимальные рабочие условия (площадь около 2 кв. м., покрытый жестью, стены из старой фанеры, дверь и окно сломанные).

Для решения вышеотмеченных проблем необходимо:

- ✓ осуществить в психиатрических организациях, в том числе в санузлах и ваннных комнатах, необходимые работы по реконструкции и ремонтные работы;
- ✓ создать для сотрудников надлежащие рабочие условия.

3.3. Организация купания

Периодическое купание является обязательным условием обеспечения гигиены. Его значимость выше, когда из-за проблем психического здоровья лицо в определенный период содержится в психиатрическом учреждении. Обеспечение такого лица чистой одеждой и постельными принадлежностями имеет важное значение с точки зрения гигиены и его права на охрану здоровья.

Проблемы, связанные с организацией купания лиц с проблемами психического здоровья, а также их одеждой и стиркой, были констатированы практически во всех психиатрических организациях. Так, возможность купания в основном ограничена и организовывается по определенному графику. Например, в женских отделениях Центра психического здоровья Гюмри и Сюникского областного нейропсихиатрического диспансера купание организовывается раз в 10 дней, а в Армашском центре здоровья – один раз в неделю. В Центре психического здоро-

вья «Аван» купание организовывается по вторникам и пятницам с 11:00 по 15:00 часов.

В психиатрических организациях есть также проблема горячего водоснабжения. В некоторых случаях горячая вода доступна в течение ограниченного периода времени, как, например, в Психиатрическом центре «Нубарашен».

Вместе с тем, в исследованных психиатрических организациях зафиксированы также проблемы предоставления гигиенических средств, необходимых для купания лиц с проблемами психического здоровья.

Представленная ситуация неприемлема. Для купания лиц с проблемами психического здоровья необходимо обеспечивать достаточное количество гигиенических средств.

Во время визитов в Армению, а также в ряд других стран КПП, в связи с организацией купания лиц с проблемами психического здоровья, неоднократно призывал к увеличению периодичности купания лиц, содержащихся в местах не-свободы.

В докладе 2007 года по Грузии КПП отметил, что необходимо осуществить ремонтные работы в ванных комнатах психиатрических учреждений, *обеспечить их чистоту, горячее водоснабжение, а также более частую возможность купания для содержащихся лиц*⁴⁹.

Поэтому для решения отмеченных проблем для лиц с проблемами психического здоровья необходимо создать надлежащие условия для купания, обеспечивая возможность более частого купания, исходя из требований гигиены, однако не реже, чем два раза в неделю.

3.4. Обеспечение надлежащего питания

Каждое лицо с проблемами психического здоровья должно получать необходимое и достаточное для своей жизнедеятельности питание. Это включает надлежащую организацию хранения, приготовления, а также предоставления пищи. Зафиксированные по этому поводу проблемы сводятся в основном к следующему.

Во-первых, организация приготовления и предоставления пищи начинается оттуда, где хранятся продукты питания. Очевидно, что качество пищи не может быть обеспечено, если пища хранится в ненадлежащих условиях. В исследуемых складах были зафиксированы случаи, когда продукты питания хранились в неудовлетворительных и антисанитарных условиях (например, Психиатрический центр «Нубарашен»).

Лица с проблемами психического здоровья также получают пищу со стороны

49 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806961c1>, пункт 115.

родственников или других посетителей. В психиатрических учреждениях были зафиксированы неудовлетворительные условия хранения и принесенной родственниками пищи. Эта пища хранится в основном в отделениях. Например, в 6-ом отделении Психиатрического центра «Нубарашен» пища, поступающая в переделах, хранится в расположенном в коридоре старом шкафу. В отделении нет холодильника, поэтому скоропортящиеся продукты хранятся зимой за окном, в пространстве между решеткой.

Сотрудники некоторых психиатрических организаций сообщили, что для мытья посуды им приходится нагревать воду в котлах на газовых плитах (Центр психического здоровья Гюмри, Психиатрический центр «Нубарашен»). Согласно разъяснениям Центра психического здоровья Гюмри по этому поводу, на кухне психиатрической организации установили водонагреватель.

Из-за отсутствия газификации в Армашском центре здоровья в теплые погодные условия обед варится не на кухне, а во дворе, на костре.

Наряду с отмеченным, кухни в некоторых психиатрических учреждениях обеспечены достаточными условиями. Например, на кухне Лорийского психоневрологического диспансера есть газовая плита, вытяжная труба, холодильник, соответствующая мебель. Кухня обеспечена также горячей водой, а посуда на момент посещения была в чистом состоянии. Несмотря на это, та же кухня слишком маленькая и находится на цокольном этаже, где окна также маленькие, в результате чего уровень естественного освещения на кухне низкий.

В отличие от других, кухня Центра психического здоровья «Аван» больше не эксплуатируется. Трехразовое питание обеспечивается посредством другой организации, на договорной основе, и качество снабжаемого питания удовлетворительное.

Другая проблема предоставления пищи относится к количеству пищи и меню. В психиатрических учреждениях, действующих в Республике Армения, минимальные суточные нормы питания для лиц с проблемами психического здоровья установлены приложением N 1, утвержденным постановлением Правительства РА номер 711-Н «Об установлении минимальных суточных норм питания, норм оснащения и сроков их эксплуатации, норм постельных и гигиенических принадлежностей и сроков их эксплуатации для лиц с проблемами психического здоровья, содержащихся в психиатрических организациях» от 26-го мая 2011 года.

В результате рассмотрения меню психиатрических организаций было установлено, что питание некоторых учреждений не соответствует минимальным суточным нормам питания, утвержденным отмеченным постановлением. Так, ситуация, выявленная в психиатрическом центре «Нубарашен», Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере, Лорийском областном психоневрологическом

диспансере, Армашском центре здоровья, относительно несоответствия норм предоставляемого питания минимальным нормам, установленным постановлением Правительства РА номер 711-Н от 26-го мая 2011 года, представлена в приведенной ниже таблице, которая была составлена в результате исследований двухнедельного меню в отмеченных учреждениях.

Продукты питания	Утвержденная законодательством минимальная норма	Периодичность и норма предоставления продуктов питания			
		Армашский центр здоровья	Сюникский обл. н. диспансер	Псих. центр «Нубарашен»	Лорийский обл. Психоневр. диспансер
Яйцо	2 шт. (в неделю)	1 шт. (в неделю)	0	1 шт. (в неделю)	2 шт. (в неделю)
Молоко	200гр. (ежедневно)	1 раз (в неделю)	0	199.2гр. (в течение 2 недель)	0
Сметана	30гр. (ежедневно)	2-3 раза (в неделю)	0	33гр. (в течение 2 недель)	100гр. (только в субботу и воскресенье)
Творог	35гр. (ежедневно)	2-3 раза (в неделю)	0	33гр. (в течение 2 недель)	100гр. (только в субботу и воскресенье)

В дополнение к перечисленным в вышеупомянутой таблице продуктам питания, были зафиксированы также случаи предоставления других продуктов питания в недостаточном количестве и периодичностью. Например, в Армашском центре здоровья свежие фрукты предоставлялись один раз в неделю (вышеупомянутым постановлением Правительства РА предусмотрено ежедневно 200 гр.), а в Психиатрическом центре «Нубарашен» (в течении двух недель) фрукты вообще не выдавались.

Согласно 14-му пункту 3-ей части 6-ой статьи Закона РА «О психиатрической помощи», лица с психическими расстройствами, лечась в психиатрических учреждениях, *в частности, имеют право пользоваться (...) правом на сохранение здоровья, в том числе получать достаточное питание (...)*. Из этого правила прямо вытекает, что лица с проблемами психического здоровья имеют право на необходимое периодическое получение питания достаточного количества и надлежащего качества.

В докладе КПП 2016 года по Молдове по поводу этого вопроса было предложено обеспечить необходимое финансирование для обеспечения лиц с проблемами психического здоровья достаточным количеством разнообразной пищи, в том числе мясом, морепродуктами, свежими овощами и фруктами, а также молочны-

ми продуктами⁵⁰. Таким образом была указана необходимость в предоставлении достаточного количества продуктов питания, а также их разнообразия в течение определенного периода времени.

Из описанных ситуаций и сочетания представленных правовых стандартов становится ясно, что в психиатрических учреждениях предоставление питания лицам с проблемами психического здоровья осуществляется ненадлежащим образом, без соответствия внутригосударственным и международным правовым стандартам. В результате, обеспечение ненадлежащего питания связано с предоставлением однообразного и недостаточного питания.

Тем не менее, по сравнению с предыдущими посещениями в некоторые психиатрические учреждения, качество питания и кухонные условия улучшились (например, в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере и Психиатрическом центре «Нубарашен»).

Следующая проблема – недостаточное количество столов и стульев в столовых. Размещенные столы и стулья не соответствуют числу пациентов. Подобная проблема была зафиксирована в Психиатрическом центре «Нубарашен», Армашском центре здоровья, Центре психического здоровья «Аван», Центре психического здоровья Гюмри, Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере и Варденисском нейропсихологическом доме-интернате. Следует также отметить, что в коридоре подвального этажа Армашского центра здоровья размещены дополнительные столы и стулья, которые по мере необходимости используются лицами с проблемами психического здоровья. Использование коридора в качестве столовой недопустимо, особенно если он не отапливается.

Согласно письменным разъяснениям **Министерства труда и социальных вопросов РА по этому поводу**, отмеченная проблема в **Варденисском** нейропсихологическом доме-интернате решена.

Неприемлем также ограниченный период времени, предназначенный для приема пищи. Например, в Армашском центре здоровья для завтрака, обеда и ужина предназначено по одному часу. По словам сотрудников и пациентов учреждения, первыми столовой пользуются женщины в течение ограниченного времени с длительностью в 20 минут, а затем – мужчины.

Согласно 35-му пункту 8-го общего доклада КПП, питание лиц с проблемами психического здоровья должно быть не только равнозначным в количественном и качественном отношении, но и должно предоставляться пациентам при достаточных условиях. Должны быть обеспечены нормальные условия приема пищи, в связи с этим следует отметить, что **неотъемлемой частью программы социально-психологической реабилитации пациентов является предоставление**

50 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806975da>, пункт 152.

им возможности удовлетворять жизненно важные потребности, в том числе принимать пищу, сидя за столом⁵¹.

Все представленные неблагоприятные условия, несомненно, негативно влияют на здоровье и душевное состояние лиц с проблемами психического здоровья. Для исключения этой неприемлемой ситуации необходимо предпринять следующие меры:

- ✓ на складах хранения продуктов питания, а также во всех местах, где хранятся продукты питания (например, в отделениях), обеспечить надлежащие, в том числе санитарно-гигиенические условия их хранения;
- ✓ создать надлежащие условия для сотрудников, работающих на кухне, в том числе обеспечить горячее водоснабжение;
- ✓ предоставить содержащимся в психиатрических учреждениях лицам меню и минимальные суточные нормы питания, установленные постановлением Правительства РА номер 711-Н от 26-го мая 2011 года;
- ✓ обеспечить многообразие пищи, исключая предоставление однообразной пищи;
- ✓ обустроить столовые психиатрических учреждений, обеспечивая мебельровку, соответствующую числу содержащихся в отделениях лиц, что исключит практику лиц с проблемами психического здоровья есть по очереди или на ногах.

3.5. Уход за лицами с проблемами передвижения

Часть пациентов психиатрических организаций имеет проблемы с передвижением. Для нормальной жизнедеятельности таких лиц требуется специальное оборудование, в том числе инвалидные коляски, которые делают окружающую среду доступной. Их отсутствие негативно влияет как на общее состояние здоровья, так и на душевное состояние.

В некоторых организациях туалеты расположены на высоте одной или несколько ступеней от общего пола санузлов (Психиатрический центр «Нубарашен», Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер). Наличие в санузлах туалетов только азиатского типа не позволяет пациенту на коляске самостоятельно пользоваться ими.

Проблемы содержания лиц с проблемами передвижения в психиатрических организациях не ограничиваются лишь отсутствием возможности пользоваться санузлами. Трудности возникают и в вопросе пользования столовыми. Например, в Армашском центре здоровья пациенты с подобными проблемами не пользуются

51 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/1680696a72>.

столовой, поскольку она находится на подвальном этаже, а лестничная клетка не обеспечена пандусом.

Из-за отсутствия инвалидных колясок и пандусов лица с проблемами передвижения лишены также возможности выходить на прогулку, сталкиваются с проблемами, связанными с передвижением. Количество колясок некоторых психиатрических учреждений не соответствует числу находящихся там лиц с проблемами передвижения (Психиатрический центр «Нубарашен», Армашский центр здоровья), поэтому пациенты вынуждены также проводить большую часть дня в постели.

Следовательно, с целью улучшения описанной ситуации, необходимо:

- ✓ обеспечить лица с проблемами передвижения возможностью пользоваться санузлом, столовой и выходить на прогулку;
- ✓ обеспечить пандусами входы организаций и других мест, необходимых для передвижения в здании.

3.6. Неединая практика сообщения о травмах правоохранительным органам

С точки зрения обеспечения прав и безопасности лиц с проблемами психического здоровья особое значение имеет своевременное информирование правоохранительных органов о зарегистрированных травмах. При этом эффективность работы требует наличия единой практики. Это важно также с точки зрения предупреждения правонарушений.

Мониторинг в психиатрических организациях показал, что в разных учреждениях и даже разных отделениях одного и того же учреждения нет единых подходов. Это является результатом отсутствия единого порядка, разработанного компетентным государственным органом, для регистрации травм в психиатрических организациях и информирования об этом правоохранительных органов.

Так, в приемном отделении Психиатрического центра «Нубарашен» ведется «Журнал регистрации вызовов полиции», а также «Журнал регистрации побегов и травм пациентов», которые заполняет дежурный врач. В отмеченных журналах регистрируются травмы, имевшиеся у лиц с проблемами психического здоровья при приеме в психиатрическое учреждение, а также травмы, возникшие у содержащихся в центре лиц во время дежурства. Журнал регистрации травм и побегов ведется также во всех отделениях. В то же время, травмы лиц с проблемами психического здоровья регистрируются в их историях болезни.

В центре психического здоровья «Аван» травмы пациентов регистрируются в их историях болезни и, как отмечают сотрудники, полиция немедленно уведомляется о любом инциденте. Исследованием истории болезни одного из пациентов во

время посещения выяснилось, что последний поступил в центр 24-го июня 2017 года. Согласно записи дежурного врача в истории болезни, «его кожа и видимые слизистые оболочки были физиологической окраски». Вслед за этой записью дежурного врача почерком, отличным от его почерка, в истории болезни сделана другая запись о том, что на руках и животе отмеченного пациента обнаружены синяки. Вместе с тем следует отметить, что, согласно соответствующей записи, в тот же день отмеченное лицо «проявило в отделении агрессивное поведение», в результате чего было применено физическое сдерживание.

После этого об обнаруженных у пациента синяках, зафиксированных отличающимся почерком в истории болезни 24-го июня 2017 года Аванское отделение Нор-Норкского отдела полиции РА было письменно уведомлено лишь 26-го июня 2017 года.

В ряде других психиатрических учреждений травмы пациентов регистрируются в историях болезни и журналах регистрации травм, об этом сообщается также полиция РА (Центр психического здоровья Гюмри, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер, Лорийский областной психоневрологический диспансер, Варденисский нейропсихологический дом-интернат).

Примечательно также, что, несмотря на отсутствие соответствующих правовых оснований, в Лорийском областном психоневрологическом диспансере журнал регистрации травм предоставляется Ванадзорским отделом Лорийского регионального управления полиции РА, запечатанный печатью полицейского отдела.

Таким образом, необходимо предпринять шаги в направлении надлежащей регистрации травм, имевшихся при поступлении в учреждение, предоставляющие психиатрическую помощь и обслуживание, и травм, полученных там, а также разработать порядок уведомления об этом правоохранительных органов для обеспечения единых правовых правил и практики.

3.7. Прогулки на свежем воздухе

Мониторинг в психиатрических учреждениях позволил выявить системную проблему, связанную с обеспечением прогулок на свежем воздухе лиц с проблемами психического здоровья. Право на прогулку или не обеспечивается надлежащим образом, или пациенты вообще не выводятся на прогулку. По словам лиц с проблемами психического здоровья, а также сотрудников учреждений, для лиц, получающих принудительное лечение, прогулки на свежем воздухе запрещены. Например, во время частной беседы с одним из лиц, получающих принудитель-

ное лечение в Психиатрическом центре «Нубарашен», последний сообщил, что в течение 5-6 месяцев он не выходил на свежий воздух.

В Центре психического здоровья «Аван» не все имеют возможность выходить на прогулку, хотя желание лиц с проблемами психического здоровья выйти на прогулку очень велико. Согласно данным, предоставленным сотрудниками центра, прогулки организовываются там только по разрешению врача, группами из 10 человек, которых сопровождает санитар, в вечернее время с длительностью в 15-40 минут. По данным соответствующего журнала, в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере прогулки на свежем воздухе организовываются в определенные дни, один раз в 3, 5 или 7 дней, в определенное время с длительностью до 70 минут. Более того, из 60 лиц с проблемами психического здоровья на прогулку выходят в лучшем случае 12 человек. Следует также отметить, что женщины и мужчины выходят на свежий воздух в разные дни, и женщины пользуются правом на прогулку с перерывом от 3 до 9 дней, а мужчины – от 5 до 13.

В отличие от отмеченных учреждений, в Армашском центре здоровья многие из лиц с проблемами психического здоровья без преград могут пользоваться правом на прогулку на свежем воздухе и выходят во двор учреждения, когда погодные условия бывают удовлетворительными.

Обеспечение прогулок регистрируется в соответствующих журналах. Так, в журнале регистрации прогулок, который ведется в одном из женских отделений Психиатрического центра «Нубарашен», перед каждым днем есть запись о том, что пациенты отделения выходили на прогулку, за исключением «слабых пациентов и пациентов, получающих принудительное лечение». Из-за подобной практики невозможно выяснить какие пациенты воспользовались правом на прогулку, которые пациенты считаются «слабыми», чье право на прогулку было ограничено и на каком основании.

Подобный подход к лицам с проблемами психического здоровья, получающим принудительное лечение в отделениях общего типа, - недопустим, поскольку право последних гулять на свежем воздухе ограничивается без обоснования. Что касается ограничений права на прогулку лиц с проблемами психического здоровья, то в соответствующих документах (например, в историях болезни) относительно каждого случая ограничения права необходимо делать основательную и исчерпывающую запись.

Журналы в 5-ом и 7-ом отделениях психиатрического центра «Нубарашен» свидетельствуют, что прогулки не организовываются, исходя из «плохих погодных условий», а с октября 2016 года по 12 марта 2017 года в журнале были отмечены слова «отказались», «дождливая погода», «холод», «ветер», «снег», охватывая столбцы, включающие личные данные всех пациентов. Из этих записей становит-

ся очевидно, что лица с проблемами психического здоровья около 6 месяцев не выходили на свежий воздух.

В ходе исследований выяснилось, что журналы регистрации прогулок ведутся не во всех психиатрических учреждениях. Кроме того, имеются проблемы, связанные с ведением и заполнением журналов. Например, в журнале регистрации прогулок Сюникского областного нейropsychиатрического диспансера 9-ое октября заполнено раньше, чем 6-ое октября или имя одного и того же лица в тот же день и тот же час заполнено 2 раза. Это свидетельствует о формальном заполнении журнала, несерьезном отношении к праву на прогулки на свежем воздухе. В этом плане необходимо обеспечить надлежащее ведение журналов регистрации прогулок лиц с проблемами психического здоровья на свежем воздухе.

Право лиц с проблемами психического здоровья на прогулку закреплено в Законе РА «О психиатрической помощи», согласно 15-му пункту 3-ей части 6-ой статьи которого, лица с психическими расстройствами, лечащиеся в психиатрической организации, имеют право на отдых, включая прогулку (...).

Согласно КПП, «психиатрическое лечение должно основываться на индивидуальном подходе (...). Пациентам должен быть обеспечен регулярный доступ в специально оборудованные комнаты отдыха, и они должны иметь возможность ежедневно гулять на свежем воздухе⁵²».

В Законе РА «О психиатрической помощи» не предусмотрен порядок организации прогулок на свежем воздухе, что также может стать причиной возникновения проблем в связи с обеспечением прогулок на свежем воздухе.

Исходя из исследований вышеописанных ситуаций, международных стандартов и требования реализации права, закрепленного внутригосударственным законодательством, необходимо:

- ✓ обеспечить надлежащую реализацию установленным законом права лиц с проблемами психического здоровья ежедневно гулять на свежем воздухе, учитывая, что отмеченное право не должно быть ограничено лишь потому, что лицо имеет проблему психического здоровья или когда-то совершило запрещенное законом деяние;
- ✓ обеспечить констатацию каждого случая ограничения прав лиц, содержащихся в психиатрических учреждениях, в конкретном случае – право гулять на свежем воздухе, с соответствующим обоснованием.

3.8. Занятость

Обеспечение занятости лиц с проблемами психического здоровья особенно

52 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/1680696a72>, пункт 37.

важно с точки зрения их душевного состояния, а также лечения.

При проведении мониторинга в психиатрических учреждениях была рассмотрена занятость лиц с проблемами психического здоровья.

В частности, основным средством занятия в психиатрических учреждениях является, по сути, телевизор, который обычно размещается в коридорах отделений или комнатах для отдыха (Психиатрический центр «Нубарашен», Центр психического здоровья «Аван», Центр психического здоровья Гюмри, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер).

У некоторых лиц с проблемами психического здоровья есть большое желание читать книги, однако в учреждениях нет библиотек или книг. Например, некоторые лица, содержащиеся в Центре психического здоровья «Аван», имеют при себе книги, которые им передали родственники.

В некоторых психиатрических учреждениях нет комнат для отдыха и занятий (Психиатрический центр «Нубарашен», Центр психического здоровья «Аван»). Между тем важно, что в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере, например, лица с проблемами психического здоровья пользуются недавно построенной комнатой для занятий – поют, играют или тренируются. Инициатива строительства подобной комнаты для занятий, конечно, приветствуется. Однако не все лица с проблемами психического здоровья имеют возможность пользоваться ею, поскольку им не предоставляется возможность выходить из отделения.

В докладе 2016 года по Армении КПП отметил, что «психиатрические организации практически полностью основаны на фармакотерапии и сдерживании распространения болезней без какой-либо физической и социальной реабилитации, видов занятий и творческой деятельности (...)»⁵³. В докладе 2006 года по Словакии КПП отметил, что «необходимо предпринять шаги в направлении обеспечения лиц с проблемами психического здоровья в большей мере целевыми занятиями»⁵⁴.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что в психиатрических учреждениях имеется проблема обеспечения занятости лиц с проблемами психического здоровья. Для ее решения необходимо:

- ✓ выделить в психиатрических учреждениях комнаты для организации отдыха и занятий;
- ✓ добавить виды целевых занятий или создать дополнительные возможности (например, библиотеку) для лиц с проблемами психического здоровья.

3.9. Связь с внешним миром

53 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/16806bf46f>, пункт 124.

54 См. Веб-страницу: <https://rm.coe.int/1680697da1>, пункт 92

Лица с проблемами психического здоровья, содержащиеся в психиатрических учреждениях, в плане поддержания связи с внешним миром находятся в уязвимом положении, поскольку, находясь в учреждении в течение длительного периода времени, по сути, теряют связь со своими родственниками и изолируются от общества. В действительности же поддержание связи с внешним миром имеет важное значение для душевного состояния лиц с проблемами психического здоровья и для того, чтобы они не чувствовали себя покинутыми.

В плане поддержания связи с внешним миром были зафиксированы проблемы относительно переписки и посещений.

По поводу переписки, а также возможности заявлений-жалоб лиц с проблемами психического здоровья следует отметить, что практически во всех психиатрических учреждениях отсутствуют ящики для жалоб и предложений.

Согласно письменным разъяснениям Министерства труда и социальных вопросов РА по поводу отмеченного, во всех отделениях Варденисского нейропсихологического дома-интерната после посещения были размещены ящики для заявлений, жалоб и предложений, а также была разработана процедура открытия ящиков и регистрации заявлений.

В соответствии с 1-ым и 18-ым пунктами 3-ей части 6-ой статьи Закона РА «О психиатрической помощи», лица с психическими расстройствами, лечатся в психиатрических учреждениях, *имеют право вести переписку и лично или с помощью защитника или законного представителя путем заявлений, жалоб относительно нарушения их свобод и защиты установленных законом прав на обследование, лечение, выписку, обращаться в суд, прокуратуру, а также к руководителю психиатрической организации, вышестоящему органу, , Защитнику прав человека, государственным органам и органам местного самоуправления, общественным организациям и партиям, средствам массовой информации, а также международным органам или организациям по защите прав и свобод человека.*

Отсутствие ящиков для жалоб и предложений в психиатрических учреждениях и соответствующих процедур их ведения естественно препятствует надлежащей реализации вышеуказанного права.

Вместе с тем, в Варденисском нейропсихологическом доме-интернате, например, после мониторингового посещения представителей подразделения национального превентивного механизма были предприняты похвальные меры. Во всех отделениях были размещены ящики для **заявлений, жалоб и предложений, а также была разработана процедура открытия ящиков и регистрации заявлений.**

Проблемы по поводу телефонной связи связаны в основном с отсутствием таксофонов и телефонов в отделениях психиатрических учреждений (Пси-

психиатрический центр «Нубарашен», Армашский центр здоровья, Центр психического здоровья Гюмри) или их неисправностью (Центр психического здоровья «Аван», **Психиатрический центр «Нубарашен»**).

Еще одна проблема в психиатрических учреждениях связана с запретом хранения при себе мобильных телефонов для лиц с проблемами психического здоровья. Они хранятся у сотрудников учреждения. Например, в Психиатрическом центре «Нубарашен» и Центре психического здоровья «Аван» при необходимости позвонить родственникам лицам с проблемами психического здоровья предоставляются их личные телефоны, которые содержатся у сотрудников, а именно - у медсестер.

В Центре психического здоровья Гюмри и Армашском центре здоровья лица с проблемами психического здоровья в необходимых случаях пользуются городским телефоном, находящимся в кабинете медсестры. В Армашском центре здоровья сотрудники предоставляют лицам с проблемами психического здоровья свои личные мобильные телефоны. В Варденисском нейропсихологическом доме-интернате пациенты одного из отделений звонят своим родственникам с мобильного телефона социального работника, поскольку другого телефона, предназначенного для этой цели, в отделении нет.

Во всех описанных случаях реализация права лиц с проблемами психического здоровья пользоваться телефонной связью ставится в зависимость от сотрудников учреждения, **в качестве лишения с точки зрения обеспечения связи с родственниками. Это может привести к злоупотреблениям, поскольку и без этого сфера не имеет правового регулирования.**

Иная ситуация в Сюникском областном нейропсихиатрическом диспансере. Здесь в отделениях лицо с проблемами психического здоровья может иметь при себе мобильный телефон и устанавливать связь, например, с родственниками. Таксофон расположен на первом этаже, доступность которого для лиц с проблемами психического здоровья проблематична, поскольку последние не имеют возможности самостоятельно выходить из отделения и, фактически, пользоваться телефонной связью.

В том же учреждении случаи ограничения права лиц с проблемами психического здоровья пользоваться телефонной связью по мере необходимости не регистрируются в письменной форме. В действительности же каждый случай ограничения права должен получить обоснованную и исчерпывающую фиксацию в медицинских документах последних.

Следует отметить, что право лиц с проблемами психического здоровья пользоваться телефонной связью закреплено в Законе РА «О психиатрической помощи», в соответствии со 2-ым пунктом 3-ей части 6-ой статьи которого, лечащиеся в

психиатрических учреждениях лица с психическими расстройствами имеют право пользоваться телефонной связью. Более того, приложением к тому же закону устанавливаются стандарты для реализации отмеченного права, согласно которым, психиатрические учреждения размещают на своей территории как минимум один таксофон на месте, доступном лицам с психическими расстройствами.

Из вышеизложенного становится ясно, что реализация права пользования телефонной связью на практике обеспечивается ненадлежащим образом.

Что касается организации посещений, то проблемы здесь связаны с размерами или меблировкой комнат посещений или отсутствием комнат. Например, в комнате посещений 7-го отделения Психиатрического центра «Нубарашен» есть 1 стол и 3 стула, а искусственное освещение отсутствует. В Армашском центре здоровья не предусмотрена комната посещений. Посещения организуются во дворе или находящемся в вестибюле зале развлечений.

Следующая проблема по поводу посещений касается круга других лиц, присутствующих на свидании лиц с проблемами психического здоровья с посетителями. Свидания проходят в основном в присутствии санитаря или медсестры (Армашский центр здоровья, Сюникский областной нейропсихиатрический диспансер), но, например, в 6-ом и 7-ом отделениях Психиатрического центра «Нубарашен» на свиданиях присутствует также сотрудник службы безопасности, который является полицейским служащим. Участие сотрудника службы безопасности или полицейского на свиданиях не может быть оправдано.

Отдельным вопросом является также ограниченный график, предусмотренный для посещений. Например, в Психиатрическом центре «Нубарашен» посещения предоставляются лишь по будням в течение определенного периода времени, а именно – с 10-и по 16 часов, а в выходные дни посещения вообще запрещены. Отмеченный график может создать дополнительные трудности для родственников лиц, получающих лечение и проходящих судебно-медицинскую экспертизу в 6-ом и 7-ом отделениях, которые не имеют возможности посещать своих родственников по выходным или даже после рабочего дня.

Следует отметить, что в соответствии с 3-им пунктом 3-ей части 6-ой статьи Закона РА «О психиатрической помощи», для лиц с проблемами психического здоровья предусматривается право встречи с посетителями. 2-ым пунктом 2-ой главы приложения к указанному закону определяется, что лиц, признанных недееспособными или ограниченно дееспособными, а также несовершеннолетних пациентов во время встречи с посетителями, при соответствующих медицинских показаниях, по поручению врача сопровождает медсестра данного отделения, о чем в соответствующих медицинских документах делается запись.

Следовательно, получается, что на встречах с лицами с проблемами психиче-

ского здоровья сотрудники учреждения не должны присутствовать, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Таким образом, права лиц с проблемами психического здоровья на переписку, адресованные заявлений-жалоб, пользование телефонной связью, а также посещения на практике не обеспечиваются. Поэтому необходимо:

- ✓ разместить в отделениях ящики, предусмотренные для заявлений-жалоб и предложений, установить процедуру их открытия, регистрации и отправки адресату, обеспечивая для лиц с проблемами психического здоровья возможность написания заявлений-жалоб с соблюдением конфиденциальности, а также на отмеченных ящиках или другом видимом месте поместить информацию относительно написания заявлений-жалоб;
- ✓ обеспечить полноценную реализацию права лиц с проблемами психического здоровья пользоваться телефонной связью;
- ✓ организовывать посещения лиц с проблемами психического здоровья в меблированных, отделенных и благоустроенных надлежащим образом комнатах;
- ✓ посредством индивидуального подхода разработать гибкий график предоставления посещений, предусматривая их возможность также и в нерабочие дни и нерабочее время;
- ✓ фиксировать в соответствующем документе (например, в истории болезни) надлежащее обоснование ограничения права пользоваться телефонной связью, обеспечивая ограничение права лиц с проблемами психического здоровья пользоваться телефонной связью в кратчайших и исключительных случаях;
- ✓ исключить на встречах присутствие сотрудников психиатрических организаций без основательной причины.

3.10. Паспорта и пенсии

Как любой гражданин Республики Армения, так и лица с проблемами психического здоровья, имевшие гражданство Республики Армения, имеют право на получение паспорта гражданина Республики Армения. Положения о паспортах закреплены в Законе РА «О паспортах гражданина Республики Армения». В соответствии с 4-ой статьей указанного закона, гражданин получает паспорт добровольно, независимо от возраста.

В связи с этим были зафиксированы проблемы, связанные с предоставлением паспортов лицам с проблемами психического здоровья. Так, часть лиц, содержащихся в обсуждаемых психиатрических учреждениях, не имеет паспорта гражд-

данина Республики Армения, в результате чего лишена возможности реализации ряда предусмотренных законом прав (Психиатрический центр «Нубарашен»). Из-за неимения паспорта лица с проблемами психического здоровья лишены, в частности, права получения пенсии, поскольку вследствие неимения паспорта в их отношении невозможно установить группу инвалидности. В результате, вышеуказанные лица с проблемами психического здоровья не могут получать трудовую пенсию, в том числе возрастную и по инвалидности.

Вместе с тем, в психиатрических учреждениях отсутствуют механизмы предоставления пенсий лицам с проблемами психического здоровья и их самостоятельного владения последними. В Армашском центре здоровья, по утверждению лиц с проблемами психического здоровья, получающих пенсию, часть полученной суммы они хранят у себя, а остальную дают сотруднику центра «для хранения в их учреждении».

Решению указанной проблемы могут способствовать, например, предусмотрение соответствующих журналов и определение строгого контроля за их ведением, размещение банкоматов вблизи психиатрических учреждений и так далее.

Отсутствие механизмов предоставления пенсий лицам с проблемами психического здоровья и их самостоятельного владения может привести к злоупотреблениям. Для исключения подобного злоупотребления, а также решения паспортной проблемы необходимо:

- ✓ обеспечить лиц с проблемами психического здоровья паспортами;
- ✓ разработать механизмы предоставления пенсий лицам с проблемами психического здоровья и их самостоятельного владения последними, исключая возможные злоупотребления.