

**ЄВРОПЕЙСЬКИЙ КОМІТЕТ З ПИТАНЬ ЗАПОБІГАННЯ  
КАТУВАННЯМ ЧИ НЕЛЮДСЬКОМУ АБО ТАКОМУ, ЩО  
ПРИНИЖУЄ ГІДНІСТЬ, ПОВОДЖЕННЮ ЧИ ПОКАРАННЮ  
(ЄКПТ)**

Страсбург, 19 листопада 2025 р.

**ДОПОВІДЬ**

**ДЛЯ УРЯДУ УКРАЇНИ  
ЩОДО ЗДІЙСНЕНОГО ВІЗИТУ В УКРАЇНУ  
ЄВРОПЕЙСЬКОГО КОМІТЕТУ З ПИТАНЬ ЗАПОБІГАННЯ КАТУВАННЯМ ЧИ  
НЕЛЮДСЬКОМУ АБО ТАКОМУ, ЩО ПРИНИЖУЄ ГІДНІСТЬ, ПОВОДЖЕННЮ ЧИ  
ПОКАРАННЮ (ЄКПТ)**

**З 26 ТРАВНЯ ПО 6 ЧЕРВНЯ 2025 РОКУ**

---

Доповідь прийнято 7 листопада 2025 р.

## Зміст

### **ПРІОРИТЕТИ ДЛЯ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МІНІСТЕРСТВА СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ**

#### **РЕЗЮМЕ ДОПОВІДІ**

##### **I. ВСТУП**

**A. Візит, доповідь та подальші дії**

**B. Консультації, проведені делегацією, та співпраця**

##### **II. ФАКТИ, ВИЯВЛЕНІ ПІД ЧАС ВІЗИТУ, ТА ЗАПРОПОНОВАНІ ЗАХОДИ**

###### **A. Психіатричні заклади**

1. Попередні зауваження
2. Жорстоке поводження
3. Умови проживання пацієнтів
4. Персонал та лікування
5. Засоби обмеження свободи
6. Заходи безпеки

###### **B. Заклади соціального захисту**

1. Попередні зауваження
2. Жорстоке поводження
3. Умови проживання підопічних
4. Персонал та лікування
5. Засоби обмеження свободи
6. Заходи безпеки

#### **ДОДАТОК**

#### **ПЕРЕЛІК НАЦІОНАЛЬНИХ ОРГАНІВ ВЛАДИ, ІНШИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА НЕУРЯДОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ, З ЯКИМИ ДЕЛЕГАЦІЯ ЄКПТ ПРОВЕЛА КОНСУЛЬТАЦІЇ**

## **ПРІОРИТЕТИ ДЛЯ МІНІСТЕРСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ**

(на основі висновків делегації ЄКПТ):

1. Продовжувати реалізацію відповідних стратегій деінституалізації
2. Продовжувати реконструкцію психіатричних та закладів соціального захисту
3. Прагнути наймати більше кваліфікованого соціально-терапевтичного персоналу та розширювати спектр методів лікування, окрім фармакотерапії
4. Припинити використання засобів обмеження свободи в закладах соціального захисту
5. Забезпечити належну, вільну та інформовану згоду на розміщення та лікування для всіх офіційно добровільних пацієнтів та підопічних.

## РЕЗЮМЕ ДОПОВІДІ

Метою цього візиту, другого з початку повномасштабної військової агресії Російської Федерації в лютому 2022 року, було вивчення умов тримання та лікування осіб, госпіталізованих та тих, що перебувають на лікуванні проти їхньої волі в психіатричних лікарнях, а також осіб, які перебувають у закладах соціального захисту для осіб з інвалідністю та людей похилого віку. Делегація відвідала психіатричні лікарні у Львові (Кульпарківська лікарня), Орлівці (Сарни) та Глевасі (Київська область), а також Грушівський інтернат (Львівська область), Вінницький пансіонат для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю та Барабойський інтернат (Одеська область).

ЄКПТ з особливим задоволенням відзначає, що, незважаючи на надзвичайно складну ситуацію, що склалася в Україні, делегація протягом усього візиту отримувала відмінну співпрацю на всіх рівнях.

### Психіатричні заклади

Делегація не отримала жодних повідомлень про фізичне жорстоке поводження з боку персоналу в жодній із відвіданих лікарень. Загалом атмосфера була спокійною, і делегація спостерігала добрі стосунки між персоналом та пацієнтами. Щодо насильства між пацієнтами, то конфлікти іноді траплялися, але вони не були серйозною проблемою в жодній із лікарень, а персонал втручався швидко та адекватно, коли такі конфлікти виникали.

У відвіданих лікарнях умови проживання були різними. Найкращі (тобто хороші) умови спостерігалися у вже відремонтованих палатах у Львові та Глевасі, де пацієнти проживали у менших, добре мебльованих, оформлених та індивідуалізованих кімнатах. Більшість палат у Львові та Глевасі, хоч і не відповідали таким високим стандартам, все ж забезпечували гідні умови проживання. Найгірші (тобто досить погані) умови були виявлені у відділенні № 2 у Львові, відділеннях № 2, 3 та 4 в Орлівській психіатричній лікарні, а також у судово-медичних палатах та палаті № 18 у Глевасі, де були вузькі та тісні спальні, а також відсутність приміщень, що замикаються, приватності та індивідуалізації. У трьох лікарнях тривали ремонтні роботи, і було очевидно, що керівництво цих закладів планувало і мало намір поступово привести умови проживання до рівня, який вже був досягнутий у відремонтованих палатах. ЄКПТ не може не заохочувати українські органи влади продовжувати ці зусилля, які також повинні дозволити, з часом, збільшити простір для проживання кожного пацієнта у всіх палатах.

Кадровий склад медичного персоналу в цілому видавався достатнім. Однак у трьох лікарнях, переважно в Орлівці та Глевасі, були вакантні посади; Комітет закликає українські органи влади докласти зусиль для їх заповнення. На відміну від задовільної кадрової ситуації щодо лікарів, медсестер та санітарів, психологів та іншого терапевтичного персоналу, такого як ерготерапевти та фізіотерапевти, було загалом замало. Так само не вистачало соціальних працівників.

У трьох психіатричних лікарнях, які відвідав Комітет, лікування в основному базувалося на фармакотерапії, яка загалом була адекватною, хоча в Орлівці дозування та комбінація призначених ліків іноді були досить високими. Інші психосоціальні терапевтичні заходи були доступні в Глевасі та в більшості відділень у Львові, але в Орлівці їх було недостатньо.

Комітет закликає українські органи влади докласти серйозних зусиль для подальшого розвитку спектру терапевтичних можливостей та залучення більшої кількості пацієнтів до реабілітаційних психосоціальних заходів; для цього необхідно найняти більш кваліфікований персонал (психологів, ерготерапевтів, фізіотерапевтів, соціальних працівників тощо).

Усі пацієнти лікарень в Орлівці та Глевасі мали можливість щонайменше дві години на день проводити на свіжому повітрі в належних умовах, тоді як у Львові це було неможливо. Комітет рекомендує вжити невідкладних заходів для виправлення цієї ситуації. Загалом, метою має бути забезпечення всіх пацієнтів необмеженим доступом до прогулянок на свіжому повітрі протягом дня, за винятком випадків, коли лікування вимагає їхньої присутності у відділенні.

Ізоляція не застосовувалася в жодній з відвіданих психіатричних лікарень. Що стосується механічного обмеження (фіксації), то воно застосовувалося нечасто, і коли застосовувалося, то як крайній захід і завжди на короткий термін. Однак, хоча використання фіксації загалом було добре задокументовано, централізованих реєстрів все ще не було (лише реєстри на рівні відділень). Крім того, використання хімічних засобів обмеження не реєструвалося у вищезазначених реєстрах в жодній з лікарень. Головною проблемою, що викликала занепокоєння в Кульпарківській та Орлівській психіатричних лікарнях було те, що, на відміну від психіатричної лікарні в Глевасі, пацієнтів часто фіксували на очах у інших пацієнтів. Крім того, в Кульпарківській психіатричній лікарні делегація спостерігала, що медичний персонал іноді просив поліцейських допомогти їм зафіксувати пацієнта. ЄКПТ рекомендував вжити заходів для усунення вищезазначених недоліків.

Діюче законодавство щодо примусової госпіталізації та лікування в психіатричних лікарнях, як видається, на практиці дотримувалося належним чином як стосовно «цивільних», так і щодо пацієнтів, які перебували на судово-медичній експертизі. Делегація вивчила кілька адміністративних/юридичних справ пацієнтів у відвіданих лікарнях і дійшла висновку, що не було затримок у контексті первинного розміщення «цивільних» пацієнтів, які перебували на примусовому лікуванні (у Львові), та продовження запобіжних заходів (відповідно до статті 508 Кримінального процесуального кодексу) для пацієнтів, які перебували на судово-медичній експертизі в Орлівці та Глевасі. Для пацієнтів, які перебували на судово-медичній експертизі, в Орлівці кожні 6 місяців проводилися огляди психіатричною комісією лікарні, але часто в самому кінці шестимісячного періоду (хоча закон передбачав «не рідше ніж кожні 6 місяців»), а потім іноді виникали затримки (від 10 до 40 днів) у винесенні рішення судом. На відміну від цього, у Глевасі психіатрична комісія лікарні мала практику надсилати свої рекомендації до суду заздалегідь, щоб запобігти таким затримкам у прийнятті судових рішень. Комітет рекомендує запровадити аналогічну практику в Орлівській психіатричній лікарні.

Позитивним моментом є те, що всі пацієнти – як «цивільні», так і ті, які перебували на судово-медичній експертизі – мали доступ (переважно *за статусом*) до правничої допомоги, і завжди відбувалося судове засідання.

Усі «цивільні» пацієнти після прибуття до лікарні отримували від лікаря, який їх приймав, бланки згоди з трьома підписами, в яких вони підтверджували свою згоду на госпіталізацію, проходження діагностичних процедур та отримання будь-якого лікування, призначеного лікарями лікарні. Однак ЄКПТ має сумніви щодо того, наскільки дійсно вільною та інформованою часто була така згода. Комітет рекомендує вжити заходів для забезпечення того, щоб «цивільні» пацієнти завжди мали можливість дати свою вільну та інформовану згоду як на госпіталізацію, так і на лікування.

Зрештою, позитивним є те, що, як правило, пацієнти мали хороші можливості для відвідування їх родичами та друзями, а також мали доступ до телефону та контрольований доступ до Інтернету. Однак, хоча в трьох лікарнях формально існували внутрішні процедури розгляду скарг, в делегації склалося враження, що ці процедури не працювали дуже ефективно. Комітет рекомендує вжити заходів для поліпшення функціонування внутрішніх систем розгляду скарг у трьох психіатричних лікарнях, які були відвідані.

## Заклади соціального захисту

Делегація не отримала жодних достовірних повідомлень про навмисне фізичне жорстоке поводження з підопічними з боку персоналу відвіданих закладів соціального захисту. Загальна атмосфера та відносини між персоналом і підопічними видавалися досить спокійними. Щодо насильства між підопічними, то конфлікти між ними траплялися час від часу, але персонал швидко та адекватно на них реагував. ЄКПТ позитивно оцінює це.

У відремонтованих частинах відвіданих закладів умови проживання були загалом добрими. Натомість умови у (ще) не відремонтованих приміщеннях були поганими, особливо на 2-му та 4-му поверхах 2-го відділення Вінницького пансіонату, а також у всіх приміщеннях для проживання підопічних Барабойського інтернату, де кімнати були досить занедбаними і часто вузькими. Ситуацію погіршувала переповненість деяких відділень. Найгірші умови спостерігалися в кімнатах та спальнях, де проживали лежачі підопічні, наприклад, у відділенні №2 у Вінниці, де бракувало приватного простору та приміщень, що замикаються. У трьох відвіданих закладах соціального захисту керівництво докладало значних зусиль для пошуку фінансування з метою подальшого поліпшення умов проживання. ЄКПТ може лише заохочувати ці зусилля з метою якнайшвидшого завершення ремонту всіх решти приміщень для проживання підопічних.

Що стосується прогулянок на свіжому повітрі, то більшість підопічних могли вільно пересуватися протягом дня на великих зелених територіях закладів. Доступ був більш проблематичним для лежачих підопічних та підопічних з обмеженою рухливістю. Комітет рекомендує вжити заходів для надання підопічним з обмеженою рухливістю належної допомоги персоналу, щоб вони могли дістатися до місць для прогулянок на свіжому повітрі у трьох відвіданих закладах соціального захисту.

Що стосується медичного персоналу, то три відвідані заклади соціального захисту явно отримали б переваги від збільшення кількості лікарів, медсестер та санітарів. Однак найбільшою проблемою була недостатня кількість іншого терапевтичного та реабілітаційного персоналу. Жоден із закладів соціального захисту не мав у штаті психолога чи повністю кваліфікованого ерготерапевта; крім того, було дуже мало соціальних працівників, і лише у Вінницькому пансіонаті працював штатний фізіотерапевт. Комітет рекомендує докласти зусиль для поліпшення кадрової ситуації у відвіданих закладах соціального захисту.

Що стосується лікування, яке надається підопічним, то воно в основному базувалося на фармакотерапії з обмеженим асортиментом переважно антипсихотичних препаратів першого покоління. Крім того, асортимент інших психосоціальних терапій та заходів, що пропонувалися, був досить обмеженим. Комітет рекомендує вжити заходів для розвитку психосоціальної терапії та інших заходів для підопічних відвіданих закладів соціального захисту.

ЄКПТ вважає, що, як правило, засоби обмеження свободи не повинні застосовуватися в закладах соціального захисту. Політика повинна полягати в поступовому припиненні їх використання та заміні альтернативними методами, такими як техніки деескалації, для застосування яких персонал, що працює в таких закладах, повинен пройти відповідне навчання. У тих рідкісних випадках, коли підопічний стає збудженим і не заспокоюється, незважаючи на застосування персоналом технік деескалації, звичайною процедурою має бути виклик швидкої допомоги з метою негайного переведення підопічного до більш відповідного медичного закладу. ЄКПТ рекомендує українським органам влади змінити свій підхід до застосування засобів обмеження свободи в закладах соціального захисту з урахуванням вищезазначених зауважень.

Делегація зазначила, що в трьох відвіданих закладах соціального захисту загалом належним чином дотримувалися законодавчих вимог, зокрема щодо укладення «договорів» між підопічними (або їхніми опікунами) та директорами закладів, а також проведення оглядів

медичними комісіями та районними медико-соціальними експертними комісіями. Однак, як і раніше, підопічним, як правило, не надавали копію «договору», а персонал зазвичай не пояснював підопічним значення та зміст «договорів». ЄКПТ закликає українські органи влади забезпечити, щоб підопічні закладів соціального захисту (в тому числі ті, хто є юридично недієздатними) систематично отримували копію «договору», підписаного з директором закладу, та інформацію, у зрозумілій для них формі, про значення «договору» та їхнє право вимагати виписки із закладу.

Комітет стурбований тим, що, незважаючи на його попередні неодноразові рекомендації, у трьох відвіданих закладах соціального захисту функції опікуна багатьох недієздатних підопічних виконував директор закладу. ЄКПТ знову закликає українські органи влади шукати альтернативні рішення, які б краще гарантували незалежність та неупередженість опікунів.

Що стосується скарг, підопічні могли, *серед іншого*, подавати скарги онлайн та телефоном до Омбудсмана. Однак, наскільки делегація могла встановити, офіційних внутрішніх процедур подання скарг та реєстрів скарг не було. Комітет рекомендує вжити заходів для забезпечення інформування підопічних про можливості подавати скарги як внутрішньо, так і зовні, на конфіденційній основі.

Що стосується контактів із зовнішнім світом, підопічні могли приймати відвідувачів без обмежень. Однак підопічні, які не мали власних мобільних телефонів, не мали доступу до телефону (або мали дуже обмежений доступ). ЄКПТ повторно рекомендує вжити заходів для полегшення доступу до телефону підопічним, які не мають власних мобільних телефонів.

## I. ВСТУП

### A. Візит, доповідь та подальші дії

1. Відповідно до статті 7 Європейської конвенції про запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню (далі – Конвенція), делегація ЄКПТ здійснила візит до України з 26 травня по 6 червня 2025 року. Це був другий візит ЄКПТ до України з початку повномасштабної військової агресії Російської Федерації в лютому 2022 року. Попередній візит відбувся в жовтні 2023 року.<sup>1</sup>

Цей візит був таким, який, на думку Комітету, «був необхідним за даних обставин» (див. п. 1 ст. 7 Конвенції), і його метою було вивчення поводження та умов тримання осіб, госпіталізованих та тих, що перебувають на лікуванні проти їх волі в психіатричних лікарнях, а також осіб, які проживають у закладах соціального захисту («інтернатах» та «пансіонатах») для осіб з інвалідністю та людей похилого віку. У цьому контексті ЄКПТ також оцінив виконання своїх попередніх рекомендацій з цих питань, викладених у доповідях про періодичний візит 2017 року<sup>2</sup> та спеціальний візит 2019 року<sup>3</sup>. Це був вісімнадцятий візит Комітету до України<sup>4</sup>.

2. Візит здійснили такі члени ЄКПТ:

- Віктор Захарія, голова делегації
- Довіле Юодкайте
- Олександр Мінчев
- Джейхун Караджаєв.

Їх супроводжували Борис Водз (керівник відділу) та Моніка Мартінес, з Секретаріату ЄКПТ, а також асистували:

- Андрес Лехметс, керівник психіатричної клініки Тартуської університетської лікарні, Естонія (експерт)
- Дмитро Копилов (перекладач)
- Олександр Марценюк (перекладач).

3. Делегація відвідала психіатричні лікарні у Львові (Кульпарківська лікарня), Орлівці (Сарни) та Глевасі (Київська область), а також Грушівський інтернат (Львівська область), Вінницький пансіонат для людей похилого віку та осіб з інвалідністю та Барабойський інтернат (Одеська область).

4. Доповідь про візит була прийнята ЄКПТ на його 118-му засіданні, яке відбулося з 3 по 7 листопада 2025 року, і передана українським органам влади 19 листопада 2025 року. У цій доповіді окремі рекомендації, зауваження та запити Комітету про надання інформації виділені жирним шрифтом. ЄКПТ просить українські органи влади протягом трьох місяців надати відповідь, що міститиме повний звіт про заходи, вжиті ними для виконання рекомендацій Комітету, та відповіді на коментарі та запити про надання інформації, сформульовані в цій доповіді.

<sup>1</sup> <https://www.coe.int/en/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-cpt-visits-ukraine>.

<sup>2</sup> Документ ЄКПТ/Inf(2018) 41, <http://rm.coe.int/16808d2c2a>.

<sup>3</sup> Документ ЄКПТ/Inf(2020) 1, <https://rm.coe.int/1680997b34>.

<sup>4</sup> Повний перелік візитів та їхні дати див. на веб-сайті ЄКПТ, <https://www.coe.int/en/web/cpt/ukraine>. Усі доповіді Комітету та відповіді українських органів влади на сьогоднішній день є у відкритому доступі на прохання органів влади та відповідно до процедури автоматичної публікації, запровадженої українськими органами влади у 2014 році. Згідно з цією процедурою, всі документи, пов'язані з візитами ЄКПТ, публікуються автоматично, якщо українські органи влади протягом місяця не подають запит про відтермінування (на строк до шести місяців) публікації відповідного документа.

## **В. Консультації, проведені делегацією, та співпраця**

5. Під час візиту делегація провела консультації з Ігорем Кузіним, заступником Міністра охорони здоров'я, Іриною Постоловською, заступницею Міністра соціальної політики, та високопосадовцями згаданих міністерств.

Крім того, відбулися зустрічі з Артемом Володіним, директором Департаменту з питань реалізації Національного превентивного механізму (НПМ) Управління Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (Омбудсмана). Делегація також зустрілася з представниками неурядових організацій, які працюють у сферах, що становлять інтерес для ЄКПТ.

Перелік державних органів влади та неурядових організацій, з якими делегація провела консультації, наведено в додатку до цієї доповіді.

6. ЄКПТ з особливим задоволенням відзначає, що, незважаючи на надзвичайно складну ситуацію, що склалася в Україні, делегація протягом усього візиту користувалася чудовою співпрацею на всіх рівнях. Вона отримала швидкий доступ до всіх установ, які мала намір відвідати, була забезпечена інформацією, необхідною для виконання свого завдання, та мала можливість провести приватні бесіди з особами, позбавленими волі.

У цьому контексті Комітет хотів би висловити особливу вдячність за допомогу, надану до та під час візиту ЄКПТ контактним особам з Міністерства юстиції Світлані Рогозянській, а також її заступнику Владиславу Клиші.

## II. ФАКТИ, ВИЯВЛЕНІ ПІД ЧАС ВІЗИТУ, ТА ЗАПРОПОНОВАНІ ЗАХОДИ

### A. Психіатричні заклади

#### 1. Попередні зауваження

7. Як уже згадувалося у пункті 3 вище, делегація відвідала психіатричні лікарні у Львові (Кульпарківська лікарня), Орлівці (Сарни) та Київській області (Глеваха); візит до Глевахівської лікарні мав характер повторного відвідування, оскільки ЄКПТ вже відвідував її раніше, у 2017 році<sup>5</sup>.

Львівська обласна психіатрична лікарня (далі – Кульпарківська психіатрична лікарня), відкрита в 1875 році, складалася з декількох будівель, розташованих на території парку площею 16 гектарів; як будівлі, так і парк були під охороною закону як пам'ятки архітектури. На момент візиту лікарня мала офіційну місткість 553 ліжка і розміщувала 490 дорослих пацієнтів, включаючи близько 160 військовослужбовців, які проходили короткострокове лікування ПТСР<sup>6</sup>. Решта приблизно 330 пацієнтів юридично вважалися «цивільними» пацієнтами<sup>7</sup>, майже всі з них (крім двох пацієнток) були офіційно добровільними.<sup>8</sup> Пацієнти розміщувалися в 13 відділеннях<sup>9</sup>, а одне відділення (відділення № 14, 30 ліжок) було тимчасово закрито і перебувало на ремонті. Середня тривалість перебування становила 18 днів.<sup>10</sup>

Орлівська психіатрична лікарня,<sup>11</sup> розташована поблизу міста Сарни (Рівненська область), була відкрита в 1983 році і функціонувала як обласна психіатрична лікарня до березня 2025 року, коли її перепрофільовано на судово-психіатричну установу.

На момент візиту офіційна місткість лікарні становила 500 ліжок<sup>12</sup>, в ній знаходилось 393 пацієнти, що перебували на судово-медичній експертизі<sup>13</sup>, серед яких було близько 50 жінок. Більшість пацієнтів були переведені з Дніпровської психіатричної лікарні, інші – зі Львова та Полтави, і більшість з них вже перебували в лікарні кілька років (деякі – з 2013 року). Пацієнти розміщувалися у трьох відділеннях (відділення № 2 – 130 пацієнтів на загальному режимі, відділення № 3 – жінки на верхньому поверсі та 75 чоловіків на загальному режимі на нижньому поверсі, відділення № 4 – 138 чоловіків, у тому числі 37 на режимі посиленого нагляду<sup>14</sup>), а

<sup>5</sup> Детальний (і загалом правильний) опис закладу див., наприклад, у пункті 191 доповіді про періодичний візит 2001 року (СРТ/Інф (2002) 19), <https://rm.coe.int/1680698393>.

<sup>6</sup> Розміщення та лікування військовослужбовців здійснювалося на підставі рішень компетентних військових психіатричних комісій, і в цьому відношенні Кульпарківська лікарня виконувала функції військового госпіталю (відповідно до угоди між Міністерством оборони та Міністерством охорони здоров'я).

<sup>7</sup> Пацієнтів судово-медичної експертизи більше не було, оскільки лікарня втратила цю функцію, а всі її пацієнти судово-медичної експертизи були нещодавно переведені до лікарні в Орлівці (див. нижче).

<sup>8</sup> Див., зокрема, пункт 26 нижче.

<sup>9</sup> Приймальне відділення/відділення інтенсивної терапії (10 ліжок, гендерно змішане); для пацієнтів з першим психотичним епізодом (відділення № 25, 35 ліжок, гендерно змішане); відділення для чоловіків (відділення № 3, 45 ліжок) та жінок (відділення № 22, 40 ліжок) з гострими станами; два відділення загальної психіатрії для чоловіків (відділення № 10, 50 ліжок, і відділення № 12, 40 ліжок); відділення загальної психіатрії для жінок (відділення № 20, 50 ліжок); три відділення для військових з ПТСР (відділення № 15, тільки для чоловіків, 50 ліжок; відділення № 9, гендерно змішане, 50 ліжок; відділення № 7, гендерно змішане, 35 ліжок); відділення для хворих на наркотичну залежність (відділення № 31, 40 ліжок, гендерно змішане); відділення для хронічних пацієнтів, для яких досі не знайдено рішення щодо переведення їх до відповідних закладів соціального захисту (відділення № 2, гендерно змішане, 75 ліжок) та відділення для проживання з підтримкою (перехідне) з місцем для трьох пацієнтів, які проживають напівсамостійно.

<sup>10</sup> Для «цивільних» пацієнтів Національна служба здоров'я оплачувала максимум 30 днів госпіталізації; будь-яке перебування, що перевищувало 30 днів, мало оплачуватися з власних ресурсів лікарень.

<sup>11</sup> Офіційна назва: Рівненська філія судових експертиз Інституту судової психіатрії.

<sup>12</sup> Делегації повідомили, що до кінця 2026 року планується зменшити офіційну місткість до 150 ліжок після переведення пацієнтів, що перебувають на судово-медичній експертизі із Заходу України до нової судово-медичної лікарні, яка буде відкрита в Івано-Франківську.

<sup>13</sup> У тому числі 44 особи (38 чоловіків і 6 жінок), до яких застосовано «запобіжний захід» (еквівалент попереднього ув'язнення) відповідно до статті 508 Кримінального процесуального кодексу (див. пункт 24 нижче).

<sup>14</sup> Режими для пацієнтів, що перебувають на судово-медичній експертизі встановлювалися судом, коли відповідні особи були направлені на проходження примусового заходу; на практиці між режимами майже не було різниці, крім ступеня свободи пересування на території лікарні (від повністю необмеженого для загального режиму до обмеженого територією відділення для

відділення № 1 було тимчасово закрито та перебувало на ремонті.

Що стосується психіатричної лікарні в Глевасі, то її офіційна місткість становила 512 ліжок, а фактично там перебувало 397 пацієнтів (у тому числі 54 на судово-медичній експертизі, вісім з яких перебували під дією статті 508), розподілених між 13 діючими відділеннями.<sup>15</sup> Як і під час візиту 2017 року, відділення були оточені доглянутим парком площею 22 гектари, але, на відміну від того часу, два відділення не працювали (відділення № 3, яке очікувало на майбутнє прибуття військовослужбовців з ПТСР, та відділення для хворих на наркотичну залежність, в якому не було пацієнтів і яке тому було «законсервоване»); крім того, одне відділення було тимчасово закрито на ремонт (відділення № 6, загальна психіатрія для жінок, 40 ліжок), хоча роботи були майже завершені і відділення планувалося відкрити протягом наступних 10 днів. Варто зазначити, що жоден із «цивільних» пацієнтів не був офіційно примусово госпіталізований і, за повідомленнями, таких пацієнтів у лікарні не було протягом останніх кількох місяців; про це див. пункт 26 нижче.

8. Як у відвіданих психіатричних закладах, так і під час зустрічі в Міністерстві охорони здоров'я делегації було повідомлено, що реформа психіатричного сектору (відповідно до Національної стратегії охорони здоров'я до 2030 року) просувається попри триваючу війну. Реформа, *серед іншого*, передбачала зменшення розмірів і потужностей існуючих великих обласних психіатричних лікарень, поступове переведення пацієнтів до менших (30–40 ліжок) психіатричних відділень загальних лікарень (щоб пацієнти могли бути ближче до своїх домівок), скорочення кількості судово-медичних лікарень (щоб у країні залишилося лише шість таких лікарень, а пацієнти, що перебувають на судово-медичній експертизі знову були розміщені якомога ближче до своїх домівок) та розвиток зовнішніх структур у громаді (включно з більш захищеним житлом та амбулаторними послугами) у співпраці з обласними та місцевими органами влади та відповідно до мети деінституалізації.

Делегація також була поінформована про те, що проект нового Закону про психічне здоров'я, який відображає ці цілі,<sup>16</sup> знаходиться на стадії підготовки і, як очікується, буде розглянутий і прийнятий Верховною Радою (парламентом) до кінця 2025 року. **ЄКПТ хотів би отримати оновлену інформацію про проект нового Закону про психічне здоров'я та про хід вищезазначених реформ. У цьому контексті також згадується рекомендація, викладена в пункті 13 нижче.**

## 2. Жорстоке поводження

9. Делегація не отримала жодних повідомлень про фізичне жорстоке поводження з боку персоналу в жодній із відвіданих лікарень. Загалом атмосфера була спокійною, і делегація спостерігала добрі стосунки між персоналом і пацієнтами в трьох лікарнях.

Однак від опитаних пацієнтів було отримано кілька поодиноких скарг щодо грубого поводження та вживання нецензурної лексики окремими членами молодшого медичного персоналу (санітарними працівниками чи санітарами) у Львові та Орлівці. **Комітет рекомендує**

---

режиму підвищеної безпеки). Див. з цього приводу пункт 8 нижче.

<sup>15</sup> Прийом/інтенсивна терапія (12 ліжок, змішана); перший психотичний епізод для чоловіків (відділення № 10, 40 ліжок); перший психотичний епізод для жінок (відділення № 2, 40 ліжок); дві палати загальної психіатрії для чоловіків (відділення № 1 і 16, кожне на 60 ліжок); відділення загальної психіатрії для жінок (відділення № 7, 40 ліжок); два відділення для тривалого перебування пацієнтів, евакуйованих у 2022 році з лікарні поблизу Харкова, яка опинилася в зоні бойових дій (відділення № 15 для жінок, з 50 ліжками і 43 пацієнтками, та відділення № 18 для чоловіків, також з 50 ліжками і 45 пацієнтами); два відділення для чоловіків, що перебувають на судово-медичній експертизі (відділення № 13 і 17, кожне на 40 ліжок); відділення для хворих на невротизм/розлади особистості (відділення № 5, гендерно змішане, 40 ліжок); відділення для хворих на епілепсію/психоневрологічне відділення (відділення № 11, змішане, 20 ліжок) та відділення паліативної допомоги/психіатрії для літніх людей (відділення № 4, гендерно змішане, 20 ліжок).

<sup>16</sup> За повідомленнями, проект нового Закону про психічне здоров'я також скасовує режими в психіатричних лікарнях, залишаючи лише розмежування між стаціонарними та амбулаторними пацієнтами. Крім того, готуються відповідні поправки до Кримінального кодексу та Кримінального процесуального кодексу (для пацієнтів, які перебувають на судово-медичній експертизі).

керівництву обох вищезазначених лікарень нагадати всьому молодшому медичному персоналу, що вони повинні завжди ставитися до пацієнтів ввічливо та з повагою.

10. Що стосується наси́льства між пацієнтами, то конфлікти іноді траплялися, але вони не були серйозною проблемою в жодній з лікарень, і персонал втручався швидко та адекватно, коли такі конфлікти виникали.

### 3. Умови проживання пацієнтів

11. У відвіданих лікарнях умови проживання були різними. Найкращі (тобто хороші) умови спостерігалися у вже відремонтованих палатах у Львові та Глевасі (наприклад, у приймальному відділенні/відділенні інтенсивної терапії та відділенні № 25 Кульпарківської психіатричної лікарні, а також у відділеннях № 2, 4, 6 та 10 психіатричної лікарні в Глевасі), де пацієнти проживали в менших, добре мебльованих, оформлених та персоналізованих кімнатах площею від 20 до 35 м<sup>2</sup>, розрахованих на одного-чотирьох пацієнтів.<sup>17</sup> Також спільні зони (кімнати відпочинку та їдальні) були приємно оформлені, а відділення були спроектовані таким чином, що кожні дві-три кімнати мали спільну повністю обладнану ванну кімнату (включно з душем); проте не всі ванні кімнати були повністю доступними для пацієнтів з обмеженою мобільністю.

Більшість відділень у Львові та Глевасі, хоча і не відповідали таким високим стандартам, все ж забезпечували гідні умови проживання<sup>18</sup>, а спальні та спільні приміщення (коридори, їдальні та кімнати відпочинку) були чистими, добре освітленими та провітрюваними, і не було жодних негативних зауважень щодо ліжок та постільної білизни, засобів гігієни, доступу до туалетів та душових, індивідуального одягу та харчування пацієнтів.

12. Найгірші (тобто досить погані) умови були виявлені у відділенні № 2 у Львові,<sup>19</sup> відділеннях № 2, 3 та 4 Орлівської психіатричної лікарні, а також у судово-медичних відділеннях (зокрема, у відділенні № 17 для чоловіків<sup>20</sup>) та у відділенні № 18 у Глевасі, де були вузькі та тісні спальні (площею від 25 до 115 м<sup>2</sup> і місткістю від 5 до 15 пацієнтів кожна) та відсутність приміщень, що замикаються, а також приватності та індивідуалізації. Відсутність приватного простору була особливо помітною в Орлівці, де спальні не мали дверей, а на вікнах не було штор (навіть у туалетах та душових чоловічих відділеннях, включаючи ті, що розташовані навпроти жіночих приміщень у відділенні № 3).

13. Як уже зазначалося у пункті 7 вище, у трьох лікарнях тривали ремонтні роботи, і, очевидно, що керівництво цих закладів планувало та мало намір поступово привести умови проживання до рівня, який вже був досягнутий у вищезазначених відремонтованих палатах. **ЄКПТ не може не заохочувати українські органи влади продовжувати ці зусилля, що з часом також має дозволити збільшити простір для проживання кожного пацієнта у всіх відділеннях<sup>21</sup>. У контексті поточного ремонту особливу увагу необхідно приділити забезпеченню доступності всіх приміщень, включаючи ванні кімнати, для пацієнтів з обмеженою мобільністю.**

**Комітет також рекомендує, до завершення комплексних ремонтних робіт, вжити термінових заходів для вирішення проблеми відсутності приватного простору в Орлівській**

<sup>17</sup> Варто зазначити, що поточна реконструкція відділення № 1 в Орлівській психіатричній лікарні проводилася за тим самим принципом.

<sup>18</sup> Наприклад, відділення № 3 та № 31 у Львові, де спальні мають площу приблизно 50–60 м<sup>2</sup> і, як правило, розміщують по чотири-п'ять пацієнтів кожна; та відділення № 7 у психіатричній лікарні в Глевасі, де спальні мають площу до 80 м<sup>2</sup> і розміщують до десяти пацієнтів.

<sup>19</sup> Приймає пацієнтів, які *потребують* тривалого догляду, багато з яких є літніми та страждають на нетримання.

<sup>20</sup> Слід визнати, що відділення № 17 нещодавно відремонтували, і воно могло б забезпечити гідні умови, якби не те, що воно було (тимчасово) переповнене в очікуванні завершення ремонту відділення № 13, де в кімнатах площею 30 м<sup>2</sup> (які зазвичай розраховані на чотирьох пацієнтів) розміщувалося по сім пацієнтів.

<sup>21</sup> Як уже згадувалося вище, на момент візиту умови в деяких відділеннях були досить тісними, оскільки інші відділення були тимчасово закриті і перебували на ремонті.

психіатричній лікарні. Також необхідно знайти рішення для пацієнтів, які фактично перебувають на соціальному утриманні та розміщені у відділенні № 2 Кульпарківської психіатричної лікарні<sup>22</sup> та відділенні № 18 психіатричної лікарні у Глевасі.<sup>23</sup> Як уже зазначалося в пункті 7, пацієнти були розміщені в цьому відділенні в екстреному та, в принципі, тимчасовому порядку, в будівлі, яка спочатку була призначена для знесення. Їх необхідно якомога швидше перевести до будинків соціального догляду (або інших відповідних зовнішніх структур); див. також рекомендацію в пункті 8 вище.

#### 4. Персонал та лікування

14. У трьох відвіданих психіатричних закладах медичного персоналу загалом було достатньо.

Кульпарківська психіатрична лікарня (місткість 553, кількість пацієнтів 450) мала 70 психіатрів, 290 медсестер та 220 санітарів.<sup>24</sup> Психіатрична лікарня в Орлівці (місткість 500, кількість пацієнтів 393) мала шість психіатрів, 60 медсестер та 72 санітарів,<sup>25</sup> а психіатрична лікарня в Глевасі (місткість 505, кількість пацієнтів 397) мала 18 психіатрів, 113 медсестер та 147 санітарів.

У кожній лікарні також працювало кілька інших (соматичних) лікарів різних спеціальностей, як штатних, так і позаштатних.<sup>26</sup>

У трьох лікарнях у кожному відділенні (зазвичай від 40 до 60 пацієнтів) було принаймні від одного до трьох психіатрів (включно з головним лікарем відділення),<sup>27</sup> принаймні від двох до трьох медсестер і принаймні від двох до чотирьох санітарів, які були присутні протягом кожного робочого дня (з 9:00 до 16:30); вночі, у вихідні та святкові дні в кожному відділенні працювала щонайменше одна медсестра та щонайменше два-три санітари, тоді як у закладі зазвичай були присутні два психіатри (черговий лікар та інший лікар, який працював у відділенні прийому/інтенсивної терапії) та черговий анестезіолог.

Необхідно визнати, що в трьох лікарнях були вакантні посади, переважно в Орлівці<sup>28</sup> та Глевасі<sup>29</sup>; **Комітет закликає українські органи влади докласти зусиль для їх заповнення.** Крім того, **українські органи влади повинні вжити заходів на випадок ймовірного відтоку більшої кількості лікарів з психіатричної лікарні в Глевасі в найближчому майбутньому, враховуючи, що приблизно половина лікарів, які зараз працюють, незабаром досягнуть (або вже досягли) пенсійного віку.**

15. На відміну від вищезазначеної загалом задовільної ситуації з укомплектуванням штату лікарями, медсестрами та санітарами, психологів<sup>30</sup> та іншого терапевтичного персоналу (такого як ерготерапевти<sup>31</sup> та фізіотерапевти<sup>32</sup>) було загалом занадто мало. Так само не вистачало

<sup>22</sup> Див. примітку 9 вище.

<sup>23</sup> Див. примітку 15 вище.

<sup>24</sup> Не всі ці психіатри, медсестри та санітари працювали на повну ставку.

<sup>25</sup> Крім того, в Орлівській психіатричній лікарні працювало 52 співробітники охорони, які по суті були колишніми (перекваліфікованими) санітарами. Зазвичай в кожному відділенні було один або два охоронці (на жіночому поверсі відділення №3 працювали виключно жінки-охоронці); вони не носили уніформу і не були оснащені жодними «спеціальними засобами». Їхнє основне завдання полягало в наданні допомоги медичному персоналу та запобіганні конфліктам між пацієнтами, завжди за вказівкою лікаря та під наглядом медсестер.

<sup>26</sup> Лікарі загальної практики, інфекціоністи, терапевти, неврологи та невропатологи, хірурги, анестезіологи, дерматологи, гінекологи, офтальмологи, стоматологи, радіологи, лабораторні фахівці тощо.

<sup>27</sup> Плюс іноді два-три лікарі-стажисти.

<sup>28</sup> 54 вакантних посади лікарів, 40 вакантних посад медсестер та 30 вакантних посад санітарів; однак варто зазначити, що багато медсестер та санітарів працювали на більш ніж одній посаді (і отримували відповідну оплату).

<sup>29</sup> За словами головного лікаря, було заповнено лише 53 % посад лікарів (і приблизно 70 % посад медсестер та санітарів).

<sup>30</sup> У Кульпарківській психіатричній лікарні працювало вісім психологів, у Орлівській психіатричній лікарні – два, а в психіатричній лікарні в Глевасі – вісім.

<sup>31</sup> У Кульпарківській психіатричній лікарні працювало вісім ерготерапевтів, в Орлівській психіатричній лікарні – один, а в

соціальних працівників<sup>33</sup>. У цьому контексті **необхідно звернути увагу на рекомендацію, викладену в пункті 17 нижче.**

16. У трьох психіатричних лікарнях, які відвідали, лікування в основному базувалося на фармакотерапії, яка загалом була адекватною, хоча дозування та комбінація призначених ліків іноді були досить високими в Орлівці (особливо відразу після госпіталізації).<sup>34</sup> **ЄКПТ рекомендує провести перегляд дозування та комбінації ліків, які призначаються пацієнтам в Орлівській психіатричній лікарні, особливо під час початкового періоду госпіталізації.**

17. Інші психосоціальні терапевтичні заходи були доступні в Глевасі<sup>35</sup> та в більшості відділень у Львові<sup>36</sup>, але були недостатніми в Орлівці<sup>37</sup>, що, за повідомленнями, було пов'язано з тим, що лікарня лише нещодавно почала функціонувати як судово-медична установа, а відповідний відділ ще перебував на стадії створення.

Делегація також зауважила, що в жодній із відвіданих лікарень не було належних детальних індивідуальних планів лікування<sup>38</sup> та справжньої мультидисциплінарної командної роботи персоналу<sup>39</sup>

**Комітет повторно рекомендує вжити необхідних заходів для складання та регулярного перегляду/оновлення індивідуального письмового плану лікування для кожного пацієнта (з урахуванням особливих потреб пацієнтів, які перебувають у гострому стані, на тривалому лікуванні чи на судово-медичній експертизі, а також, стосовно останніх, необхідності зменшення будь-якого ризику, який вони можуть становити), включаючи діагноз, цілі лікування, використовувані терапевтичні засоби та відповідальних співробітників. Пацієнти повинні бути ефективно залучені до розробки та перегляду своїх індивідуальних планів лікування та бути поінформовані про їхній прогрес.**

**ЄКПТ також закликає українські органи влади докласти серйозних зусиль у всіх відвіданих психіатричних закладах для подальшого розвитку спектру терапевтичних можливостей та залучення більшої кількості пацієнтів до реабілітаційних психосоціальних заходів, щоб підготувати їх до більш самостійного життя та/або повернення до своїх сімей, а також (у випадку пацієнтів, що перебувають на судово-медичній експертизі) зменшити ризик повторного вчинення злочинів. Психологічна та професійна терапія повинні бути важливою частиною довгострокової програми лікування, забезпечуючи мотивацію, розвиток навичок навчання та взаємовідносин, набуття конкретних компетенцій та поліпшення самооцінки. Очевидно, що для цього буде потрібно залучити більше фахівців,**

---

психіатричній лікарні в Глевасі – шість.

<sup>32</sup> У Кульпарківській психіатричній лікарні працював один фізіотерапевт, в Орлівській психіатричній лікарні – жодного, а в психіатричній лікарні в Глевасі – один.

<sup>33</sup> У Кульпарківській психіатричній лікарні було три соціальних працівники, у Орлівській психіатричній лікарні – два, а у психіатричній лікарні в Глевасі – два.

<sup>34</sup> Наприклад, молода пацієнтка, з якою делегація провела співбесіду, яка мала типові симптоми передозування ліків (безвиразне обличчя, тремор рук, повільна мова та хода), отримувала клозапін 25 x 3, галоперидол 0,5% 1,0, кветіапін 200 мг 2 рази на день, карбамазепін 100 мг + 200 мг та клопіксол депо 1 раз на місяць.

<sup>35</sup> Індивідуальна та групова психотерапія, мистецтво, рукоділля та спорт, в яких щодня брали участь приблизно 100 пацієнтів. Крім того, кілька пацієнтів на добровільних засадах допомагали доглядати за територією лікарні (особливо за садом).

<sup>36</sup> Індивідуальна та групова психотерапія, мистецтво та рукоділля, спорт, йога, невелика ферма, кулінарія, столярство, кухня, кіно клуб тощо. Ці заходи (крім психотерапії) були в основному доступні для пацієнтів (118 з них у перший день візиту делегації), яким було дозволено залишати свої відділення і самостійно приходити до центру активного відпочинку. Крім того, деякі заходи на території були доступні для приблизно 70 пацієнтів, яким не дозволялося залишати відділення.

<sup>37</sup> Деякі індивідуальні та групові заняття з психотерапії, музики, мистецтва та спорту, але загалом у них брали участь лише декілька пацієнтів. Крім того, одинадцять пацієнтів мали оплачувану працю (максимум 2 години на день), допомагаючи роздавати їжу, мити посуд, прибирати та займатися садівництвом.

<sup>38</sup> Ті, які делегація побачила в медичних картах пацієнтів, були здебільшого досить лаконічними та стереотипними і складені без участі пацієнта.

<sup>39</sup> Лікарі та медсестри щодня збиралися, щоб обговорити стан кожного пацієнта у відділенні, але інші терапевтичні працівники (особливо психологи), які працювали не у відділеннях, а в окремих відділах, не брали участі в цих засіданнях. Примітно, що з 2024 року були створені мультидисциплінарні команди (близько 200 з них вже працюють по всій країні), але тільки для роботи з амбулаторними пацієнтами.

кваліфікованих для проведення терапевтичних та реабілітаційних заходів (психологів, ерготерапевтів та соціальних працівників); крім того, необхідний більш комплексний та мультидисциплінарний підхід до лікування клінічною командою, включаючи мультидисциплінарні клінічні наради, на яких можна регулярно обговорювати випадки пацієнтів.

18. Усі пацієнти лікарень в Орлівці та Глевасі мали можливість щонайменше дві години на день проводити на свіжому повітрі в (як мінімум) пристойних умовах (з місцями для відпочинку, укриттям від негоди, травою та рослинами, тренажерами тощо), тоді як у Львові цього не було<sup>40</sup>. **Комітет рекомендує вжити термінових заходів для виправлення цієї ситуації.**

У більш загальному плані метою має бути забезпечення того, щоб усі пацієнти (у всіх психіатричних лікарнях) мали необмежений доступ до фізичних вправ на свіжому повітрі протягом дня, за винятком випадків, коли лікування вимагає їхньої присутності у відділенні.

## 5. Засоби обмеження свободи

19. Ізоляція не застосовувалася в жодній з відвіданих психіатричних лікарень. Що стосується механічного обмеження (фіксації), то воно застосовувалося нечасто<sup>41</sup> і, коли застосовувалося, то як крайній захід, завжди на короткий час (максимум три години загалом). Фіксація завжди призначалася психіатром (на 30 хвилин за один раз), а для її продовження було потрібно ще одне рішення лікаря, який мав оглянути пацієнта перед таким продовженням. Крім того, під час фіксації пацієнти перебували під безпосереднім і постійним наглядом медсестер, які повинні були щонайменше кожні 15 хвилин робити письмові спостереження щодо стану пацієнтів (у щоденному журналі медсестер (змінному)). Однак, хоча застосування фіксації загалом добре документувалося,<sup>42</sup> централізованих реєстрів все ще не існувало (лише реєстри на рівні відділень).<sup>43</sup> Крім того, застосування хімічних засобів обмеження не документувалося у вищезазначених реєстрах жодної з лікарень.<sup>44</sup>

Головною проблемою, що викликала занепокоєння в Кульпарківській та Орлівській психіатричних лікарнях, було те, що, на відміну від психіатричної лікарні Глевахи, пацієнти часто фіксувалися на очах у інших пацієнтів (у Львові через відсутність спеціальних кімнат, а в Орлівській – через відсутність дверей у таких кімнатах<sup>45</sup>). Крім того, у Кульпарківській психіатричній лікарні делегація зауважила, що медичний персонал іноді просив поліцейських допомогти їм утримувати пацієнта.

20. З огляду на вищезазначені зауваження, **ЄКПТ рекомендує українським органам влади вжити заходів для зміни поточної практики використання засобів обмеження свободи в Кульпарківській, Орлівській та (за необхідності) Глевахській психіатричних лікарнях, щоб забезпечити щоб:**

<sup>40</sup> Наприклад, десять із 45 пацієнтів у відділенні № 3 і десять із 35 пацієнтів у відділенні № 25 Кульпарківської психіатричної лікарні не мали права виходити на вулицю, нібито через відсутність безпечного двору та нестачу персоналу, який міг би супроводжувати їх під час прогулянок на свіжому повітрі.

<sup>41</sup> Наприклад, у Львові та Глевасі, залежно від профілю відділення, у 2024 році було від двох до шести випадків фіксації на відділення. В Орлівці фіксація застосовувалася п'ять разів з моменту відкриття лікарні (у тому числі три рази стосовно одного і того ж пацієнта).

<sup>42</sup> З зазначенням, *серед іншого*, часу початку та закінчення застосування заходу, імені лікаря, який призначив його початок та можливе продовження, а також імен медичних працівників, які фактично виконували це рішення.

<sup>43</sup> Окрім вищезазначених реєстрів відділень, випадки фіксації фіксувалися в медичних картах пацієнтів (як у паперовому вигляді, так і в сканованій формі, збереженій у загальнонаціональній електронній базі даних) та в щоденних (змінних) журналах медсестер.

<sup>44</sup> Введення хімічних засобів стримування (зазвичай хлорпромазину (Аміназин), іноді бензодіазепінів або галоперидолу) фіксувалося в медичних картах пацієнтів та щоденних (змінних) журналах медсестер.

<sup>45</sup> Крім того, пацієнтів, які потребували фіксації, іноді (рідко, тільки якщо спеціальна кімната вже була зайнята) розміщували в коридорі палати, поблизу столу медсестер.

- пацієнти не піддавалися механічному обмеженню свободи в присутності інших пацієнтів (за винятком випадків, коли пацієнт висловлює чітке бажання залишатися в компанії іншого пацієнта);
- механічне обмеження застосовувалося лише належним чином навченим медичним персоналом; поліцейських ніколи не залучали до надання допомоги медичному персоналу в обмеженні пацієнта;
- створено спеціальний центральний реєстр для фіксації всіх випадків застосування засобів обмеження (включно з хімічними засобами), щоб керівництво могло контролювати частоту та тривалість їх використання. Це є доповненням до записів, що містяться в особистій медичній картці пацієнта. Про частоту та тривалість випадків застосування засобів обмеження слід регулярно повідомляти наглядовий орган та/або призначений зовнішній контролюючий орган. Це сприятиме отриманню загального уявлення про існуючі практики застосування засобів обмеження на національному рівні з метою впровадження стратегії обмеження частоти та тривалості їх використання.

21. Наскільки делегація могла встановити в трьох психіатричних лікарнях, які вона відвідала, існувала практика проведення персоналом бесіди з пацієнтами після закінчення застосування заходів обмеження, як для того, щоб пояснити пацієнтам, чому до них було застосовано обмеження (і, зокрема, що це не було покаранням), так і для того, щоб надати пацієнтам можливість пояснити свої емоції до застосування обмеження; це є позитивним моментом. Однак факт проведення такої розмови, як правило, не фіксувався в письмовій формі. **ЄКПТ рекомендує усунути цю прогалину.**

22. Делегація також зазначила, що (формально) добровільні «цивільні» пацієнти іноді могли бути піддані заходам фіксації без будь-яких змін у їхньому офіційному правовому статусі (з добровільного на примусовий). Керівництво та лікарі трьох психіатричних лікарень тлумачили початкову згоду пацієнтів на госпіталізацію та лікування (див. пункт 26 нижче) як згоду на застосування заходів обмеження, коли лікарі вважали це необхідним.

Комітет вважає, що це не є правильним підходом і що, як правило, добровільні пацієнти не повинні бути обмежені в свободі, якщо вони не дали конкретної згоди на обмеження свободи; якщо така згода не надана (і не зафіксована), а лікарі все одно вважають, що застосування обмеження свободи є необхідним, слід без затримки розпочати процедуру примусової госпіталізації (та лікування).<sup>46</sup> **ЄКПТ рекомендує відповідно змінити існуючу практику.**

## 6. Заходи безпеки

23. Діюче законодавство щодо примусової госпіталізації та лікування в психіатричних лікарнях, як видається, належним чином дотримувалося на практиці як щодо «цивільних», так і щодо пацієнтів, що перебували на судово-медичній експертизі.

Правила, що застосовувалися, залишилися в основному такими ж, як і під час періодичного візиту в 2017 році.<sup>47</sup> Нагадаємо, що у випадку «цивільних» пацієнтів первинне рішення (дійсне максимум 24 години) приймав головний лікар приймального відділення (або черговий лікар, якщо госпіталізація відбувалася вночі або у вихідні дні).

Відразу після прибуття, за умови, що лікар, який приймав пацієнта, вважав госпіталізацію необхідною, пацієнтів просили дати згоду на госпіталізацію та лікування (див. пункт 26 нижче).

<sup>46</sup> Див. також пункт 10 документа СРТ/Inf (2017) 6 «Засоби обмеження свободи в психіатричних закладах для дорослих (переглянуті стандарти СРТ)», <https://rm.coe.int/16807001c3>.

<sup>47</sup> Див. пункти 140 та 145 документа СРТ/Inf (2018) 41.

Якщо пацієнт відмовлявся, медична (психіатрична) комісія лікарні (зазвичай у складі щонайменше двох, іноді трьох психіатрів, включаючи головного лікаря) мала оглянути пацієнта і, якщо комісія погоджувалася з лікарем, який приймав рішення про госпіталізацію, що госпіталізація та лікування є необхідними, надіслати (протягом 24 годин з моменту госпіталізації) обґрунтований запит до компетентного суду, який мав ще 24 години для підтвердження цього заходу. Рішення суду зазвичай було чинним протягом 30 днів, іноді менше, але ніколи більше. Будь-яке продовження примусової «цивільної» госпіталізації вимагало подання іншого запиту медичною комісією лікарні та прийняття іншого рішення суду.<sup>48</sup>

Що стосується пацієнтів, які перебували на судово-медичній експертизі, то їх розміщення (що передбачало примусове лікування) завжди здійснювалося за рішенням суду і було дійсним протягом 6 місяців. До закінчення (максимального) 6-місячного терміну пацієнт мав пройти обстеження в психіатричній комісії лікарні, яка могла рекомендувати продовження, зміну (на амбулаторне лікування) або припинення заходу. Рішення знову приймав суд, який мав переглядати захід з інтервалом не більше 6 місяців.<sup>49</sup>

Як у випадку «цивільних», так і пацієнтів, що перебували на судово-медичній експертизі, всі судові рішення могли бути оскаржені пацієнтами, їхніми адвокатами та законними представниками.

24. Делегація вивчила кілька адміністративних/юридичних справ пацієнтів у відвіданих лікарнях і дійшла висновку, що не було затримок у контексті первинного розміщення «цивільних» пацієнтів, які перебувають на примусовому лікуванні (у Львові)<sup>50</sup>, та продовження запобіжних заходів (відповідно до статті 508 Кримінально-процесуального кодексу)<sup>51</sup> для пацієнтів, що перебували на судово-медичній експертизі, які перебувають на лікуванні в Орлівці та Глевасі.

Щодо пацієнтів, що перебували на судово-медичній експертизі, в Орлівці кожні 6 місяців проводилися перегляди лікарняною психіатричною комісією, але часто в самий кінець 6-місячного періоду (хоча закон передбачав «не рідше ніж кожні 6 місяців»), а потім іноді виникали затримки (від 10 до 40 днів) у винесенні рішенням судом. На відміну від цього, у Глевасі психіатрична комісія лікарні мала практику надсилати свої рекомендації до суду заздалегідь, щоб запобігти таким затримкам у прийнятті судових рішень. **Комітет рекомендує запровадити аналогічну практику в Орлівській психіатричній лікарні.**

У цьому контексті високопосадовці Міністерства охорони здоров'я повідомили делегації, що проект нового Закону про психічне здоров'я (див. пункт 8 вище) міститиме положення, яке вимагатиме від психіатричних комісій лікарень подавати свої рекомендації до судів не пізніше ніж до закінчення 5-місячного строку з моменту застосування останнього примусового заходу. **ЄКПТ хотіло б бути поінформованим у належний час про те, чи було прийнято вищезазначене положення.**

25. Позитивним моментом є те, що всі пацієнти – як «цивільні», так і пацієнти, що перебували на судово-медичній експертизі – мали доступ до (переважно *ex officio*) правничої допомоги, і завжди проводилося судове засідання (хоча зазвичай в онлайн-форматі). На думку ЄКПТ, **було б добре, якби компетентні судді приїжджали до лікарень для проведення**

<sup>48</sup> Однак, як уже зазначалося вище (див. пункт 7), примусове «цивільне» госпіталізування майже ніколи не тривало довше 30 днів, оскільки Національна служба охорони здоров'я не оплачувала більш тривале перебування в лікарні.

<sup>49</sup> Тобто, теоретично, інтервали могли бути коротшими, хоча це траплялося рідко.

<sup>50</sup> На відміну від цього, апеляційні суди іноді приймали рішення протягом 2 місяців, тому нерідко пацієнти виписувалися з лікарні (або давали згоду на добровільне перебування) до того, як суд виносив рішення.

<sup>51</sup> Запобіжні заходи були своєрідним еквівалентом попереднього ув'язнення, але стосовно пацієнтів що перебували на судово-медичній експертизі; вони накладалися судами до отримання результатів судово-психіатричної експертизи осіб, які були затримані у зв'язку з кримінальним діянням (та до прийняття рішення про застосування примусових заходів). Такі запобіжні заходи діяли протягом 2 місяців, але могли бути продовжені необмежену кількість разів, що іноді призводило до запобіжного розміщення на багато місяців.

**слухань.** Така практика дала б судді можливість не тільки вислухати пояснення пацієнта та лікаря, а й особисто та безпосередньо повідомити своє рішення пацієнту (за необхідності за допомогою лікаря).

26. Усіх «цивільних» пацієнтів лікар, який їх приймав, просив після прибуття підписати форми згоди з трьома підписами, підтверджуючи, що вони згодні на госпіталізацію, проходження діагностичних процедур та отримання будь-якого лікування, призначеного лікарями лікарні.<sup>52</sup>

Однак ЄКПТ має сумніви щодо того, наскільки справді вільним та інформованим часто може бути така згода. Як уже згадувалося у пункті 7 вище, у Львові було дуже мало «цивільних» пацієнтів, які залишалися офіційно примусовими після перших 24 годин. Щодо лікарні в Глевасі, то під час візиту там взагалі не було офіційно примусових «цивільних» пацієнтів, що є дуже незвичайним для психіатричного закладу такого розміру.

Делегація поспілкувалася з кількома пацієнтами, які заявили, що на момент прибуття до лікарні вони перебували в такому стані, що не могли повністю (або взагалі) усвідомити значення свого підпису; також був принаймні один випадок, коли пацієнт підписав форми згоди, але відразу після цього його стан настільки погіршився, що лікар наказав його зафіксувати (що не спричинило переоцінки питання згоди). Зокрема, у психіатричній лікарні в Глевасі з'ясувалося, що лише пацієнти, які активно чинили опір госпіталізації (які писали і підписували чітку заяву про це), вважалися недобровільними.

Також викликає занепокоєння той факт, що пацієнти, які формально були «добровільними», часто фактично не могли покинути своє відділення (без дозволу лікаря) – або принаймні покинути його без супроводу – і могли бути піддані заходам фіксації.<sup>53</sup>

З огляду на вищезазначені зауваження, **ЄКПТ рекомендує вжити заходів (у вигляді інструкцій та навчання лікарів) для забезпечення того, щоб «цивільні» пацієнти завжди мали можливість дати свою вільну та інформовану згоду як на госпіталізацію, так і на лікування.**

**Зокрема, при госпіталізації до психіатричних закладів пацієнти повинні отримувати повну, чітку та точну інформацію, зокрема про своє право давати або не давати згоду на госпіталізацію та лікування. Пацієнти також повинні отримувати підтримку, щоб зрозуміти запропоноване лікування та його наслідки, а не щоб лікарі «переконували» пацієнтів підписувати форми згоди. Крім того, надзвичайно важливо, щоб усі пацієнти, які дали згоду на лікування, були постійно поінформовані про свій стан та застосовуване до них лікування, а також мали можливість у будь-який момент відкликати свою згоду. Крім того, кожен пацієнт, здатний до розсуду, повинен мати право відмовитися від певного лікування або будь-якого іншого медичного втручання. Тут також робиться посилання на рекомендацію, викладену в пункті 22 вище.**

27. Ще одним питанням, що викликає занепокоєння, є те, що відвідані психіатричні лікарні не мали доступу до інформації про те, чи мають новоприйняті пацієнти законного опікуна. **Комітет рекомендує вжити заходів для забезпечення психіатричним лікарням доступу до відповідної загальнонаціональної бази даних, що ведеться органами опіки.**

28. Нарешті, позитивним є те, що, як правило, пацієнти мали хороші можливості для відвідування родичами та друзями, а також мали доступ до телефону (офісних телефонів або

<sup>52</sup> Делегація також зауважила практику, коли новоприбулих пацієнтів, госпіталізованих відповідно до статті 508, просять підписати форму згоди на лікування, щоб заповнити прогалину в законодавстві (стаття 508 дозволяє примусову госпіталізацію, але не примусове лікування).

<sup>53</sup> Див. пункти 18 та 22 вище.

приватних мобільних телефонів, ноутбуків і планшетів<sup>54</sup>), а також контрольований доступ до Інтернету (головним чином для перегляду офіційних веб-сайтів та виконання будь-яких адміністративних та офіційних дій, включаючи звернення до зовнішніх органів з розгляду скарг,<sup>55</sup> таких як Омбудсман, навчання та покупки в Інтернеті, а також для відео-дзвінків з родичами та друзями).

Однак, хоча в трьох лікарнях формально існували внутрішні процедури розгляду скарг (у палатах були скриньки для скарг, а також спеціальні реєстри скарг), делегація отримала враження, що ці процедури не працювали дуже ефективно; серед іншого, реєстри скарг, з якими ознайомилася делегація, були практично порожніми.

У цьому контексті ЄКПТ бажає ще раз наголосити, що, на його думку, внутрішня система розгляду скарг повинна забезпечувати пацієнтам можливість у будь-який момент ефективно подавати конфіденційні письмові внутрішні скарги. Пацієнти повинні отримувати в розумні терміни письмове підтвердження кожної поданої ними внутрішньої скарги та обґрунтовані письмові відповіді на письмові скарги (відгуки про результати розгляду їхніх скарг) у своєчасний спосіб. Крім того, слід вести належний облік кожної скарги, а адміністрація лікарні повинна використовувати скарги для вдосконалення своєї діяльності в рамках клінічного управління.

**Комітет рекомендує вжити заходів для поліпшення функціонування внутрішніх систем розгляду скарг у трьох психіатричних лікарнях, які були відвідані, з урахуванням вищезазначених зауважень.**

**Крім того, пацієнтам слід систематично надавати необхідну інформацію про існуючі внутрішні механізми подання скарг мовою та у формі, зрозумілих для них.**

## **В. Заклади соціального захисту**

### **1. Попередні зауваження**

29. Як уже зазначалося у пункті 3 вище, делегація вперше відвідала Грушківський психоневрологічний інтернат (далі – Грушківський інтернат) та Вінницький обласний пансіонат для осіб з інвалідністю та осіб похилого віку (далі – Вінницький пансіонат). Крім того, було проведено повторний візит до Барабойського психоневрологічного інтернату (далі – Барабойський інтернат), який ЄКПТ відвідував раніше у 2019 році.<sup>56</sup>

Грушківський інтернат розташовувався в селі Ясенівка, за 45 км від Львова. Побудований у 1951 році (спочатку як лікарня) і згодом розширений, він мав офіційну місткість 680 осіб і на момент візиту розміщував 104 дорослих підопічних жіночої статі,<sup>57</sup> з яких приблизно було 20 лежачих. 59 підопічних були евакуйовані з інтернату на сході України (Слов'янськ) після початку повномасштабної військової агресії з боку Російської Федерації. Усі підопічні мали різні діагнози (психічні розлади, переважно шизофренія та органічні розлади, а також різні ступені порушення здатності до навчання або деменція). Приблизно чверть підопічних були юридично недієздатними.

Вінницький пансіонат, розташований у зеленій зоні на околиці міста, мав місткість 250 осіб і приймав 160 дорослих підопічних (91 жінку та 69 чоловіків), у тому числі 32 лежачих хворих.

<sup>54</sup> Залежно від палати та стану пацієнта доступ може бути необмеженим або обмеженим, при цьому мобільний телефон, планшет або ноутбук зберігаються в сховищі і видаються пацієнту на його прохання (наприклад, до 30 хвилин кожні два дні в Орлівці та до години щодня в «цивільних» палатах і тричі на тиждень для пацієнтів, що перебували на судово-медичній експертизі в палатах у Глевасі).

<sup>55</sup> Інформація про право подавати скарги за межами установи, а також про зовнішні органи, до яких можна звертатися зі скаргами, та їхні контактні дані була доступна пацієнтам у вигляді оголошень та плакатів, розміщених у коридорах палат.

<sup>56</sup> Див. документ СРТ/Inf (2020) 1, <https://rm.coe.int/1680997b34>.

<sup>57</sup> Нещодавно було відкрито філію в селі Заклад, де проживали дорослі чоловіки, але делегація її не відвідувала.

66 підопічних були евакуйовані зі сходу України після початку повномасштабної військової агресії росії. Приблизно 80% підопічних були літніми людьми з деменцією, але були також і молодші особи (в тому числі п'ятеро віком від 18 до 35 років) з діагностованими психічними розладами та/або порушеннями здатності до навчання<sup>58</sup>. Троє підопічних були юридично недієздатними.

Загальний опис Барабойського інтернату наведений у звіті про спеціальний візит 2019 року,<sup>59</sup> залишається точним. На момент спеціального візиту 2025 року заклад мав офіційну місткість 140 осіб і розміщував 133 дорослих підопічних, у тому числі 17 чоловіків.<sup>60</sup> Приблизно 20 підопічних мали діагноз «шизофренія», а всі підопічні мали певний ступінь порушення розумового розвитку та/або фізичної інвалідності. Майже всі підопічні (130) були юридично недієздатними.

30. Під час зустрічі з делегацією в Києві 6 червня 2025 року заступник Міністра соціальної політики згадала про поточні реформи у сфері соціального захисту, зокрема про Національну стратегію щодо психіатричних закладів від грудня 2024 року;<sup>61</sup> вона також згадала про поточні ініціативи щодо вдосконалення внутрішніх механізмів моніторингу та перегляду вимог до постачальників соціальних послуг, зокрема щодо кількості персоналу та його кваліфікації. Заступник міністра визнала необхідність подальшого розвитку послуг соціального захисту з метою прискорення де-інституалізації. За повідомленнями, наразі реалізується низка пілотних програм зі створення альтернативних громадських помешкань.

У цьому контексті (а також з огляду на висновки своєї делегації під час спеціального візиту 2025 року) ЄКПТ не може не наголосити на важливості просування альтернатив розміщенню в закладах соціального захисту шляхом розвитку послуг та підтримки на рівні громади. Дійсно, у двох відвіданих «інтернатах» та «пансіонаті» делегація зустріла кількох підопічних, стан яких дозволяв би їм покинути ці заклади за умови наявності відповідних структур у зовнішній громаді.

**Комітет закликає українські органи влади активізувати зусилля з розвитку соціального захисту в громаді,<sup>62</sup> оскільки це не тільки може скоротити або уникнути перебування в закладах та зменшити ймовірність жорстокого поводження, але й поліпшити досвід та результати для отримувачів послуг.<sup>63</sup> Таке спільне розміщення в ідеалі повинно складатися з невеликих незалежних, але підтримуваних житлових приміщень, розташованих у містах, з усіма необхідними зручностями поблизу, а не з великих приміщень, розташованих на території давно існуючих закладів соціального захисту (які не дозволяють справжньої де-інституалізації та належної реінтеграції в суспільство).**

## 2. Жорстоке поводження

31. Делегація не отримала жодних достовірних повідомлень про навмисне фізичне жорстоке поводження з підопічними з боку персоналу відвіданих закладів соціального захисту. Загальна атмосфера та відносини між персоналом і підопічними здавалися досить спокійними.

Що стосується насильства між підопічними, то конфлікти між ними траплялися час від часу, але персонал швидко та адекватно їх вирішував. **ЄКПТ вітає це.**

<sup>58</sup> Однак, як правило, підопічні з таким профілем розміщуються в одному з двох віддалених відділень Вінницького пансіонату, розташованих у невеликому містечку Вороновиця та в селі Плиски. Ці два відділення делегація не відвідувала.

<sup>59</sup> Див. пункт 9 документа СРТ/Інт (2020) 1.

<sup>60</sup> Крім того, десять підопічних були тимчасово госпіталізовані до сусідньої психіатричної установи.

<sup>61</sup> Стратегія реформування психоневрологічних та інших стаціонарних закладів та деінституалізації догляду за дорослими з інвалідністю та літніми людьми до 2034 року.

<sup>62</sup> Див. також рекомендацію в пункті 156 звіту про періодичний візит 2017 року (СРТ/Інт (2018) 41), <https://rm.coe.int/16808d2c2a>.

<sup>63</sup> Це також слід розглядати в контексті зобов'язань держави, що впливають із Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ), ратифікованої Україною у 2009 році. Див., наприклад, Заключні зауваження щодо об'єднаних другого та третього періодичних звітів України за КПІЛ, [https://digitallibrary.un.org/record/4063153/files/CRPD\\_C\\_UKR\\_CO\\_2-3-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/4063153/files/CRPD_C_UKR_CO_2-3-EN.pdf).

### 3. Умови проживання підопічних

32. Умови проживання в цілому були хорошими в оновлених частинах відвіданих закладів, таких як більшість приміщень у Грушківському інтернаті та відділенні 1 і поверхах 3 і 5 відділення 2 у Вінниці (світлі, просторі та індивідуалізовані кімнати площею від 10 до 20 м<sup>2</sup>, обладнані ліжками з повним комплектом постільної білизни, тумбочками, стільцями, шафами, журнальними столиками, холодильниками та телевізорами, розрахованими на розміщення від одного до чотирьох підопічних).<sup>64</sup> Єдиною реальною проблемою, що викликала занепокоєння в Грушківському інтернаті, була відносно низька температура в кімнатах та інших приміщеннях (приблизно 17 °С); **Комітет закликає українські органи влади шукати шляхи вирішення цієї проблеми.**

Натомість умови у (ще) не відремонтованих приміщеннях були поганими, особливо на 2-му та 4-му поверхах 2-го відділення у Вінниці, а також у всіх приміщеннях для проживання у Барабойському інтернаті, де кімнати були досить занедбані (пошкоджені підлоги та стіни, розбиті лампи тощо) і часто суворими, мебльованими лише ліжками та спільними тумбочками біля ліжок.<sup>65</sup> Ситуацію погіршувало переповнення деяких відділень, таких як частина відділення № 2 у Вінниці та відділення № 4 із закритим режимом у Барабойському інтернаті (де 64 підопічних проживали у п'яти кімнатах площею від 10 до 20 м<sup>2</sup>), де, незважаючи на рекомендацію ЄКПТ у доповіді про позаплановий візит 2019 року, кімнати все ще були обладнані двоярусними ліжками.<sup>66</sup> Делегація також була стурбована умовами в «карантинних» кімнатах Грушківського інтернату,<sup>67</sup> які були обладнані ліжками з гострими кутами, що не відповідали потребам осіб з обмеженою мобільністю та літніх людей.

Найгірші умови спостерігалися в кімнатах та спальнях, де проживали лежачі підопічні, наприклад, у відділенні № 2 у Вінниці, де бракувало приватного простору та приміщень, що замикаються, а також системи виклику. Відносна тіснота житлового простору (наприклад, двоє лежачих підопічних ділили кімнату площею близько 13 м<sup>2</sup> або четверо ділили кімнату площею 20 м<sup>2</sup>) ускладнювалася необхідністю зберігати інвалідні візки та засоби для ходьби.

У трьох відвіданих закладах соціального захисту керівництво докладало значних зусиль для пошуку фінансування (від держави, а також від інституційних та приватних донорів) з метою подальшого поліпшення умов проживання. **ЄКПТ може лише заохочувати ці зусилля з метою якнайшвидшого завершення ремонту всіх решти приміщень для проживання підопічних. Це також має включати ремонт «карантинних» кімнат у Грушківському інтернаті та кухні в Барабойському інтернаті (закритої після пожежі та тимчасово перенесеної до колишньої «карантинної» зони закладу).** Крім того, **Комітет рекомендує активізувати зусилля для вирішення проблеми переповненості, особливо у відділенні № 2 Вінницького пансіонату та відділенні № 4 Барабойського інтернату.**

33. У трьох відвіданих закладах соціального захисту підопічні мали необмежений доступ до спільних туалетів і ванних кімнат (які загалом були в задовільному стані). Вони могли користуватися душовими в палатах принаймні тричі на тиждень (зазвичай частіше). Однак проблемою була відсутність приватного **простору** та доступності для інвалідних візків. **Комітет рекомендує вжити заходів для усунення цієї проблеми в відвіданих закладах соціального захисту.**

34. Запас засобів особистої гігієни, одноразових прокладок для підопічних, які страждають

<sup>64</sup> Директор Вінницького пансіонату повідомив делегації, що після ремонту решти відділення № 2 у кожній кімнаті буде проживати не більше двох підопічних.

<sup>65</sup> Протягом останніх років в Барабойському інтернаті було проведено деякі ремонтні роботи, але загальне враження про занедбаність закладу залишилося.

<sup>66</sup> У інших палатах Барабойського інтернату також були двоярусні ліжка.

<sup>67</sup> Тут новоприбулі підопічні проводили перші два тижні в закладі, перш ніж переїхати в кімнату в одному з відділень.

на нетримання, та водонепроникних на матрацників, як правило, був достатнім, хоча (особливо у Вінниці) іноді траплялися перебої через нерегулярне фінансування, що змушувало персонал купувати відсутні товари за гроші з пенсій підопічних<sup>68</sup> або покладатися на гуманітарну допомогу.

**СКПТ рекомендує українським органам влади вжити необхідних заходів для забезпечення належного та безперебійного постачання засобів гігієни, одноразових прокладок та водонепроникних на матрацників у трьох відвіданих закладах соціального захисту та, за необхідності, у всіх закладах соціального захисту в Україні.**

35. Що стосується харчування, то на основі власних спостережень та інформації, отриманої від підопічних, делегація дійшла висновку, що воно було загалом достатнім за якістю та кількістю, що є позитивним моментом.<sup>69</sup>

36. Що стосується фізичних вправ на свіжому повітрі, більшість підопічних могли вільно пересуватися протягом дня на просторих зелених територіях закладів, які були обладнані лавками та навісами для захисту від негоди. Доступ був більш проблематичним для лежачих підопічних та підопічних з обмеженою рухливістю, оскільки залежав від наявності персоналу. **Комітет рекомендує вжити заходів для надання підопічним з обмеженою рухливістю належної допомоги з боку персоналу, щоб вони могли отримати доступ до майданчиків для фізичних вправ на свіжому повітрі у трьох відвіданих закладах соціального захисту.**

Найгірша ситуація в цьому відношенні знову спостерігалася у відділенні № 4 в Барабойському інтернаті,<sup>70</sup> де підопічні продовжували *фактично* перебувати в обмеженому просторі невеликої і порожньої території в межах охоронюваної зони відділення. **СКПТ закликає українські органи влади забезпечити, щоб усі підопічні 4-го відділення Барабойського інтернату мали необмежений доступ до достатньо просторих відкритих майданчиків протягом дня, за винятком випадків, коли лікування вимагає їхньої присутності всередині будівель. До того часу найбільш самостійним підопічним 4-го відділення слід надати доступ до загальної території закладу під належним наглядом персоналу, якщо це необхідно.**

#### 4. Персонал та лікування

37. Що стосується медичного персоналу, то три відвідані заклади соціального захисту явно виграли б від збільшення кількості лікарів,<sup>71</sup> медсестер<sup>72</sup> та санітарів,<sup>73</sup> особливо з огляду на велику кількість лежачих, потребуючих уваги, та підопічних, які страждають на нетримання, а також осіб з інвалідністю першого ступеня.

Однак найбільшою проблемою була недостатня кількість іншого терапевтичного та реабілітаційного персоналу. Жоден із закладів соціального захисту не мав у штаті психолога<sup>74</sup>

<sup>68</sup> 75% пенсій підопічних перераховувалося на рахунки закладів; підопічні могли використовувати решту 25% для придбання продуктів харчування, сигарет та інших товарів у місцевих магазинах.

<sup>69</sup> У Грушківському та Барабойському інтернатах частина продуктів харчування (особливо молоко, овочі та фрукти) вироблялася на фермах, адміністративно підпорядкованих цим закладам (див. також пункт 40 нижче).

<sup>70</sup> Використовувалися для розміщення підопічних, які були більш збуджені та схильні до фізичних нападів на підопічних з інших відділень.

<sup>71</sup> Кожен із закладів мав у штаті психіатра на 0,25 повного робочого часу (ПРЧ); психіатри зазвичай приходили 2–3 рази на тиждень, щоразу на кілька годин. Крім того, кожна відвіданий заклад соціального захисту мав штатного лікаря-терапевта (сімейного лікаря) та укладав договори з фахівцями (гінекологами, хірургами, кардіологами, радіологами, стоматологами тощо), яких можна було викликати за потреби.

<sup>72</sup> Грушківський інтернат (104 підопічних) наймав 9 медсестер на повний робочий день, у Вінницькому пансіонаті (160 підопічних) мав 12 медсестер на повний робочий день, а Барабойський інтернат (123 підопічних) мав 14 медсестер на повний робочий день. У кожному відділенні (на кожному поверсі у Вінниці) під час кожної зміни працювало від однієї до двох медсестер.

<sup>73</sup> У кожному відділенні (на кожному поверсі у Вінниці) під час кожної зміни працювало двоє санітарів.

<sup>74</sup> Хоча у Вінниці був психолог, який працював у НГО і приходив двічі на тиждень.

або повністю підготовленого ерготерапевта; крім того, було дуже мало соціальних працівників<sup>75</sup>, і лише Вінницький пансіонат мав у штаті фізіотерапевта.

**Комітет рекомендує докласти зусиль для поліпшення кадрової ситуації в Грушківському і Барабойському інтернатах та Вінницькому пансіонаті, зокрема шляхом суттєвого збільшення кількості персоналу у відділеннях (медсестер і санітарів), найму психологів, ерготерапевтів і фізіотерапевтів, а також найму додаткових соціальних працівників. У цілому, нинішнє співвідношення персоналу та підопічних у закладах соціального захисту<sup>76</sup>, як це визначено у відповідному наказі Міністерства соціальної політики, є занадто низьким і має бути збільшене.**

38. Що стосується лікування, яке надається підопічним, то воно в основному базувалося на фармакотерапії з обмеженим асортиментом переважно антипсихотичних препаратів першого покоління. У цьому контексті делегація з занепокоєнням відзначила, що деякі підопічні Грушківського інтернату отримували клозапін (Азалептол) без необхідних регулярних аналізів крові (як повідомляється, через бюджетні обмеження та те, що вартість аналізів крові не покривалася з державного бюджету).

Як неодноразово наголошував ЄКПТ, клозапін може мати побічний ефект у вигляді потенційно летального зниження кількості лейкоцитів (гранулоцитопенія). Тому **Комітет закликає українські органи влади вжити невідкладних заходів для запровадження обов'язкового регулярного аналізу крові в усіх закладах соціального захисту, де застосовується клозапін. ЄКПТ також рекомендує докласти зусиль для забезпечення закладів соціального захисту новітніми поколіннями психіатричних ліків.**

39. Крім того, спектр інших доступних психосоціальних методів лікування та заходів видавався досить обмеженим.<sup>77</sup> Індивідуальні плани реабілітації (які раз на рік розробляли та переглядали мультидисциплінарні групи, до складу яких входили принаймні психіатри, сімейні лікарі та соціальні працівники) дійсно були знайдені в особових справах підопічних, але, як правило, були досить стереотипними; також варто зазначити, що підопічні не брали участі в розробці та перегляді цих планів.

**Комітет рекомендує вжити заходів для розвитку пропозиції психосоціальної терапії та інших заходів для підопічних відвіданих закладів соціального захисту.<sup>78</sup> Крім того, для кожного підопічного необхідно скласти індивідуальні плани лікування та реабілітації (із зазначенням цілей лікування та реабілітації, використовуваних терапевтичних засобів та відповідальних співробітників) і регулярно переглядати їх відповідно до глибокої оцінки фізичного та психічного стану кожного підопічного. Підопічні повинні бути ефективно залучені до розробки, оцінки та перегляду своїх індивідуальних планів і бути поінформовані про їхній прогрес. Крім того, плани повинні бути більш зосередженими на поступовому розширенні прав і можливостей підопічних та збільшенні їхньої автономії, тим самим покращуючи їхні перспективи де-інституалізації.**

40. У Грушківському та Барабойському інтернатах делегація (знову) спостерігала, як деякі

<sup>75</sup> Один у Грушківському інтернаті, сім у Вінницькому пансіонаті та два в Барабойському інтернаті.

<sup>76</sup> Наприклад, одна медсестра на 40 вихованців.

<sup>77</sup> Малювання, шиття, рукоділля, музика, читання, екскурсії, концерти тощо. У Грушківському інтернаті та Вінницькому пансіонаті, за повідомленнями, приблизно половина підопічних брала участь у певних організованих заходах, тоді як в Барабойському інтернаті проблема полягала в тому, що дуже мало підопічних із закритого відділення № 4 мали доступ до таких заходів (6 із 64).

<sup>78</sup> Див. також пункт 186 Доповіді про візит до України у 2009 році (СРТ/Inf (2011) 29, <https://rm.coe.int/1680698430>), в якому зазначено наступне: «Лікування осіб з психічними вадами повинно включати широкий спектр терапевтичних, реабілітаційних та рекреаційних заходів, таких як доступ до відповідних ліків та медичної допомоги, працетерапія, групова терапія, індивідуальна психотерапія, мистецтво, драма, музика та спорт. Підопічні повинні мати регулярний доступ до належним чином обладнаних кімнат відпочинку; також бажано, щоб їм пропонували освіту та відповідну роботу з метою підготовки підопічних до самостійного або принаймні більш автономного життя».

підопічні (наприклад, 17 осіб у Барабойському інтернаті) виконували роботу – прибирання, дрібний ремонт, допомога у садівництві чи сільському господарстві<sup>79</sup> – на безоплатній добровільній основі.

Хоча ЄКПТ визнає, що робота може відігравати важливу позитивну роль у психосоціальному функціонуванні підопічних, **Комітет бажає ще раз наголосити на своїй думці, що будь-який вид такої роботи повинен бути винагороджений, принаймні символічно.**

## 5. Засоби обмеження свободи

41. Комітет вважає, що, як правило, засоби обмеження свободи не повинні застосовуватися в закладах соціального захисту. Політика повинна полягати в поступовому припиненні їх використання та заміні альтернативними методами, такими як техніки деескалації, для застосування яких персонал, що працює в таких закладах, повинен пройти відповідне навчання. У тих рідкісних випадках, коли підопічний стає збудженим і не заспокоюється, незважаючи на застосування персоналом технік деескалації, звичайною процедурою має бути виклик швидкої допомоги з метою негайного переведення підопічного до більш відповідного медичного закладу. **ЄКПТ рекомендує українським органам влади змінити свій підхід до застосування засобів обмеження свободи в закладах соціального захисту з урахуванням вищезазначених зауважень.**

42. Оскільки три відвідані заклади соціального захисту мали ліцензію Міністерства охорони здоров'я на надання психіатричної допомоги, вони були юридично уповноважені застосовувати засоби обмеження на тих самих підставах і за тими самими процедурами, що і в психіатричних лікарнях.<sup>80</sup>

Наскільки делегація могла встановити, у Грушківському інтернаті та Вінницькому пансіонаті не застосовували ізоляцію та фіксацію. Щодо Барабойського інтернату, делегація почула про окремих нещодавній випадок фіксації підопічного, якого було переведено до психіатричної лікарні незабаром після інциденту із застосуванням засобів обмеження свободи (на момент візиту він все ще перебував у лікарні). Однак делегація не змогла перевірити цю інформацію через відсутність спеціального реєстру.<sup>81</sup>

Доки засоби обмеження свободи можуть (принаймні в принципі) застосовуватися в закладах соціального захисту (див. пункт 41 вище), **ЄКПТ рекомендує створити такі спеціальні реєстри.**

## 6. Заходи безпеки

43. Правові база розміщення в закладах соціального захисту залишилися в основному такими ж, як описано у Доповіді про спеціальний візит 2019 року.<sup>82</sup> Нагадаємо, що для влаштування до закладу необхідна особиста заява потенційного підопічного (або, у випадку осіб, які не мають правоздатності, їхніх опікунів), висновки медичної комісії (складені з лікарів різних спеціальностей, серед яких обов'язково має бути психіатр) та підписання «договору» між підопічним (або опікуном, якщо підопічний не має правоздатності) та закладом соціального захисту. Після прийому до закладу соціальної допомоги підопічний повинен щонайменше раз на рік проходити огляд вищезазначеною медичною комісією, а щонайменше раз на два роки його стан повинен перевірятися районною «медико-соціальною експертною комісією», до складу якої

<sup>79</sup> Обидва інтернати мали при собі ферми (скотарство, овочівництво та садівництво). Особи, які працювали на цих фермах, були серед (адміністративного) персоналу двох закладів. Більша частина продукції ферм використовувалася для приготування їжі для підопічних, надлишки продавалися, а отримані гроші витрачалися на ремонт та придбання обладнання та матеріалів.

<sup>80</sup> Див. пункт 19 вище.

<sup>81</sup> Випадок фіксації також не був зафіксований в індивідуальній справі цієї особи.

<sup>82</sup> Див. пункт 40 документа СРТ/Іnf (2020) 1.

повинні входити щонайменше психіатр, психолог та педагог, для визначення доцільності подальшого перебування підопічного в закладі.

Підопічні можуть бути виписані за їхнім проханням, якщо медична комісія дійшла висновку, що вони здатні самостійно себе забезпечувати; підопічні також можуть бути виписані за рішенням суду, якщо суд визнає, що даний підопічний був незаконно поміщений до соціальної установи. Крім того, суди автоматично переглядають стан юридично недієздатних підопічних кожні два роки. Однак, незважаючи на давню рекомендацію ЄКПТ, юридично недієздатні підопічні як і раніше не можуть безпосередньо звертатися до суду з метою припинення їхнього перебування в закладі.

**Комітет закликає українські органи влади без подальших затримок внести зазначену поправку. ЄКПТ також рекомендує внести поправки до чинного законодавства, щоб забезпечити підопічним можливість завжди особисто пояснити свою ситуацію перед районною медико-соціальною експертною комісією; на даний момент це, як правило, не відбувається.**

44. Делегація зауважила, що вищезазначена правова база загалом належним чином дотримувалася у трьох відвіданих закладах соціального захисту, включаючи вимогу про підписання «договорів» між підопічними (або їхніми опікунами) та директорами закладів<sup>83</sup> та проведення перевірок медичними комісіями та районними медико-соціальними експертними комісіями.

Однак, як і раніше, підопічним, як правило, не надавали копію «договору», а персонал зазвичай не докладав зусиль, щоб пояснити підопічним значення та зміст «договорів». Кілька підопічних, з якими делегація поспілкувалася, мали лише приблизне уявлення про те, що вони підписали (деякі навіть не пам'ятали, що підписували «договір»). Крім того, декілька підопічних спонтанно та наполегливо заявили делегації, що не бажають залишатися в закладі, але водночас не знають, які кроки вони можуть вжити, щоб подати прохання про виписку.

**ЄКПТ закликає українські органи влади забезпечити, щоб підопічним закладів соціального захисту (в тому числі ті, хто є юридично недієздатними) систематично отримували копію «договору», підписаного з директором закладу, та інформацію, у зрозумілій для них формі, про значення «договору» та їхнє право вимагати виписки із закладу. Див. також рекомендацію в пункті 47 нижче.**

45. Комітет стурбований тим, що, незважаючи на його попередні неодноразові рекомендації, у трьох відвіданих закладах соціального захисту багато недієздатних підопічних мали директора закладу, який виконував функції їхнього опікуна.<sup>84</sup> ЄКПТ повинен ще раз наголосити, що доручення опіки тому самому закладу, в якому перебуває недієздатна особа, може легко призвести до конфлікту інтересів і поставити під загрозу незалежність та неупередженість опікуна. **Комітет знову закликає українські органи влади шукати альтернативні рішення, які б краще гарантували незалежність та неупередженість опікунів.**

46. З позитивного боку, делегація відзначила, що директори трьох відвіданих закладів соціального захисту активно зверталися до компетентних судів з метою відновлення правоздатності підопічних;<sup>85</sup> **ЄКПТ заохочує директорів цих трьох закладів продовжувати**

<sup>83</sup> Такі «договори» зазвичай містили інформацію про розпорядок дня підопічних, заходи, в яких вони могли брати участь, а також про їхні індивідуальні плани лікування; у разі якщо підопічні були юридично недієздатними, їхні опікуни підписували договори від їхнього імені. Соціальний працівник закладу зберігав оригінали «договорів» в особистих справах підопічних, а копії передавав опікунам недієздатних підопічних.

<sup>84</sup> Так було у випадку з 28 підопічними Грушківського інтернату, двома підопічними у Вінницькому пансіонаті та 110 підопічними в Барабойському інтернаті.

<sup>85</sup> Наприклад, у період з 1 січня 2025 року до дати візиту делегації такі запити були надіслані щодо 22 підопічних у Грушківському інтернаті та шести вихованців в Барабойському інтернаті.

цю добру практику.

На жаль, суди майже ніколи не дотримувалися рекомендацій директорів, як правило, посиляючись на первинні медичні діагнози підопічних як підстави для відмови у відновленні їхньої правоздатності. **Це дійсно прикро і, здається, суперечить принципам і цілям, викладеним у Конвенції про права осіб з інвалідністю.**<sup>86</sup>

47. Що стосується скарг, підопічні могли, *серед іншого*, подавати скарги онлайн та телефоном до Омбудсмена. Однак, наскільки делегація могла встановити, офіційних внутрішніх процедур подання скарг та реєстрів скарг не існувало. Незважаючи на наявність скриньок для скарг (у Барабойському інтернаті та Вінницькому пансіонаті), вони були важкодоступними і не давали підопічним можливості ефективно та анонімно подавати скарги. Крім того, підопічні не були поінформовані у зрозумілій для них формі та мовою про свої права, зокрема про право подавати скарги конфіденційно як всередині закладу, так і до зовнішніх органів влади.

**Комітет рекомендує вжити заходів для забезпечення інформування підопічних про можливості подавати скарги як внутрішньо, так і до зовнішніх органів на конфіденційній основі. Це слід зробити у формі брошури, складеної у формі, зрозумілій для підопічних, та розданої їм, а також їхнім законним представникам/опікунам. Окрім інформації про способи подання скарг, брошура повинна містити детальну інформацію про розпорядок дня в закладах та права підопічних (включно з правом вимагати виписки із закладів, див. пункт 43 вище). Зазначена інформація також повинна бути викладена в «договорах», підписаних підопічними та (якщо підопічні є юридично недієздатними) їхніми опікунами. Також звертаємо увагу на рекомендацію, викладену в пункті 28 вище, яка застосовується *mutatis mutandis* до закладів соціального захисту.**

48. Щодо контактів із зовнішнім світом, підопічні могли приймати відвідувачів без обмежень. Крім того, деяких підопічних за попереднім погодженням директора їхні родини забирали на вихідні, свята або на довший термін. Декільком підопічним також було дозволено залишати територію закладу без нагляду.

Безкоштовний Wi-Fi був доступний у всіх закладах соціального захисту. Однак підопічні, які не мали власних мобільних телефонів, не мали доступу до телефону (або мали дуже обмежений доступ).<sup>87</sup> **Комітет повторно рекомендує вжити заходів для полегшення доступу до телефону підопічними, які не мають власних мобільних телефонів.**

<sup>86</sup> Див., наприклад, Заключні зауваження щодо об'єднаних другого та третього періодичних звітів України за Конвенцією про права інвалідів, [https://digitallibrary.un.org/record/4063153/files/CRPD\\_C\\_UKR\\_CO\\_2-3-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/4063153/files/CRPD_C_UKR_CO_2-3-EN.pdf).

<sup>87</sup> Вони могли попросити скористатися стаціонарним телефоном закладу або особистим мобільним телефоном співробітника, але, як правило, тільки у виняткових ситуаціях (надзвичайні ситуації, пов'язані з родиною, тощо); або вони покладалися на щедрість інших підопічних, які могли дозволити їм зателефонувати з їхнього особистого мобільного телефону

## ДОДАТОК

**ПЕРЕЛІК НАЦІОНАЛЬНИХ ОРГАНІВ, ІНШИХ ОРГАНІЗАЦІЙ ТА  
НЕУРЯДОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ,  
З ЯКИМИ ДЕЛЕГАЦІЯ ЄКІП ПРОВЕЛА КОНСУЛЬТАЦІЇ**

**А. Національні органи****представники Міністерства охорони здоров'я**

Ігор Кузін	Заступник Міністра, Головний державний санітарний лікар
Сергій Шум	Генеральний Директор Інституту судової психіатрії
Олена Гармата	Головний спеціаліст з питань охорони психічного здоров'я

**Міністерство соціальної політики**

Ірина Постолюк	Заступник Міністра
Оксана Суліма	Заступник генерального директора, Директорат соціальних послуг
Олена Фартушна	Керівник експертної групи з питань захисту прав певних соціальних груп та людей похилого віку, Директорат соціальних послуг
Ірина Шурпак	Радник Міністра
Софія Некрутенко	Експерт проектного офісу

**В. Інші органи****Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини (Омбудсман)**

Артем Володін	Директор Департаменту з питань реалізації Національного превентивного механізму
Руслан Морозов	Керівник відділу з питань впровадження Національного превентивного механізму в секторі охорони здоров'я
Ірина Цикаленко	Керівник відділу впровадження Національного превентивного механізму в установах соціального забезпечення та освіти

**С. Неурядові організації**

Боротьба за права

Міжнародний фонд "Відродження"

Українська психіатрична асоціація