

България

Далече от очите на обществото

Системна дискриминация срещу хора с умствени увреждания

Въведение

Амнести интернешънъл е загрижена от сериозното незачитане на основните човешки права на хора с нарушения на психичното здраве или увреждания на развитието (наричани по-нататък хора с умствени увреждания) в България. Системно се нарушават някои от основните им права, когато се подлагат на лечение против волята им в психиатрични болници, или когато се настаняват за стационарни грижи в домове за социални грижи за деца или възрастни с умствени увреждания.

Години наред Амнести интернешънъл проявява загриженост за неправомерно лишени от свободата си хора и за условията на ограничаване на свободата на всеки лишен от свобода човек, когато те представляват изтезания или жестоко, нечовешко или унизително отношение или наказание. Това се отнася за хора, задържани в полицията или за осъдени на лишаване от свобода с различна продължителност. Отнася се и за търсещи убежище, задържани в предварителен арест в очакване на решение на съответния държавен орган по тяхната молба за убежище или депортиране в друга страна. В настоящия доклад Амнести интернешънъл съсредоточава вниманието си върху основните права на хора с умствени увреждания¹, настанени за недоброволно лечение в психиатрични болници или недоброволно лишени от свобода, за да получават грижи в институции, администрирани в рамките на системата за социално подпомагане, като домовете за социални грижи за деца и възрастни с умствени увреждания в България.

На всеки човек се полагат определени основни права. Тридесетте члена на Всеобщата декларация за правата на човека се отнасят еднакво за всички, независимо от това къде живеят, какъв е цветът на кожата им или вероизповеданието им, независимо от това дали са бедни или богати, както и независимо от уврежданията, които биха могли да имат. За съжаление не всеки се радва на добро здраве и живот без физическо, умствено и/или сетивно увреждане. Въпреки това някои основни права са неотменими и никой не може да бъде лишаван от лично достойнство и ценност като човешко същество. Правителствата са задължени да защитават правото на живот на всеки човек и правото да не бъде подлаган на жестоко, нечовешко или унизително отношение или наказание; правото на равнопоставена защита от закона; правото да не бъде лишаван неправомерно от свободата си или от правото на справедлив съдебен процес; правото на социална осигуреност и правото на образование. Принцип 1(5) от Принципите на ООН за защита на лица с психични заболявания и за подобряване на психиатричната помощ (наричани по-нататък Принципи МІ)² ни напомня, че: “Всяко лице с психично заболяване има правото да упражнява всичките си граждански, политически, икономически, социални и културни права, признати от Всеобщата декларация за правата на човека, Международния пакт за икономически, социални и културни права, Международния пакт за граждански и политически права, и

¹ Стандартните правила за изравняването на възможностите на лица с недъзи, приети от Общото събрание на ООН през 1993 г. (A/RES/48/96), дават следната дефиниция на увреждане: “Терминът ‘увреждане’ обобщава голям брой различни функционални ограничения, наблюдавани в която и да е популация в която и да е страна по света. Хората могат да бъдат увредени чрез физическо, интелектуално или сетивно увреждане, медицински състояния или психично заболяване. Такива увреждания, състояния или заболявания могат да бъдат постоянни или преходни по своето естество”. Амнести интернешънъл използва термина “лица с увреждания” в съответствие със съвременната употреба на термина от ООН. Вж. напр. документа на Комитета на ООН по икономически, социални и културни права, Общ коментар № 5, “Лица с Увреждания”; 11-та Сесия (1994 г.), цитиран в документ на ООН в UN DOC. HRI/GEN/1/REV.5 в алинеи 3 и 4.

² Приети с Резолюция на Общото събрание на ООН № 46/119 от 18 февруари 1992.

от други релевантни правни документи ...”

През октомври 2001 г. и януари 2002 г. представители на Амнести интернешънъл, Българския хелзинкски комитет (БХК) и Международни права за умствено увредените (MDRI) посетиха три вида институции. Първо делегацията направи посещение на три държавни психиатрични болници в Карлуково, Паталеница и Кърджали, подчинени на Министерството на здравеопазването и финансирани от държавния бюджет. Акцентът на посещенията се постави върху пациенти, настанени за “принудително психиатрично лечение”³: правните разпоредби и процедури, на които са били подложени, когато са били лишени от свобода, условията им на живот и приложеното лечение. Втората категория посетени институции бяха домове за социални грижи за деца с умствени увреждания. Бяха посетени пет такива дома в Борислав, Джурково, Стража, Могилино и Видраре. Третата категория включваше домове за социални грижи за възрастни. Делегацията посети осем такива институции в Санадиново, Радовец, Раздол, Пастра, Подгумер, Драгаш войвода, Самуил и Черни връх. Някои от възрастните, настанени в тези домове, които предоставят стационарни грижи за неопределен период от време, са израснали в домове за социални грижи за деца. Други са били настанени в тези институции от законните им настойници, обикновено след като са били настанени в психиатрични болници за принудително лечение. И двете категории домове за социални грижи са подчинени на Министерството на труда и социалната политика. Сред експертите в делегацията бяха психиатри, един от които специалист в сферата на увреждания в учебния процес, адвокат-специалист по умствено увреждане, клиничен психолог, лекар по съдебна медицина и специалист в областта на реформата в администрацията и системата на психиатричната здравна помощ. Делегация на Амнести интернешънъл и БХК се върна в Драгаш войвода през април 2002 г.⁴

Амнести интернешънъл оценява високо сътрудничеството на българските власти, администрацията и персонала на посетените институции, които разрешиха на делегацията да инспектира институциите и в повечето случаи предоставиха изчерпателна информация относно всички аспекти на живота на настанените лица и функционирането на заведението. По време на посещенията представител на Амнести интернешънъл се срещна с много администратори, професионалисти и други служители, които изглеждаха истински ангажирани да предоставят най-добрите възможни грижи за хората в техните институции, въпреки ограниченията в подготовката им и в наличните ресурси. Решимостта им да подобрят ситуацията е похвална и заслужава пълна подкрепа.

Посещенията на място разкриха редица въпроси, свързани с тежки нарушения на основните права на настанените за принудително лечение в психиатрични институции, както и основните човешки права на деца и възрастни с умствени увреждания, настанени в домове за социални грижи. Тези въпроси обхващат широка гама проблеми: от правни разпоредби и практики, свързани с принудителното лечение в психиатрични болници, което води до неправомерно задържане и нарушения на правото на справедлив съдебен процес, липса на рехабилитация за деца с умствени увреждания, условия на живот и лечение, предоставяно в социалните домове за възрастни. Последните бяха, по мнение на делегацията, в шокиращо състояние, с условия на живот и лечение на живеещите в седем от осемте посетени социални домове, стигащи до жестоко, нечовешко и унижително отношение в нарушение на международното право. Съобщените данни за малтретиране на пациенти в болниците и на живеещите в

³ “Принудително психиатрично лечение” в България е използваният правен термин за настанявания, извършвани в съответствие със съответната процедура от гражданското право. “Недоброволно психиатрично лечение” в България е използваният правен термин за настанявания, извършвани в съответствие със съответната процедура от наказателното право. Акцентът в настоящия доклад е върху първата категория.

⁴ Настоящият доклад се основава на гореспоменатите посещения. Представители на Амнести интернешънъл и БХК продължават да посещават домове за социални грижи за деца и възрастни с умствени увреждания. През юни 2002 г. те посетиха Оборище, Горни чифлик, Факия и посетиха повторно Радовец; през юли 2002 г. те посетиха Качулка и Три кладенци и посетиха повторно Раздол, Самуил и Могилино.

домовете за социални грижи, наблюдаваните методи на ограничаване и налагане на изолиране, както и липсата на адекватна рехабилитация или адекватно медицинско обслужване, установени в домовете за социални грижи, представляват нарушения на член 7 на Международния пакт за граждански и политически права (МПГПП) и член 3 на Европейската конвенция за защита на правата на човека и основните свободи (ЕКПЧ), която забранява изтезания, нечовешко и унижително отношение или наказание. България е ратифицирала и двата договора и е задължена да ги прилага изцяло.

Много от нарушенията на основни права на човека, описани в настоящия доклад, произтичат от правни разпоредби и процедури, които не отговарят на международните стандарти, или от наблюдаваните широко разпространени практики, като например насилствено изолиране или липса на рехабилитация и активна терапия. Такива нарушения са и в резултат на системна дискриминация срещу хора с умствени увреждания, които имат много малки шансове да се радват на основните си човешки права. България не е изпълнила задължението си по МПГПП и други договори да зачита и осигурява права на всички свои граждани на равна основа, а също и да предприема необходимите законодателни и политически мерки за защита на правата на човека, гарантирани от МПГПП.

Амнести интернешънъл призовава българските власти да се заемат ефективно и незабавно с всички тези проблеми. Подобряването на ужасяващата ситуация в повечето от посетените домове за социални грижи за възрастни с умствени увреждания може да се окаже въпрос за живот и смърт за някои от живеещите там. Осигуряването на подходящо лечение и рехабилитация на деца е друга неотложна задача, от която зависи съдбата на стотици деца. Същевременно подобряването на грижите за деца с умствени увреждания, осигуряването на адекватна рехабилитация и лечение, както и включването им в обществения живот чрез осигуряване на необходимата подкрепа от страна на обществеността, ще сложи край на приемането на много хора в системата на домовете за социални грижи за възрастни. Аналогично, подобряването на психиатричното лечение в болници и извънболнични центрове, както и създаването на ефективна система за оказване на обществена подкрепа и обслужване на хора с умствени увреждания, ще допринесе за намаляването на броя на случаите, изпращани в социални институции, като домовете за социални грижи.

Амнести интернешънъл знае, че през юни 2001 г. българското правителство прие Национална програма за психичното здраве на гражданите на Република България (2001-2005 г.). В Програмата се изразява критично отношение към сегашната система на психиатрична помощ и се ангажират компетентните органи с нейната деинституционализация. Планът включва: “закриване на много от сега съществуващите стационарни заведения, предназначени изцяло за психиатрична помощ и създаване на стационарни заведения в многопрофилните болници; осигуряване на обслужване в рамките на обществото и доставяне на медицински грижи в дома на пациента; въвеждане на съвременни медицински технологии; създаване на регионални програми за психично здраве и свързването им с други елементи на социалното обкръжение на душевноболните, както и със зачитане на човешките права на пациентите”⁵. Тази програма, разработена от Министерството на здравеопазването, не отразява ситуацията в домовете за социални грижи за деца и възрастни с умствени увреждания, които са подчинени на Министерството на труда и социалната политика и следователно не се считат за част от системата за психиатрична помощ. Установените факти от Амнести интернешънъл и нейната загриженост, представени в настоящия доклад, подчертават, че дълго забавяната всеобща реформа на психиатричната помощ следва да се доразвие и да включи домовете за социални грижи, да бъде прилагана най-бързо и непременно да гарантира пълното спазване на международните стандарти в България.

След като в България се приеме всеобхватна програма за реформи на психиатричната помощ, международната общност следва да ѝ предостави пълна подкрепа.

⁵ Болнична психиатрична помощ в България и права на човека, Български хелзинкски комитет, София, декември 2001 г.

“Българското правителство има твърдата политическа воля да се справи със сериозното положение в домовете за социални грижи и вече са предприети първите стъпки,” заяви Христина Христова, заместник-министър на труда и социалната политика, на среща с представител на Амнести интернешънъл през юни 2002 г. Тя имаше предвид закриването на дома за социални грижи за жени с умствени увреждания в Санадиново след призови от Амнести интернешънъл и други правозащитни организации.

Настоящият доклад е разделен на две части. Първата част е посветена на посетените психиатрични болници и на разпоредбите, свързани с принудителното психиатрично лечение. Втората част, която се занимава с посетените домове за социални грижи, е организирана в два раздела - единият за институции за деца, а вторият за институции за грижи за възрастни с умствени увреждания. Редица въпроси, като условията на живот, медицинското лечение, прилагането на ограничаване и изолиране, твърдения за малтретиране и разследвания на оплаквания за малтретиране, са обсъдени на две или три места в настоящия доклад във връзка с посетените институции. Макар да е неизбежно известно повторение на международни правозащитни стандарти, те се цитират в цялост, когато за първи път се обсъжда конкретен въпрос. Докладът съдържа и кратко обобщение на поводите за загриженост на Амнести интернешънъл и списък от препоръки до българските власти.

И накрая, следва да се отбележи, че настоящият доклад отделя най-голямо внимание на нарушенията на гражданските и политически права на хора с умствени увреждания. От обрисуваната тук ситуация е болезнено очевидно, че тези права са взаимнозависими от икономическите, социални и културни права, като правото на адекватен стандарт на живот, най-висок достижим стандарт на физическо и психично здраве, правото на образование и на участие в културния живот⁶. Всъщност някои от нарушенията, описани в настоящия доклад, може би се отнасят към клаузи както на Международния пакт за граждански и политически права (МПГПП), така и на Международния Пакт за икономически, социални и културни права (МПИСКП). Например, умишленото отказване на адекватно медицинско обслужване на лишено от свобода лице, което може да доведе до сериозно заболяване, страдание или смърт, би представлявало нарушение на член 7 на МПГПП, който забранява изтезания или жестоко, нечовешко или унизително отношение или наказание. Отказът на лечение би могъл да представлява и нарушение на член 12 на МПИСКП, който предвижда правото на най-високо достижимо равнище на физическо и психично здраве.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да признаят публично, че лечението и грижите за хора с умствени увреждания в много случаи в цяла България са неадекватни и че тази ситуация вече няма да бъде толерирана. В съответствие с поетите ангажименти по силата на член 2 на МПГПП, българските власти следва да предприемат всички необходими стъпки, за да гарантират, че хората с умствени увреждания не са подложени на каквато и да е форма на дискриминация. Българските власти следва да развият програми за обществена информираност, които да подчертават, че хората с умствени увреждания имат същите човешки права, както всеки друг член на обществото.

Първа част: Психиатрични болници

Според информация от Националния център за здравна информация болнична психиатрична помощ в България през 2000 г. се е предлагала в 11 държавни психиатрични болници с общо 3075 легла, 12 психиатрични диспансери с 1604 легла, 12 психиатрични отделения в общопрофилни болници с 593 легла и девет психиатрични клиники и центрове с общо 896 легла. Следователно общият брой на психиатричните легла в България е бил 6168, от които 50% са били в държавни психиатрични болници.

⁶ Тези права са включени в член 11, 12, 13 и 15 на МПИСКП.

Тези заведения за психично здраве са лекували пациенти в сериозно състояние, които са били изпратени за продължително лечение. През 2000 г. общо 34 754 лица са били приети в стационарни заведения на психиатричните институции в България⁷.

Броят на пациентите, приети за 'недоброволно'⁸ и 'принудително'⁹ лечение в болнични психиатрични заведения през 2000 г. е 1522 или 4,4% от общия брой на хоспитализирани лица. Принудителното лечение, което е в центъра на внимание на настоящия доклад, се прилага в държавните психиатрични болници и в общинските психиатрични диспансери, в зависимост от състоянието на пациентите, като болниците се грижат за по-голям брой пациенти.

След изчерпателен преглед на болничната психиатрична помощ в България БХК съобщава, че разграничаването между институциите за активно лечение, психиатричните болници и диспансерите, и домовете за социални грижи за умствено увредени, които не са част от системата за психиатрична помощ, е доста неясно. През декември 2001 г. БХК отбеляза, че неговите "изследователи са се срещнали с хора, които са били настанени в психиатрични болници по-скоро по социални, отколкото по медицински причини и които не са проявили никакви симптоми на психично заболяване, за което е необходимо активно лечение. От друга страна, изследователите са се срещнали с някои пациенти в домовете за социални грижи, които страдат от остри състояния и дори такива, които се нуждаят от незабавна помощ"¹⁰.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Условията на живот в болниците, посетени от представител на Амнести интернешънъл, бяха неадекватни и не отговаряха на международните правозащитни стандарти. Макар в тези болници да бяха прилагани психолечение и контролирано лекарствено лечение, наблюдаваше се ярка липса на други възможности за рехабилитация и лечение, на които се придава изключително значение в международните стандарти.

Условия на живот

Европейският комитет за предотвратяване на изтезания, нечовешко или унижително отношение или наказание (КПИ) в своя осми Годишен доклад¹¹ разработи стандарти за условия и лечение в психиатрични институции. Комитетът посочи:

"Целта следва да бъде да се предоставят материални условия, които допринасят за лечението и за доброто състояние на пациентите; от психиатрична гледна точка - позитивно терапевтично обкръжение ... Качеството на живот и лечение на пациентите до значителна степен неизбежно зависи от наличните ресурси. Комитетът отчита, че във време на сериозни икономически трудности може да се наложи да се правят жертви, включително в здравните заведения. В светлината на фактите, установени

⁷ Пак там.

⁸ В българските закони се прави разграничение между 'недоброволно' и 'принудително' лечение. Лицата, оценени като престъпно безотговорни, се настаняват за 'недоброволно' болнично психиатрично лечение според разпоредбите на Наказателно-процесуалния кодекс. Недоброволно лечение се прилага в Невропсихиатричната болница в Ловеч и в специално отделение в Специализираната неврологична и психиатрична болница "Св. Наум" в София.

⁹ Настаняването за принудително лечение се извършва според процедурата на административното право.

¹⁰ Болнична психиатрична помощ в България и права на човека, Български хелзински комитет, София, декември 2001 г.

¹¹ 8-ми Общ доклад за дейността на КПИ за периода от 1 януари до 31 декември 1997 г., Ref: КПИ/Inf (98) 12[EN], публикуван на 31 август 1998 г.

при някои посещения, Комитетът иска да подчертае, че осигуряването на определени неща от първа необходимост следва да бъде гарантирано в институции, в които има лица под грижите и/или попечителството на държавата. Това включва адекватна храна, отопление и облекло, както и - в здравните заведения - съответните медикаменти.”¹²

По отношение на условията на живот КПИ изисква да се осигурява “достатъчно жизнено пространство за всеки пациент, както и адекватно осветление, отопление и вентилация, да се поддържа заведението в задоволително състояние и да отговаря на изискванията за болнична хигиена.”¹³ Освен това вътрешното оформление на стаите на пациентите и на местата за отдых трябва да създава зрителна стимулация. Нощни масички и гардероби се считат за много желателен елемент, за да се даде възможност на пациентите да държат лични вещи, като снимки или книги. На факта, че на пациентите не е предоставено пространство, което да може да се заключва, се гледа като на нарушаване на чувството за сигурност и независимост на пациента.

КПИ също препоръчва пациентите да бъдат подходящо облечени, “за да се укрепи личностната им идентичност и самоуважение”. Храната следва да бъде с добро качество и да бъде поднасяна при подходящи условия. Счита се, че големите общи спални помещения не отговарят на съвременните психиатрични практики.

Материалните условия в трите психиатрични болници, посетени от представител на Амнести интернешънъл през октомври 2001 г., бяха в общи линии лоши и не отговаряха на гореспоменатите стандарти. Сградите, някои от които много стари, бяха в много лошо състояние и се нуждаеха от основни подобрения. Санитарните възли бяха недостатъчни и често нехигиенични. Почти нямаше възможности за дейности през деня, а още по-малко такива, които могат да се приемат за адекватни. Спалните помещения често бяха големи и пренаселени, стените - голи и в много лошо състояние. Малко пациенти имаха нощни масички или шкафчета, в които да държат лични вещи. “Дневните стаи” - термин, използван за предназначенията за дневни дейности места - често представляваха провизорно организирани пространства в коридори, обзаведени с телевизор, маса и няколко стола или пейки. Специалните отделения за пациенти, настанени за принудително лечение, бяха заключени и пазени от санитарни. В такива отделения, посетени от представител на Амнести интернешънъл, на пациентите не се разрешаваше да напускат отделенията по което и да е време.

Последната акредитация на болницата в Карлуково е проведена от Министерството на здравеопазването през 1998 г. и тогава не са били отправени препоръки. По време на нашето посещение през октомври 2001 г. основният проблем на ръководството беше недостатъчното финансиране за болницата. Д-р Капка Никифорова, директор на болницата, която съществува от 100 години и е втората такава институция в страната, поясни: “Предвидените ресурси за медикаменти и храна едва стигат, не получаваме средства за поддръжка на материалната база. Обикновено получаваме 50% от това, което ни е нужно в действителност”. Болницата е с капацитет за лечение на 250 пациенти. Средната продължителност на лечение на лицата на принудително лечение е между 90 и 180 дни. Болницата не би била в състояние да функционира без подкрепата, получавана от Българския Червен кръст и други хуманитарни организации.

И в трите посетени болници обикновено нямаше топла вода по 24 часа на ден, освен в някои женски отделения. В една от болниците, в Паталеница, разположена в подножието на Родопите, нямаше адекватно отопление. В тази болница се грижат за 100 мъже и 50 жени. Около 75 000 лева (35 000 щ. д.) са необходими за завършването на системата за централно отопление. Междувременно в спалните помещения се използваха електрически нагревателни уреди. През януари 2002 г. д-р Дора Атанасова,

¹² Пак там.

¹³ Пак там.

директор на болницата, каза на представител на Амнести интернешънъл, че ситуацията се влошава с настъпването на зимата. Тя заяви: “Щастливи сме, ако температурата в стаите на пациентите достигне 14 или 15 градуса.” Макар да имаше много електрически нагревателни уреди, някои от които донесени от самите пациенти, те не можеха да се използват едновременно, тъй като това води до срив на електрическата система. Сметката за електричество за декември 2001 г. е била 4000 лева (2000 щ.д.), което представлява значително бреме за недостатъчния бюджет на болницата. Директорката беше щастлива, че е успяла да получи безплатно от Полицейската академия в Пазарджик дебели връхни дрехи за всички пациенти.

Лечение

Стандартите на КПИ предвиждат психиатричното лечение да се основава на индивидуален подход и да включва широка гама рехабилитационни и терапевтични дейности, включително, между другото, достъп до лечение чрез различни занимания, групово лечение, индивидуално психолечение, изкуство, драма, музика и спорт. Пациентите следва да имат редовен достъп до подходящо обзаведени стаи за отпих и възможност да се движат на открито всеки ден; желателно е също да им се предлага образование и подходяща работа¹⁴.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се въведат стандарти за болнични условия на живот и на пациентите да се предоставя цялата гама терапии, което ще отговаря на международните стандарти. Да се гарантира спазването на тези стандарти във всички институции, предоставящи болнично психиатрично лечение.

Принцип 14 на Принципите МІ специфично изброява следните ресурси, които трябва да бъдат в наличност в психиатрични заведения:

“а) Достатъчен на брой квалифициран медицински и друг подходящ професионален персонал, достатъчна площ, за да се даде възможност за лично пространство на всеки пациент и програма за подходяща и активна терапия;

б) Диагностично и терапевтично обзавеждане за пациентите;

в) Подходящи професионални грижи; и

г) Адекватно, редовно и пълно лечение, включително доставяне на медикаменти.”

Правило 3 на Стандартните правила на ООН за изравняването на възможностите за лица с увреждания гласи, че: “Държавите следва да гарантират осигуряването на рехабилитационно обслужване на лица с увреждания, за да могат те да достигнат и поддържат оптималното си равнище на независимост и функциониране”.

Встрани от психолечението и лекарственото лечение, които не бяха изследвани задълбочено от делегацията по време на посещенията на болниците (с изключение на използването на лечение с електроконвулсия), се наблюдаваше явна липса на други възможности за рехабилитация и лечение в посетените психиатрични болници. В една от тях спортната зала не е била използвана дълго време и лечението чрез различни занимания също е било прекратено. Явно вече не е било възможно да се продават предметите, произведени в работилниците на болницата. В друга болница на представителя на Амнести интернешънъл беше казано, че единственото лечение за пациенти на принудително лечение било "утринна аеробика", провеждана в коридора на отделението. Общо взето на пациентите на принудително лечение не се разрешава да излизат навън, дори за кратко време. Без каквато и да е

¹⁴ 8-ми Общ доклад за дейността на КПИ за периода от 1 януари до 31 декември 1997 г., Ref: КПИ/Inf (98) 12[EN], публикуван на 31 август 1998 г.

дейност дните на пациентите нямат цел, а тъй като материалите за четене, като вестници и списания, са много оскъдни, телевизията е единственото развлечение.

Целта и ефективността на лечението бяха поставени под въпрос от един директор, който заяви, че 70% от пациентите се връщат за лечение, изпратени от извънболнични заведения. Липсата на система за адекватна обществена подкрепа и услуги за хора с умствени увреждания допринася за такава висока степен на повторна хоспитализация и подкопава ефективността на психиатричното болнично лечение. Много други пациенти биват приети отново поради факта, че техните настойници не са в състояние да ги настанят в домове за социални грижи, за които има дълги списъци на чакащи.

Лечение с електроконвулсия

При лечение с електроконвулсия (ЛЕК) през мозъка на пациента се пуска контролиран електрически ток. ЛЕК е бърз метод за лечение на тежки депресивни смущения. Днес се използва главно когато, според лекарите, е изключително важно да се постигне бързо подобрение, като в случаите на висок риск от самоубийство, депресивно вцепенение, или когато пациентът е в депресия или не е поел достатъчно течности, за да поддържа функцията на бъбреците. С развитието на съвременната фармакология използването на ЛЕК намаля значително. Електрическият ток предизвиква генерализиран пристъп, който ако не бъде овладян, може да доведе до фрактури, включително на гръбначните прешлени. Използването на средства за отпускане на мускулите предотвратява това, но парализиращите въздействия спират функционирането на дихателните мускули, така че пациентът не може да диша сам. По тази причина ЛЕК следва да се прилага само с пълна упойка и със средство за отпускане на мускулите, под надзора на анестезиолог. Този метод е известен като “модифициран ЛЕК”.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Лечение с електроконвулсия е било приложено в някои институции в немодифицирана форма (т.е. без използването на упойка или средство за отпускане на мускулите), което се счита за лоша практика от медицинския експерти и противоречащо на международните стандарти.

КПИ отбеляза, че прилагането на ЛЕК следва да бъде придружено от подходящи предпазни мерки. КПИ “е особено разтревожен, когато се сблъска с прилагането на ЛЕК в немодифицираната му форма (т.е. без упойка и без средство за отпускане на мускулите); този метод вече не може да се счита за приемлив в съвременната психиатрична практика. Освен риска от фрактури и други нежелани медицински последици, самият процес е унижителен и за пациентите, и за съответния персонал. Следователно ЛЕК трябва винаги да се прилага в модифицирана форма”¹⁵.

По време на първото си посещение в България през март-април 1995 г. КПИ установи, че психиатричните болници в Ловеч и Раднево използват ЛЕК в немодифицираната му форма и препоръча незабавното прекратяване на тази практика¹⁶. Препоръката обаче очевидно не бе изпълнена и БХК докладва, че негови изследователи са установили прилагането на немодифициран ЛЕК в осем психиатрични институции (болници или диспансери).

¹⁵ Пак там.

¹⁶ Доклад до българското правителство относно посещението в България на Европейският комитет за предотвратяването на изтезания и нечовешко или унижително отношение или наказание (КПИ) от 26 март до 7 април 1995 г., абзац 185-187, КПИ/Inf (97)1.

Преди нашето посещение през октомври 2001 г. психиатричната болница в Кърджали е била една от институциите, за които се съобщава, че са използвали немодифициран ЛЕК. В болницата има три уреда за ЛЕК, предвиждани да се използват с модифициране само при случаи на кататонично вцепенение и на дълбоко депресивно вцепенение. След като бе притиснат да каже кога е сключен договорът с анестезиолога, който ще помага при прилагането на модифициран ЛЕК, директорът д-р Дамян Гетев заяви, че договореността е влязла в сила на 1 октомври 2001 г., т.е. два дни преди посещението. Психиатричната болница в Паталеница също е прилагала ЛЕК без използването на средство за отпускане на мускулите или упойки.

На дискусия на Кръглата маса по въпросите на болничната психиатрична помощ и правата на човека, организирана от БХК в София на 18 януари 2002 г., членове на ръководството на Българската психиатрична асоциация и представители на Министерството на здравеопазването не заклеиха ясно и категорично използването на ЛЕК при отсъствието на средства за отпускане на мускулите или упойка.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се създадат правила, които да гарантират, че по медицинска препоръка ще се прилага лечение с електроконвулсия само в модифицираната му форма, по начин, отговарящ на международните стандарти за най-добра практика и при обстоятелства, които не биха били унижителни за пациентите и за медицинския персонал.

Свободно и информирано съгласие за лечение

Важна гаранция в защита на доброто състояние на пациентите, подложени на принудително психиатрично лечение, е свободното и информирано съгласие за лечение. КПИ препоръчва “на всеки дееспособен пациент, независимо от това дали е на доброволно или недоброволно лечение, следва да се даде възможността да откаже лечение или каквато и да е друга медицинска интервенция. Всяко изключение от този основополагащ принцип следва да се основава на закона и да е свързано само с ясно и стриктно дефинирани изключителни обстоятелства. Разбира се, съгласието за лечение може да бъде квалифицирано като свободно и информирано, само ако се основава на пълна, точна и разбираема информация за състоянието на пациента и предложеното лечение; да се опише ЛЕК като ‘лечение чрез сън’ е пример за непълна и неточна информация. Следователно на всички пациенти следва да се предоставя системно необходимата информация за състоянието им и за лечението, което се предлага да им бъде предписано. След лечение следва да се предоставя съответната информация (резултати и пр.).”¹⁷ Принцип 11 от Принципите МІ дефинира съществените и процедурни разпоредби относно свободното и информирано съгласие за лечение.¹⁸

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Болничните процедури за търсене и получаване на информирано съгласие от пациенти, настанени за принудително болнично лечение, бяха неадекватни и не отговаряха на международните стандарти.

Изследването на БХК установи неадекватността на процедурите за искане и получаване на информирано съгласие от пациенти, подложени на болнично психиатрично лечение на доброволна основа. Информиранието съгласие най-често се състои в това пациентът да подпише прост формуляр, в който да заяви, че се съгласява да проведе лечението си в дадена болница или диспансер. “Дори в признати психиатрични заведения, като например Медицинската академия в София, БХК понякога

¹⁷ 8-ми Общ доклад за дейността на КПИ за периода от 1 януари до 31 декември 1997 г., Ref: КПИ/Inf (98) 12[EN], публикуван на 31 август 1998 г.

¹⁸ Принципите МІ определят стандартите за съгласие за лечение по принцип 11.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да въведат правила, които да гарантират, че пациентите на принудително болнично лечение са , информирани за правата си и могат ефективно да упражняват правото си на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти по начин, съответстващ на международните стандарти.

установяваше, че родители и роднини по сватовство, които не са нито законни настойници, нито попечители на пациентите, са дали съгласие за лечението на пациенти, които не са юридически обявени за неспособни.” В няколко случая изследователите от БХК откриха същата практика за получаване на съгласие за ЛЕК.

Персонал

В общите препоръки на КПИ се подчертава важността на персонала. Посетените болници, които бяха далече от най-близките градове, като Карлуково и Паталеница, изпитваха трудности при назначаването на адекватно обучен персонал, особено немедицински. Беше също така трудно да се намери достатъчно квалифициран персонал предвид предлаганото ниско възнаграждение. Имаше и други пречки по набирането на персонал поради отдалечеността на тези заведения. Болницата в Паталеница е на 4 километра от най-близкото село, където общественият транспорт спира, когато зимните условия затруднят движението. На 18 януари 2002 г. представител на Амнести интернешънъл бе информиран от директора на болницата, че общественият транспорт е спрял да носи провизии и да превозва персонала до болницата на 19 декември 2001 г. Микробусът на болницата не бил в състояние да замени напълно обществения транспорт и част от персонала е трябвало сами да си търсят превоз или да вървят пеша. Заплатите на персонала са ниски. Лекарите получават 250 лева (125 щ. д.) на месец, санитарите - 90 лева, а месечните разходи за пътуване до работа, за които няма надбавки, възлизат на 16 лева.

Нещо повече, условията за работа на болничния персонал, от директора до санитарите, са тежки. Един директор на болница се оплака от липса на подкрепа и признание за младите професионалисти, като него самия, които искат да променят ситуацията. Такива хора не получават никаква подкрепа от държавните структури, незначителна подкрепа от професионалното си сдружение и още по-малко от самата институция. Директорът каза на представител на Амнести интернешънъл, че както медицинският, така и немедицинският персонал е “опитен” и с утвърдени навици, без желание да се учи. Оказва се съпротива на въвеждането на нови знания и практики, защото то се приема като намаляване на правомощията на персонала спрямо пациентите. По-голямата част от сестринския персонал в болницата му са със стаж над 20 години. Той каза, че искал да ги обучи в областта на управлението на агресия, но те не осъзнавали, че не помага само да се ядосаш на пациента и да контролираш трудно поведение със сила. Той заяви, че: “Агресията като средство за справяне с проблемна ситуация има дълга традиция. Необходимо е да се променят нагласите на всички равнища”.

Обучението за неквалифицирания персонал е очевидно недостатъчно. 19-годишен санитар, който работи в полу-откритото мъжко отделение в болницата в Кърджали, заяви, че не е получил никаква подготовка за работата си, която включва, между другото, остри пациенти във високорискови ситуации. Той изглежда е бил назначен поради факта, че и двамата му родители работят в болницата.

Сведения за малтретиране на пациенти

Както отбелязва Върховният комисар на ООН по правата на човека, хората с умствени увреждания са сред най-уязвимите по отношение на злоупотреби с правата на човека¹⁹. Те са често в положение, особено когато са настанени за принудително лечение, при което могат да бъдат подложени на физическа и психологическа злоупотреба. Злоупотреба до степен на малтретиране може да бъде извършвана от правоприлагащите служители, когато лице с умствено увреждане е лишено от свобода и/или задържано в полицията, както и от немедицински персонал в институции, в които лицето може да бъде настанено за наблюдение и/или лечение. Често психологичното и соматичното им състояние ги прави неспособни да се оплачат или да изразят адекватно оплакванията си. Повечето пациенти на

¹⁹ Вж. Доклада на Върховният комисар на ООН по правата на човека до Икономическия и социален съвет, ООН DOC. № E/2001 г./64 AT PARA 48. (“Поради физическите или умствените им ограничения лица с увреждания са често изложени на по-голям риск правата им да бъдат нарушавани и отричани.”)

принудително лечение обикновено имат редки контакти с външния свят и следователно ограничена възможност да срещнат някого, който да има желание да предаде оплакванията им на съответните власти. Някои болници никога не са били посещавани от местния прокурор, който има служебното задължение да упражнява надзор върху условията и лечението на хора в положение на недоброволно ограничаване на свободата. Дори ако има подадени оплаквания, те вероятно няма да бъдат разгледани ефективно, тъй като изглеждат невероятни.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Някои пациенти на принудително психиатрично лечение се оплакват от грубо, а понякога и от насилствено отношение на полицейски служители преди постъпването им в болницата. Редица пациенти също се оплакват, че санитарите, които понякога изпълняват задачи, свързани със сигурността, прибегват до насилие или излишни силови мерки.

Много интервюирани пациенти в отделенията за принудително психиатрично лечение се оплакаха, че полицейски служители са се отнасяли с тях грубо, а понякога и с насилие, преди приемането им в болницата. В болницата в Карлуково представител на Амнести интернешънъл говори с 22-годишен мъж на принудително лечение, който е бил доведен в болницата от полицейски служители на 15 юли 2001 г., след твърдения, че “се е бил”. Твърди се, че след като му сложили белезниците всички полицаи са го ритали по тялото и удряли по главата. Той се бил оплакал по време на постъпването си, но нараняванията, които може би са били причинени в резултат на побоя, не са били внимателно прегледани и отразени в медицинския му картон.

Един директор на психиатрична болница, който желае да остане анонимен²⁰, каза на представител на Амнести интернешънъл, че нерядко полицейски служители довеждат пациенти, които са с физически наранявания, като например натъртвания и лезии, които биха могли да бъдат резултат от физическо насилие. “Всичко, което мога да направя, е да ги опиша в медицинския картон на пациента”, заяви директорът, който не смяташе, че ще бъде полезно да предава подобна информация за разследване от компетентните власти. Директорът беше на мнение, че обяснението на полицейски служител, че е била необходима сила, за да се възпре буйстващ пациент, би било прието като по-достоверно, отколкото твърденията на пациента.

Един психиатър, работещ в болница близо до София, потвърди пред представител на Амнести интернешънъл, че властното поведение на санитарите, които нямат каквато и да била подготовка, показва на пациентите, че те са на дъното на йерархията на властта. Той заяви, че някои санитарите в болницата злоупотребяват с алкохол и са агресивни с пациентите. Психиатърът описа инцидент на такова властно поведение, когато той случайно открил няколко санитарите да гледат телевизия в “дневната стая” на пациентите. Той заяви: “Те си бяха приготвили храна и напитки и се забавляваха. Тъй като не видях никакви пациенти в стаята, запитвах дали на пациентите им е забранено да гледат телевизия, на което ми отговориха: ‘Не, разбира се, че не. Тях просто не ги интересува!’”

Редица пациенти също се оплакват, че санитарите, които понякога изпълняват задачи, свързани със сигурността, прибегват до прекалена сила. Подобно поведение често произтича от липса на обучение по управление на агресивно поведение и поведение на пациенти, считани за проблемни, и от схващането на санитарите, че използването или заплахата за използване на сила са единствените ефективни средства, с които те разполагат за справяне с трудни ситуации. Това често се усложнява от усещането на санитарите за липса на достатъчен персонал в отделенията.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

²⁰ В допълнение към директорите на посетените болници представител на Амнести интернешънъл е говорил и с редица други директори на психиатрични болници в София през януари 2002 г.

Да изискват медицински преглед на всички пациенти на принудително психиатрично лечение при постъпването им и да се изпращат доклади за всякакви забелязани наранявания, включително всякакви изявления по същество, направени от съответното лице и заключенията на лекаря, до ангажирания със случая прокурор. Да се помага на всеки пациент, който твърди, че е бил подложен на малтретиране от полицията по време на приемането в болница, да подаде оплаквания до прокурора.

Свързан с недостатъчния персонал и с лошото управление на трудно поведение е и рискът, че някои пациенти могат да бъдат изложени на прояви на насилие от страна на други пациенти.

Редица други поводи за загриженост, много тясно свързани с малтретиране, са обсъдени по-нататък в раздела за изолиране и ограничаване или във връзка с процедурите по оплакванията, контактите с външния свят и системите за външен надзор.

Средства за ограничение и използване на изолиране

Отчита се, че във всяко психиатрично заведение понякога може да се окаже необходимо да се възпрат агресивни и/или превъзбудени пациенти. Средствата за ограничаване са особен повод за загриженост на КПИ предвид потенциалната възможност за злоупотреба и малтретиране²¹. КПИ изисква да има ясно дефинирана политика за прилагането на ограничаване. “От тази политика следва да стане ясно, че първоначалните опити да се възпрат превъзбудени или буйстващи пациенти следва да бъдат в максимална степен нефизически (напр. словесна инструкция) и че в случаите, когато е необходимо физическо ограничаване, то следва по принцип да се свежда до контролиране с ръце. Персоналът в психиатричните заведения следва да получи обучение в областта на техниките за нефизическо и ръчно контролиране на превъзбудени или буйстващи пациенти. Притежаването на такива умения ще даде възможност на персонала да избере най-подходящата реакция, когато е изправен пред трудна ситуация, като по този начин значимо ще намали риска от наранявания на пациенти и персонал.”²² Прибягването до средства като каиши или усмирителни ризи трябва да бъде много рядко и винаги да става или изрично по нареждане на лекар, или незабавно да е обект на вниманието на лекар.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Практиките на ограничаване и изолиране в психиатрични болници не отговаряха на международните стандарти и в някои случаи се стигаше до жестоко, нечовешко и унижително отношение или наказание. Нямаше нито протоколи, нито поддържан архив относно използването на ограничаване и изолиране. Изолирането често се налага като наказание. В някои случаи, когато се отнася за пациенти, приети за лечение на доброволна основа, изолирането се свежда до произволно лишаване от свобода и задържане.

По отношение на изолирането, а именно ограничаването на свободата чрез поставянето на агресивен или друг вид “труден” пациент сам в стая, КПИ отбелязва, че тази практика с дълга история в психиатрията вече по-малко се използва в много страни. Нещо повече, КПИ препоръча: “Доколкото изолирането продължава да се използва, то следва да бъде обект на детайлно излагане на принципите на прилагането му и по-специално: видовете случаи, при които може да се използва; преследваните цели; продължителността му и необходимостта от редовен надзор; съществуването на подходящ човешки контакт; необходимостта персоналът да проявява специално внимание. Изолирането никога не бива да се използва като наказание. Всеки случай на физическо ограничаване на пациент (контрол с ръце,

²¹ 8-ми Общ доклад за дейността на КПИ за периода от 1 януари до 31 декември 1997 г., Ref: КПИ/Inf (98) 12[EN], публикуван на 31 август 1998 г.

²² Пак там.

използване на средства за физическо ограничаване, изолиране) трябва да бъде вписан в специален дневник, заведен за тази цел (както и в картоната на пациента). Вписаните данни следва да включват началото и края на мярката, обстоятелствата на случая, причините за прибягване до мярката, името на лекаря, който е дал нареждания за мярката или я е одобрил, както и отчитане на всякакви евентуални наранявания на пациенти или персонал.”²³ Подобни изисквания за прилагането на физическо ограничаване или изолиране са изложени в принцип 11(11) на Принципите МП²⁴.

Амнести интернешънъл е загрижена, че горните препоръки не са били спазени в посетените болници. Нямаше протоколи за обстоятелствата, при които може да се приложи използването на ограничаване и изолиране, както и какви методи и средства биха могли да бъдат разрешени. Нямаше специално записани сведения за причините за използването на ограничаване и изолиране, кой е разрешил това използване и продължителността му. На практика се оказва, че ограничаване и изолиране се използват редовно и с голяма продължителност, а не само при изключителни обстоятелства. В Паталеница са били използвани специални подплатени с филц кожени колани за привързване на пациентите към леглата. Персоналът е прибягвал и до белезници. Обикновено ръката на пациента се захваща с белезници към рамката на леглото, оставяйки другата ръка и другите крайници неограничени. Директорът поясни, че такова ограничаване е било необходимо, за да възпре пациентите да чупят прозорци. Тяхната подмяна е трудна и скъпа, а са важни предвид недостатъчното отопление в заведението. Когато обаче представители на БХК посетиха повторно болницата през март 2002 г., им беше казано, че вече не се използват белезници. В болницата нямаше специално определена и обзаведена стая за изолиране. Според директора изолиране и ограничаване се предписват от лекари, когато пациент откаже да приема храна или медикаменти, или проявява самоагресивно или агресивно поведение. Такива случаи бяха редки - само два случая в трите месеца преди посещението на болницата. Не беше възможно обаче тов

а да бъде потвърдено, тъй като не се води специален отчет на използването на ограничаване и изолиране. На приземния етаж на полу-откритото мъжко отделение в болницата в Кърджали представител на Амнести интернешънъл поиска от директора разрешение да инспектира стая в края на коридора, която бе заключена с катинар. Там имаше трима мъже, един от които е бил заключен в продължение на 10 дни. В ъгъла на стаята имаше кофа, в която пациентите се облекчаваха. Ферис М. каза на посетителите, че е бил заключен, след като се опитал да избяга. Дежурната медицинска сестра в това отделение бе запитана дали в медицинските картони на въпросните пациенти се посочва времето, когато те са били поставени в *изолатора* (местният термин за стая за изолиране), на какво основание и кой е наредил или одобрил тази мярка. Макар медицинската сестра първоначално да твърдеше, че подобни данни се записват надлежно, стана ясно, че такива данни не са вписани в медицинските картони на пациентите, нито има отделен дневник за използването на изолиране. На представител на Амнести интернешънъл бе показана малка тетрадка, в която на първа страница бяха написани на ръка няколко имена, явно доста набързо. До името на Ферис М. е написано “опит за бягство”. Директорът

²³ Пак там.

²⁴ Принцип 11 (11) гласи: “Не се прилага физическо ограничаване или недоброволно изолиране на пациент, освен в съответствие с официално одобрените процедури за психиатричните заведения и само когато е направено единствено с наличните средства, за да се предотврати незабавно или вероятно увреждане на пациента или на други лица. Не бива да бъде продължавано повече от периода, който е стриктно необходим за тази цел. Всички случаи на физическо ограничаване или недоброволно изолиране, причините за тях, както и тяхното естество и степен, следва да бъдат описвани в медицинския картон на пациента. Всеки ограничен или изолиран пациент следва да бъде държан при хуманни условия и да бъде под грижите и редовния надзор отблизо на квалифицирани членове на персонала. На личния представител, ако има такъв и ако е уместно, би следвало да се съобщава незабавно за всякакви физическо ограничаване или недоброволно изолиране на пациента.”

заяви, че изолиране се предписва само от лекаря, който посещава отделенията всеки ден, но това не беше отбелязано в медицинския картон на пациента.

Острото женско отделение се състои от две части: една, която бе представена първоначално на посетителите и друга зад заключена стоманена врата. Във втората част имаше три спални помещения с много легла - пренаселеността бе очевидна. Имаше също стая за изолиране на пациенти с метално легло, закрепено здраво за циментовия под. Върху леглото имаше тънък скъсан дюшек, който беше мокър и с петна от изпражнения. Представителят на MDRI помоли присъстващия персонал да покаже как ще обуздае пациент, като използва леглото и член на делегацията като модел. Санитарите бързо се опитаха да сменят дюшека и да направят леглото малко по-прилично, но това не беше възможно. Посетителите бяха придружени след това до стаята на санитарите, където една от санитарките попита: "Да отида ли да донеса коланите?" Тогава неин колега поясни, че те не използват колани и тя донесе няколко чаршафа, като очевидно считаше, че те ще бъдат по-приемливи за посетителите. След това персоналът започна да се мотае, опитвайки се да използва чаршафите, с което показаха, че имат малък опит в използването им за възпиране на пациенти, независимо, че при това посещение бяха много сговорчиви. Преди това на посетителите беше казано, че в тази болница не се използват колани и вериги.

Изолирането в Кърджалийската болница се оказва често налагано като наказание за "опити за бягство", включително и за пациенти, които всъщност са били приети на доброволно лечение. В "острото мъжко отделение" на болницата в Кърджали²⁵ (което се заключва и пази) изолаторът се състоеше от няколко помещения (също заключени и отделени от останалата част на отделението). В двете помещения вдясно от входа имаше по едно легло, прикрепено към циментовия под. Нито едно от тези помещения не бе заето по време на посещението. Третото помещение вляво бе спалня с шест легла, заета от четирима облечени в пижами пациенти. Вратата на килията се държеше отворена, за да може пациентите да излизат в коридора, където пушеха до прозореца с решетки. От другата страна на коридора имаше тоалетна, но нямаше условия за къпане. Тефик Х., приет за доброволно лечение на 7 септември 2001 г., е бил изолиран още в началото на лечението, което се състояло само от медикаменти. Сюлейман О. бил изпратен в болницата от роднините си, след като избягал от дома си. В болничния му картон обаче не фигурира подписан от него формуляр за доброволно постъпване на лечение. Медицинската сестра обясни, че изолирането му е било наредено от двама лекари, но това не беше отбелязано в картоната. Орхан И. постъпил за доброволно лечение на шизофрения на 24 юли 2001 г. Рамадан Й., 25-годишен, е бил доведен в болницата от полицията на 18 юли 2001 г. Прокурорското нареждане за него било върнато в прокуратурата, "понеже пациентът се съгласил да се подложи на доброволно наблюдение"²⁶.

²⁵ Повечето пациенти на принудително лечение бяха настанени в това отделение.

²⁶ В писмото, подписано от д-р Гетев и д-р Кротнев, получено от прокуратурата на 24 юли 2001 г., се казва: "Състоянието на пациента се подобри миналата седмица и в резултат на това той е тук на доброволни начала и следователно няма да започнем принудително лечение по член 36, алинея 3 на Закона за народното здраве". Изследователи на БХК наблюдаваха "убеждаване" на пациенти, настанени недоброволно с прокурорски укази за психиатричен преглед, да "приемат" доброволно лечение, като по този начин избегнат тежката съдебна процедура по настаняването им за принудително лечение. Те установиха, че в някои случаи лекари прибегват до тази практика, разстроени от непредсказуемостта и неправомерността на правните процедури. Макар БХК да не беше в състояние да установи какви методи са били използвани за "убеждаване", имаше индикации, че в някои случаи пациентите са били заплашвани.

Запитан за правото на хората, приети или за доброволно наблюдение или за доброволно лечение, да напуснат болницата, директорът отговори, че тези пациенти могат да бъдат изписани само със съгласието на лекарите или да бъдат освободени “против съветите на лекарите”, при което пациентът следва да подпише съответен формуляр. Когато представител на Амнести интернешънъл поиска повече пояснения относно прилагането на изолиране, директорът отговори: “Когато даден пациент представлява заплаха за другите пациенти или има опасност да нападне персонала, или при случаи на самоагресия”. Никой от наблюдаваните пациенти в изолятора на акутното мъжко отделение не прояви такова поведение по време на посещението. Директорът обясни също, че болницата може да открие процедура за принудително лечение, ако се прецени, че е разумно пациентът да се държи за лечение. В отговор на въпроси за основанията и за законността на изолирането на четиримата доброволни пациенти, които бяха открити в акутното мъжко отделение, директорът заяви: “Тук не държим никого против волята му, но трябва да сме сигурни, че след изписването им те ще се върнат по домовете си и ще бъдат в безопасност”.

Амнести интернешънъл се тревожи, че наблюдаваните практики на изолиране в болницата в Кърджали са в нарушение на международните стандарти относно прилагането на изолиране. Освен това наблюдаваните практики на наложено изолиране на пациенти, които са постъпили доброволно на болнично лечение, представляват произволно лишаване от свобода и задържане, които са забранени от международното право²⁷.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да гарантират, че практиките на ограничаване и изолиране, които следва да бъдат предписани или разрешени от лекар, под надзора на медицински персонал и строго ограничени по продължителност, отговарят на международните стандарти, изрично забраняващи използването на изолиране като наказание. Да се предложат насоки за всички стационарни психиатрични заведения относно протоколите и воденето на специални дневници (както и в картоната на пациента) при използването на ограничаване и изолиране и да се следи за ефективното им поддържане.

Решения за принудително настаняване

В доклада си до Икономическия и социален съвет Върховният комисар на ООН по правата на човека заявява следното: “Лица с умствени увреждания са особено уязвими за злоупотреба, включително чрез неправомерното им изпращане в психиатрични институции. Пактът [МПГПП] гласи, че никой няма да бъде подлаган, без свободното му съгласие, на медицински или научни експерименти. Той се отнася също и за правото на свобода и сигурност на лицата (член 9) и за гаранции за справедлив съдебен процес, включително правото на защита и правото на информираност за причините за арест (член 14). Тези разпоредби са със значителна важност за защитата на лица с умствени увреждания, особено по отношение на правото им да не бъдат подлагани на произволно и ненужно задържане.”²⁸

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Правните разпоредби относно настаняването за принудително психиатрично лечение в България не дават достатъчни гаранции за независимост и безпристрастност.

От КПИ препоръчаха решението за настаняване за недоброволно психиатрично лечение да се взема в процедура, която “следва да предоставя гаранции за независимост и безпристрастност, както и за обективна медицинска експертиза. По-специално по отношение на недоброволното настаняване от

²⁷ Член 9 (1) на МПГПП гласи, между другото, че никой бива да бъде произволно арестуван или задържан. Подобна разпоредба се съдържа в член 5 (1) на ЕКПЧ.

²⁸ Доклад на Върховния комисар на ООН по правата на човека до Икономическия и социален съвет, ООН DOC. No. E/2001 г./64, алинея 54.

гражданско естество, в много страни решението за настаняване следва да се вземе от съдебна инстанция (или да бъде потвърдено от такава в рамките на кратък период от време) в светлината на психиатрични мнения. Не навсякъде обаче се предвижда автоматично ангажиране на съдебната власт в първоначалното решение за настаняване. Препоръка N° R (83) 2 на Съвета на министрите относно правната защита на лица, страдащи от умствено смущение, настанени в медицински заведения като недоброволни пациенти, позволява и двата подхода (макар да посочва специални защитни механизми в случай, че решението за настаняването е било поверено на несъдебна власт). Въпреки това Парламентарната асамблея откри отново дебата по тази тема чрез своята Препоръка 1235 (1994 г.) за психиатрията и правата на човека и призовава решенията за недоброволно настаняване да се вземат от съдия. Във всеки случай лице, недоброволно настанено в психиатрично заведение от несъдебна власт, следва да има правото да заведе дело, с което законността на задържането му да се реши бързо от съд.”²⁹

Настаняването в психиатрични заведения за принудително лечение в България не отговаря на изискванията на международните стандарти. В допълнение към това процедурите за принудително настаняване са дискриминационни в сравнение с процедурите за недоброволно настаняване според разпоредбите на наказателното право.³⁰ Законът за общественото здравеопазване предвижда принудително лечение при следните обстоятелства: “Лица, страдащи от шизофрения, параноя, циклофрения, епилепсия, сенилност, които поради заболяването си могат да извършат престъпления, представляващи сериозна опасност за обществото или за своите роднини или други лица, или сериозна заплаха за собственото им здраве, се приемат за принудително лечение в държавно или общинско лечебно заведение със съдебен указ.”³¹ При постъпване на оплакване районният прокурор провежда разследване, по време на което той/тя може да нареди съдебномедицински психиатричен преглед, който може да се проведе на извънболнична³² или болнична основа, ако лицето откаже без уважителна причина да се подложи доброволно на преглед. Ако дадено лице е изпратено в заведение за болничен психиатричен преглед, престоят му в институцията не може да надвишава 30 дни, макар в определени случаи този срок може да се удължава с не повече от три месеца. След това прокурорът подава молба до районния съд да издаде нареждане за настаняване на принудително лечение. Съдът е задължен да разгледа предложението в рамките на две седмици след получаването му. Лицето може да бъде доведено принудително на съдебното заседание, ако откаже да се яви, или съдът може да изслуша лицето в лечебното заведение, ако състоянието му не му позволява да се яви в съда. Той/тя има правото на съдебна защита, но тя не е задължителна. На всеки шест месеца съдът следва да проверява по реда на надзора принудителното болнично лечение и да решава дали то трябва да бъде продължено или прекратено.

²⁹ 8-ми Общ доклад за дейността на КПИ за периода от 1 януари до 31 декември 1997 г., Ref: КПИ/Inf (98) 12[EN], публикуван на 31 август 1998 г.

³⁰ Член 89 на Наказателния кодекс определя условията за настаняване за “недоброволно лечение” според процедурата по наказателното право за “лица, извършили обществено опасно деяние в състояние на юридическа невменяемост, или които са изпаднали в такова състояние преди произнасянето на присъдата или по време на изгърпяване на наказанието”. Преди прокурорът да направи подходящо предложение, той е задължен да получи медицинско мнение и да разследва дали лицето “представлява опасност за обществото”. При тази процедура е задължително участието на адвокат-защитник в съдебното дело.

³¹ Член 36, алинея 3 на Закона за общественото здравеопазване

³² Никой от интервюираните пациенти в трите психиатрични болници не е бил поканен от прокурора да се подложи на психиатрична оценка в извънболнично заведение, преди да им бъде наредено да се подложат на оценка за настаняване за болнично лечение.

През октомври 2000 г. Европейският съд по правата на човека разгледа съответствието между разпоредбите на българското гражданско право относно настаняването в медицински заведения с Европейската конвенция по правата на човека и основните свободи (ЕКПЧ). В делото *Върбанов срещу България*³³ съдът установи нарушение по член 5(1) относно законността на задържането в психиатрични заведения³⁴ и по член 5(4) относно правото на съдебен преглед по реда на надзора на законността на задържането³⁵. Според преценката на съда всяко решение за задържане, включително подлагането на лице на психиатрична оценка, неосноваващо се на мнението на медицински експерт, е в нарушение на член 5(1)(е) на ЕКПЧ, който предвижда задържане на душевноболни лица в съответствие с предписаната от закона процедура. Без медицинско мнение не може да се твърди, че задържаното за психиатричен преглед лице е психично болно. Съдът бе на мнение, “че предварителна оценка от психиатър, поне на основата на наличните документи, е била възможна и изрично необходима. При тези обстоятелства съдът не може да приеме, че в отсъствието на оценка от психиатър вижданията на прокурор и на полицейски служител относно психичното здраве на молителя ... са достатъчни за оправдаването на заповед за арестуването му, а още по-малко за задържането му в продължение на 25 дни...”³⁶. Законът за общественото здравеопазване, който е бил в сила по време на изпращането на молителя в психиатрично заведение, не е задължавал прокурорите да искат такава оценка.

Второ, Европейският съд установи, че действащото българско законодателство по това време не дава изрично правото на прокурори да задържат лице с цел преглед в психиатрично заведение. Съдът в решението си “потвърждава, че изразите ‘в съответствие със закона’ и ‘в съответствие с процедурата, предписана от закона’ изискват наложената мярка да се основава на вътрешното право и също се позовава на качеството на въпросния закон, с изискването той да бъде достъпен за засегнатото лице и предвидим по отношение на въздействията си”. По тези причини съдът постанови нарушение на член 5(1) на ЕКПЧ.

Накрая съдът също установи, че българското законодателство не съответства на стандартите в член 5(4) на ЕКПЧ, според които се изисква всеки задържан да има право да обжалва законността на задържането си пред съда. Съдът постанови, че както в общия, така и в конкретния случай, възможността за обжалване може да бъде предоставена само в две форми. Когато съд издаде заповед за първоначалното задържане, на задържания следва да се осигури достъп до съдебно заседание или лично, или чрез някаква форма на представителство. Когато несъдебен орган издаде заповед за първоначалното задържане, на задържания следва да се даде възможността да обжалва решението пред съд. Законът за общественото здравеопазване обаче не предвижда нито една от тези възможности.

Още докато Европейският съд по правата на човека се занимаваше с това дело, българското правителство въведе някои изменения в разпоредбите на Закона за общественото здравеопазване относно медицинските мерки, прилагани чрез принуда. Единствената важна промяна обаче се отнасяше

³³ Делото *Върбанов срещу България* (Жалба № 31365/96), Съдебно решение, Страсбург, 5 октомври 2000 г.

³⁴ ЕКПЧ член 5(1)(е) гласи: “Всеки има право на свобода и сигурност. Никой не може да бъде лишен от свобода освен в следните случаи и само в съответствие с процедури, предвидени от закона:

...

е. законен арест или лишаване от свобода на лице с цел да се предотврати разпространението на инфекциозни болести, както и на душевноболни лица, алкохолици, наркомани или скитници;”

³⁵ ЕКПЧ член 5(4) гласи: “Всяко лице, арестувано или лишено от свобода в нарушение на изискванията на този член, се ползва с осигурено от правните процедури право на обезщетение.”

³⁶ Пак там.

до правомощията на прокурора да задържа лице за болнична психиатрична оценка³⁷. По време на написването на настоящия доклад правителството все още не бе разгледало два други повода за загриженост на Европейския съд по правата на човека, а именно, че прокурорите не са задължени да търсят медицинско мнение преди настаняването на даден пациент за оценка в болнично заведение и че задържане от прокурор не може да бъде обжалвано в съда. Това означава, че в България настаняването на хора за принудително лечение все още не е хармонизирано с ЕКПЧ и че властите продължават да нарушават основни права на лицата, настанени в психиатрични заведения за такова лечение.

Амнести интернешънъл счита, че делата на всички лица на принудително лечение, или на тези, които са били подложени на това лечение след постановяването на решението на Европейския съд по правата на човека през октомври 2000 г., следва да бъдат спешно и изцяло преразгледани от орган на съдебната власт в съответствие с ЕКПЧ член 5(1) и 5(4). Всеки, който се окаже незаконно задържан, следва да бъде незабавно освободен и да има изпълнимо право на обезщетение в съответствие с ЕКПЧ член 5(5).

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Правните критерии за недоброволно психиатрично лечение по Закона за общественото здравеопазване, дефинирани в член 36(3), че лице с психично заболяване, "което може да извърши престъпления, представляващи сериозна опасност за обществото или опасност за членовете на семейството или на други лица, или сериозна заплаха за собственото си здраве" - са толкова широки и нееднозначни, че позволяват произволно тълкуване.

Не по-малка загриженост предизвикват и критериите за принудително настаняване за лечение в член 36, алинея 3 на Закона за общественото здравеопазване, които не бяха подложени на преглед от Европейския съд по правата на човека. Тази разпоредба изброява видове и групи психични заболявания, от които трябва да страда едно лице, за да бъде настанено за принудително лечение. Съдът следва да докаже, че поради това заболяване лицето "може да извърши престъпления, представляващи сериозна опасност за обществото или опасност за членовете на семейството или на други лица, или сериозна заплаха за собственото си здраве". Тази формулировка е толкова широка и нееднозначна, че позволява произволно тълкуване. Първо, когато се споменават сериозни престъпления, тези критерии за настаняване изискват доказателство само за вероятно действие, без каквото и да е уточнение дали такава вероятност е краткосрочна или дългосрочна. Признато е обаче, че съвременната психиатрия не е в състояние да докаже дългосрочна вероятност за опасно поведение³⁸. Второ, нормата не пояснява каква опасност могат да представляват душевноболните за членове на семейството си или други лица. В изследването си БХК, след като изследва практиката на няколко съдилища и наблюдава редица съдебни заседания, стигна до заключението, че съдилищата тълкуват непоследователно термина 'опасно'. "Най-вече, в много решения липсва каквато и да е конкретна дефиниция на опасно поведение, те също така не дават подробно обсъждане на аргументите за настаняване за принудително/недоброволно лечение. Когато се разглеждат конкретни факти, някои съдилища виждат опасност, когато действията на пациента представляват истинска заплаха за телесната неприкосновеност на друго лице. Други обаче считат за опасност заплахата да се спукат гумите на нечий автомобил. В друг случай организирането на празненства и слушането на силна музика се счита за 'опасност'. Дали определен тип поведение е опасно или не най-често се оценява чрез психиатричен преглед. Наблюденията показват, че при

³⁷ Измененият член 61, алинея 2 на Закона за общественото здравеопазване гласи: "Ако лицето откаже без уважителна причина да се подложи доброволно на психиатрична оценка, прокурорът нарежда тя да бъде извършена чрез принуда - в извънболнични или болнични условия."

³⁸ Brief Amicus Curiae за Американската Психиатрична Асоциация в ге: *Bocu v. Estelle*, р. 8-9; *Bocu v. Estelle*, 463 U.C. 880.

отсъствието на точна дефиниция на ‘опасност’ българската психиатрия, както и българската съдебна система, съчетават клиничните критерии с ценностите на обществото по един изненадващ начин.” БХК също наблюдава в редица случаи, че хоспитализация в миналото повишава значително възможността съответното лице да бъде настанено за принудително лечение. “Друг решаващ фактор е желанието на най-близките роднини да се отърват от пациента и способността им да го направят, като използват връзки с органите на реда, прокуратурата или съда.”

Сериозна опасност

Йордан С., пациент в острото отделение в Карлуково, описа обстоятелствата на своето настаняване за принудително лечение. “Гледах по телевизията футболен мач между България и Дания през юни 2001 г. След това си пийнах. Около 4 часа сутринта почуках на вратата на съседите да ги помоля за цигара и те повикаха полицията. Макар да им казах, че ръката ми е счупена, двамата полицаи, които ме заведоха в участъка, ме блъскаха грубо и ме набутах в колата си. Задържаха ме в полицейския участък 72 часа, в които един полицаи ме заведе в окръжния психиатричен диспансер. Лекарят каза на полицаите, че му е необходимо писмо от прокурора, за да извърши прегледа и след това бях освободен. Пет дни по-късно бях в едно кафене и един от полицаите, който ме беше арестувал преди това, ме заведе в полицейския участък и след това в местното звено за бърза помощ, където един дежурен лекар написа психиатрична диагноза. Държаха ме 24 часа в полицейския участък и после още два дни в областния психиатричен диспансер, където искаха да ми направят инжекции, които аз отказах. Те извикаха полицията и двама полицаи, които дойдоха и ме държаха, докато една медицинска сестра ми направи инжекция. След това ме вързаха с колани (през краката, ръцете и кръста). По-късно успях да развържа единия колан и да се освободя, и се опитах да обясня на персонала, че не могат да се отнасят с мен по този начин. На следващия ден избягах и се върнах на село. Пет дни по-късно се върнах в диспансера, за да си събера нещата, но там ми казаха, че трябва да отида в полицейския участък. Полицията след това ме доведе тук. Лекували са ме преди 10 години. Престоят тук ме разболява. Никой не ми обясни защо трябва да се подлагам на принудително лечение. Помолих да се обадя по телефона за моя сметка, но не ми разрешиха.”

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се изменят правните разпоредби относно настаняването за принудително психиатрично лечение и да се приведат в съответствие с международните правозащитни стандарти. Процедурните норми следва да се изменят, за да се съобразят напълно с решението на Европейския съд по правата на човека в делото *Върбанов срещу България*. Материалноправните норми относно критериите за настаняване за принудително лечение (Закон за общественото здравеопазване, член 36(3)) следва да бъдат преразгледани, за да се предотврати произволно задържане. Принудително лечение не следва да се предвижда, освен ако не е необходимо да се предотврати **незабавна и конкретна** опасност за здравето или безопасността на такова лице или да се защитят други лица. Пациентите следва да имат правото да поискат второ мнение за лечението си.

Прилагането на друга разпоредба на Закона за общественото здравеопазване също сериозно увеличава вероятността лице с умствено увреждане в България да бъде неправомерно лишено от свобода. Член 61, алинея 3, гласи, че “лице, прието в специализирано здравно заведение за болнично психиатрично наблюдение, не може да бъде задържано за повече от 30 дни”. Алинея 4 на същия закон предвижда удължаване на този период с най-много до три месеца в изключителни случаи. Изследването на БХК установи, че спазването на 30-дневния срок е по-скоро изключение, отколкото правило в психиатричните заведения³⁹.

³⁹ БХК съобщава, че: “Само в едно от 34-те наблюдавани дела за настаняване в психиатрично заведение по процедурата

Изследването на БХК също отбеляза, че има данни, че някои администратори на психиатрични заведения са били готови да изпишат свои пациенти, когато считат, че настаняването им повече няма правна основа. Те обаче не са предприели това, понеже били заплашени от отговорните прокурори. БХК стигна до заключението, че главната причина за тези тежки нарушения на закона е “безотговорно поведение на съдебните власти, прокуратурата и съдилищата, както и поведението на лекарите, провели психиатричните прегледи”. В повечето случаи, разгледани от изследователите на БХК, експертите са представили психиатричната оценки в рамките на законния срок, но прокурорът или съдилищата не са предприели подходящите действия за насрочване на съдебни заседания за настаняване за лечение. Проблемът за съдебния преглед по реда на надзора на освобождаването от принудително лечение беше до голяма степен същият, макар тук БХК да отбеляза, че крайните срокове за представянето на психиатричните оценки не винаги се спазват.

Тези наблюдения бяха потвърдени по време на посещението в Карлуково, където представител на Амнести интернешънъл интервюира пациент на принудително лечение, който от пет месеца очаква насрочването на съдебно заседание, което да вземе решение за неговото настаняване. В психиатричната оценка е направена препоръка той да бъде освободен, тъй като вече не се налага болнично лечение. Както и в други случаи, този пациент е бил настанен в Карлуково с 30-дневна заповед от прокурора. По това време болницата препоръчвала задължително лечение, но три месеца след приемането му състоянието на пациента се подобрило. Той обаче не можел да бъде изписан, преди съдебно заседание да преразгледа настаняването му. Персоналът дори не можел да премести този пациент от обезопасеното “остро” отделение в друга, по-добре обзаведена сграда вътре в болницата, където пациентите могат да се придвижват свободно по цялата територия на болничния комплекс. Болницата е настоявала, с много малък ефект, пред Софийския съд да се насрочи съдебно заседание по това дело.

В същата болница са наблюдавани и други практики на неправомерност в настаняването. Няколко дни преди посещението болницата е приела 15-годишно момче, което е било доведено от полицията с прокурорска заповед за оценка. Персоналът не е могъл да откаже да го приеме, макар там да няма възможности за грижи и лечение на непълнолетни. В Принцип 2 на Принципите МІ се препоръчва “да се оказват специални грижи в рамките на целта на тези Принципи и в контекста на вътрешното право, свързани със защитата на непълнолетни и защитата на правата им...”.

Провеждането на съдебни процеси по настаняване и съдебни заседания по освобождаване бе също щателно проверено от изследователи от БХК. Те описват наблюдаваните съдебни заседания като “съдебен фарс”. Отбеляза се, че в “няколко случая, поради това, че съдебното заседание се провежда месеци след първоначалното решение на прокурора за настаняване, пациентите изглеждат в стабилизирано състояние и експертите трябваше да оттеглят заключенията си за настаняване. По време на съдебната процедура назначените адвокати *ex officio* (когато изобщо има такива) са били повикани само минути преди началото на съдебния процес от коридорите на съда с общите усилия на прокурора и съдията. Адвокатите или не бяха чели делото, или го бяха прегледали набързо в няколкото минути преди съдебния процес. Адвокатите най-често се съгласяваха с това, което искат прокурорът и експертите, а лицето, което се изпраща в психиатрично заведение, понякога дори не осъзнава, че стоящият до него човек е бил назначен да защитава интересите му. Макар съдебната процедура на теория да се приема като противник, на практика експертите-психиатри са диктували изхода в изследваните случаи.”

на член 36, алинея 3 на Закона за общественото здравеопазване пациентът е бил държан в болничното заведение по-кратко от времето, посочено в прокурорския указ. В пет случая лицето е било държано в болничното заведение повече от 92 дни за психиатричен преглед, без да се яви в съда. В един случай прокурорският указ за настаняване в болнично заведение за експертиза не определя срок. В този конкретен случай пациентът е прекарал няколко месеца в болнично психиатрично заведение, незаконно лишен от свобода и изобщо не е доживял делото за настаняването му да бъде внесено в съда - той е починал, докато е чакал в болничното заведение.”

Други правни гаранции

Амнести интернешънъл е загрижена, че в България не се прилагат други правни гаранции, препоръчани от КПИ за защитата на хора, настанени за принудително лечение. Те включват: информация за правата на пациентите, ефективна процедура за оплаквания, поддържане на контакти с външния свят и мониторинг на психиатричните заведения от независим външен орган⁴⁰. Принципите МІ изискват пациентът да бъде информиран за правата си колкото е възможно по-скоро сред приемането му, при това на разбираем за него език. Ако пациентът не е в състояние да разбере такава информация, правата на пациента следва да се съобщят на личния му представител⁴¹. Изследването на БХК отбеляза, че не съществува правно изискване или установена практика в което и да е от посетените психиатрични заведения да се информират пациентите за правата им. Препоръката на КПИ е при постъпването на всеки пациент да му се връчва брошура с встъпителна информация за правилата на вътрешния ред в заведението и правата на пациента.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

- липса на каквото и да е правно изискване или установена практика в което и да е от посетените психиатрични заведения да се информират пациентите за правата им;
- контактът с външния свят е труден за повечето пациенти в болници като Карлуково и Паталеница, които са отдалечени от градските центрове;
- липса на независими органи, които да упражняват надзор върху условията и лечението при принудителното психиатрично лечение в България или системи за записване и разглеждане на оплакванията на пациентите.

По отношение на контактите с външния свят местонахождението на много заведения, като напр. Карлуково или Паталеница, затруднява много пациенти да поддържат контакти със семействата си или с трети лица. Един пациент в акутното мъжко отделение в Карлуково се оплака, че не му е било разрешено да използва телефона. Санитарят каза, че в болницата няма телефонен апарат с карти, но пациентът продължаваше да твърди, че не му е било разрешено да се обади за сметка на другата страна, при което би могло да се използва всякакъв телефон.

В явно противоречие на международните стандарти няма независим органи, които да упражняват контрол върху условията и лечението на хора, настанени за принудително психиатрично лечение в България или системи за завеждане и разглеждане на оплакванията на пациентите. Както вече бе отбелязано, дори прокурорите, които имат правомощия да упражняват надзор върху прилагането на решенията за принудително настаняване, очевидно упражняват тази си функция доста нередовно. Една директорка заяви, че през 16-те месеца след назначаването ѝ никакъв прокурор не бил посетил болницата. Принцип 14(2) на Принципите МІ предвижда психиатричните заведения “да се инспектират от съответните компетентни власти достатъчно често, за да се гарантира, че условията, лечението и грижите за пациентите са в съответствие с тези Принципи”.

Втора част: домове за социални грижи

“Това място е не е за човешки същества. Трябва да го закриете. Хора умират тук.” - Р. Х., настанен в Драгаш войвода.

⁴⁰ 8-ми Общ доклад за дейността на КПИ.

⁴¹ Принцип 12.

В България има широка мрежа от институции за социални грижи, създадени, за да предоставят стационарни грижи за различни групи хора, чиито специфични потребности, по редица причини, не могат да се задоволяват в семейното/домашното обкръжение. Министерството на труда и социалната политика отговаря административно за домовете за социални грижи за хора с умствени увреждания, които предоставят неограничени стационарни грижи за тази уязвима група хора.

Домовете за социални грижи за деца с умствени увреждания се грижат за непълнолетни на възраст между 3 и 18 години (макар често институциите продължават да се грижат за определени пълнолетни младежи, които се считат за твърде уязвими, за да бъдат прехвърлени в институции за възрастни). Настаняването на деца в институции често се основава на ненаучна диагноза, а не на равнището на подкрепа, което им е нужно. Повечето настанени в институции деца обикновено се оценяват преди навършването на три години. След като веднъж им се постави 'етикет', те рядко биват подлагани на повторна оценка преди да навършат 16 години, когато придобиват право на държавна пенсия за нетрудоспособност. Има 32 дома за социални грижи за деца с увреждания на развитието и 16 дневни центрове. Специален раздел на настоящия доклад по-нататък е посветен на тези институции.

Има също 50 дома за социални грижи, които предоставят неограничени стационарни грижи за възрастни с умствени увреждания. 13 се грижат за възрастни хора с деменция⁴²; 25 са за възрастни с увреждания на развитието; и 12 за възрастни със смущения в психичното здраве. Настаняването в тези домове обаче е често произволно и в повечето институции обикновено има комбинация от обитатели с различни видове и степени на увреждане. В най-голямата институция живеят 240 души, в най-малката - около 50. В средноголям дом за социални грижи капацитетът е за между 80 и 100 души.

Държавното финансиране за домовете за социални грижи е крайно недостатъчно и ситуацията е особено трудна за заведенията в по-слаборазвитите общини, които не са в състояние да допълнят ресурсите, получени от държавния бюджет. Както националните, така и общинските власти, отговарящи за социалната помощ, очевидно очакват администраторите на домовете за социални грижи да си търсят сами дарения и подкрепа от благотворителни организации⁴³. Тази нагласа разкрива липса на разбиране за задължението на държавата да осигури по какъвто и да е подходящ начин адекватни ресурси за функционирането на държавните служби. Нещо повече, администратори на домове за социални грижи, които притежават малки умения за намиране на средства, ако изобщо ги притежават, могат да имат твърде различни и нееднакви възможности да търсят и намират помощ. Важно е също да се отбележи, че повечето институции се намират в икономически бедни райони, където възможностите за намиране на средства от обществеността са практически несъществуващи.

Натискът да се настаняват деца и възрастни в такива институции идва от населението, една трета от което живее с по-малко от 1 долар на ден. Традиционните предубедени нагласи към умствените и физически увреждания водят до социална стигма на хората с умствени увреждания и семействата им. В допълнение, има много малка обществена подкрепа за семейства, които се грижат за членове с умствени увреждания. За повечето общински власти домовете за социални грижи представляват също източник на работна заетост за местните жители, от което следва натискът те да продължават да функционират.

Много от настанените лица в посетените институции са израснали в държавни заведения за сираци или са били изоставени от родителите си, които са се отказали от родителските си права в полза

⁴² Тези институции не бяха посетени и следователно не са обсъждани в настоящия доклад.

⁴³ През април 2002 г. представител на Амнести интернешънъл наблюдава как шефът на общинска служба за социална помощ отправя укор на директора на дом за социални грижи за това, че не е достатъчно активен при търсенето на дарения

на държавата. Това е наследство на системата за психично здраве, при която липсва подкрепа от страна на общественото и за която се твърди, че лекарите насърчават такава практика. Други са били приети в институциите като възрастни, след като техните законни настойници и онези, които ги издържат, не са могли или не са искали да предоставят необходимите грижи. Много от настанените лица в посетените институции биха могли да живеят независимо в местната общност, ако получат известна подкрепа, грижи и помощ от нея. Много от тях биха могли да водят независим живот, ако са били адекватно рехабилитирани и обучени в институциите за деца, където са живели преди това.

Амнести интернешънъл е загрижена, че липсата на адекватно лечение и рехабилитация за деца спъва развитието им и възможността им да водят по-смислен и полезен живот. Психиатричното и медицинското обслужване в тези институции, особено в тези за възрастни, не е системно и е общо взето неадекватно. Условията на живот в седем от осемте посетени институции за възрастни се свеждат до жестоко, нечовешко и унижително отношение. В някои институции за възрастни равнището на небрежност беше такова, че в съчетание с условията на живот, които са много под стандартните, би могло да доведе до смъртни случаи сред живеещите.

Домове за социални грижи за деца с умствени увреждания

България, като държава, подписала Конвенцията за правата на детето (наричана по-нататък Конвенцията за децата), се е ангажирала да спазва следните разпоредби:

“Държавите, подписали Конвенцията, отчитат, че всяко умствено или физически увредено дете следва да води пълноценен и приличен живот в условия, които му осигуряват достойнство, развиват самостоятелността му и улесняват активната роля на детето в обществото” (член 23(1)).

“Отчитайки специалните потребности на увреденото дете, помощта (за детето и за тези, които са отговорни за грижите за него) ... следва да бъде организирана така, че да гарантира детето с увреждания да има ефективен достъп до и да получава образование, обучение, медицинско обслужване, рехабилитационно обслужване, подготовка за работа и възможности за отпочиване по начин, който допринася детето да достигне възможно най-пълна социална интеграция и индивидуално развитие, включително културно и духовно” (член 23(3)).

Комитетът по правата на детето, когато прави преглед на държавата, подписала Конвенцията, , “препоръча да се направят усилия за избягване на настаняването на увредени деца в институции”.⁴⁴

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Настаняването на деца в институции често се основава на ненаучни диагнози, не на истинска оценка на равнището на подкрепа, която им е необходима. След като веднъж им се постави ‘етикет’, те рядко биват подлагани на повторна оценка, преди да навършат 16 години, когато придобиват право на държавна пенсия за нетрудоспособност. Няма правила, процедури и практика, които да наложат последователен мониторинг и преоценка на диагнозата от специалисти.

Основната предпоставка за съществуването на домове за социални грижи за деца с умствени увреждания изглежда е, че “умственото изоставане” е медицинско състояние, за което няма лечение и което не може да се излекува. Това обаче е грубо и неспецифично определение, което не цели да дефинира естеството на основното увреждане или увреждания или да индикира насоки за терапия. Нагласата, че ‘умственото изоставане’ е nelечимо, изглежда утвърдена като официална политика, което

⁴⁴ Доклад на Върховния комисар на ООН по правата на човека до Икономическия и социален съвет, ООН DOC. № E/2001 г./64 в параграф 60.

лични от факта, че Министерството на труда и социалната политика отговаря за тези домове за социални грижи. Те не са институционално свързани със системата на здравеопазването.

Деца до тригодишна възраст, които са останали сираци или са били изоставени, се настаняват в “домове за медицинско-социални грижи”. На този етап на децата със смущения в развитието се поставя диагноза от психиатър. На тригодишна възраст такива деца биват прехвърляни в домове за социални грижи с диагноза “умерена, тежка или дълбока изостаналост”. Диагнозата е законната основа на настаняването им, но без да се споменават потребностите на тяхното развитие. Родителският контакт най-често е загубен, а и не се насърчава особено.

Понастоящем в България терминът “умствено изоставане”, макар да е диагноза на ICD10⁴⁵, се прилага грубо и рано в живота на детето, без очевидно намерение за провеждане на лечение (медицинско, чрез образование или по друг начин). Той не е диагностично направление за лечение и развитие, а просто за сегрегация и отървяване. След като веднъж им се постави диагноза или “етикет”, децата в домовете за социални грижи имат много малък шанс за преразглеждане на диагнозата. Според проведеното от БХК изследване в тази област през последните две години, някои деца остават с една и съща диагноза между 10 и 15 години. Няма правила, процедури и практика, които да наложат последователен мониторинг и преоценка на диагнозата от специалисти. Промени в диагнозата се правят много рядко и инцидентно, и едва напоследък, по инициатива на директора или медицинския персонал на институцията, или по настояване на неправителствена организация.

През 2000 г. БХК съобщи за сериозни пропуски в диагнозата, мониторинга и преоценката на деца с умствени увреждания, както и за сериозни пропуски в специализираните дейности (корекция, рехабилитация и стимулация на деца със специални потребности) в институциите, където се грижат за тях. В тези институции почти няма квалифициран персонал за осигуряване на такива специализирани грижи. В повечето посетени институции медицинският персонал не беше в състояние да даде специфична информация относно етиологията на медицинското състояние на детето и динамиката на клиничните данни за интелектуалното увреждане на детето. По принцип това е трябвало да бъде отбелязано от психиатрите, работещи в областни психиатрични диспансери и пазено заедно с други медицински данни в институцията, грижеща се за детето.

Медицинските картони на децата обикновено съдържат непълна информация относно: бременността на майката, условията, при които аномалията на детето би могла да бъде установена, симптомите на състоянието. В нито един случай наблюдателите от БХК не са прочели информация за методите, използвани в диагностиката (психометрични методи: установяване на коефициента за интелигентност IQ, биохимичен анализ, енцефалографски прегледи и пр.). Само в редки случаи се дава някаква информация за установяване на формата на интелектуално увреждане.

На деца, описани като “имащи лека изостаналост”, се препоръчва да посещават специални общински училища за деца с трудности при обучението. Всички други обикновено се настаняват в домове за социални грижи, където остават до 18-годишна възраст. Някои от децата се приемат в тези специални институции без да им е поставяна диагноза и дори има случаи на здрави деца, които са били настанени там по “социални причини” (след като са били изоставени от родителите или след като са живели в големи лишения и запустнатост). След като детето бъде прието в институцията, психиатричните прегледи са редки и по-скоро случайни, отколкото планирани.

⁴⁵ *Международна класификация на болестите*, 10^{то} издание, Световна здравна организация, Женева. ICD10 предоставя средство за по-добра диагноза и прогноза на всички известни клинични нарушения. Използва се в епидемиологията и в други изследвания. Международната класификация на болестите не дава описание на лечението или управлението на болестите.

На 16-годишна възраст, когато придобият право да получават помощи за увреждане, децата се прегледват, често повърхностно, просто за потвърждаване на диагнозата. Амнести интернешънъл получи информация, че в някои случаи те се описват като страдащи от по-тежка степен на увреждане, за да се получи възможно най-високата държавна пенсия. Институциите, които се грижат за детето, или за пълнолетното лице след преместването му в заведение за възрастни, получават 80 % от изплащаните суми. Предвид недостатъчното финансиране на институциите тези плащания, макар и не особено значителни, са много важни. На 18-годишна възраст хората с по-тежки увреждания биват прехвърлени в институции за умствено увредени възрастни. Тези с “лека изостаналост” (които са посещавали специални училища) се освобождават и попадат под грижите на общинските социални служби. Тъй като такива служби не са в състояние да окажат значима подкрепа, повечето такива младежи обикновено са безработни и бездомни, и дори могат в крайна сметка да се окажат в домове за социални грижи за възрастни⁴⁶.

Care International Bulgaria проведе шестмесечно проучване на 12 институции през 1999 г. Екипи, включващи специалисти, преразгледаха диагнозата на децата. Те установиха, че на практика преоценки не са били правени за период от 10 до 15 години.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да гарантират, че настаняването във всички заведения се основава на професионална оценка на уврежданията на детето и на необходимото равнище на подкрепа. Да гарантират, че детето е системно наблюдавано и състоянието му е редовно преразглеждано от подходящ екип специалисти. Да гарантират, че всички деца, вече настанени в домове за социални грижи, се подлагат на периодично преразглеждане на състоянието им и да се гарантира, че те се отглеждат в най-подходящата институция.

Изглежда, че има малък или никакъв надзор от страна на министерството върху “образователните програми” в тези домове за социални грижи, тъй като идеята за “необучаемост” на деца с тежки увреждания още съществува в България, макар да е опровергана от повече от 30 години в други страни. Министерството на труда и социалната политика отговаря за 57 институции. Тези институции се грижат за над 4300 деца с увреждания на възраст между 3 и 18 години. 16 от институциите са дневни центрове с общ капацитет от около 500 деца, които живеят с родителите си. 32 институции са за деца без родителски грижи. В тях има над 2100 деца. 25 от 32-те институции за деца с увреждания на развитието се намират в малки села, предимно в икономически слабо развити райони.⁴⁷

Расте броят на частните институции, предимно дневни центрове, създадени от неправителствени организации. Усилията в тази посока предоставят алтернатива за деца с увреждания. Българското правителство обаче все още трябва да гарантира спазването на международните стандарти от частните институции, в противен случай самото то ще бъде отговорно за всяко нарушение. Комитетът на ООН по икономически, социални и културни права посочва в общ коментар за лица с увреждания, че “макар да е уместно правителствата да разчитат на частни доброволни групи, които помагат на лица с увреждания по различни начини, подобни уговорки не могат да освободят правителствата от задължението им да гарантират пълното спазване на ангажиментите по Пакта [за икономически, социални и културни права]. Както гласи Световната програма за действие за лица с

⁴⁶ Представител на Амнести интернешънъл говори с редица живеещи в посетените домове за социални грижи, които имат подобна съдба.

⁴⁷ Министерството на труда и социалната политика също отговаря за девет институции за “социално-образователно-професионално обучение” на деца с леки умствени увреждания. Тези институции имат интернати за деца, настанени в домове за социални грижи (които се връщат там по време на училищните ваканции), както и за деца, чиито родители не са в състояние да ги водят всеки ден до институцията или да се грижат за тях през седмицата.

увреждания, 'окончателната отговорност за отстраняване на условията, които водят до увреждане, и за справяне с последиците на уврежданията е на правителствата'."⁴⁸

Условия на живот

До неотдавна условията на живот в много от домовете за деца с увреждания на развитието бяха до такава степен неадекватни, че представляваха жестоко, нечовешко и унижително отношение. През февруари 1997 г. Амнести интернешънъл изрази загрижеността си пред българските власти от смъртта на шест деца и един 18-годишен младеж от хипотермия и недохранване в дома за социални грижи за деца с увреждания на развитието в Джурково. Тогава повече от 80 деца в тази институция са били оставени без адекватна храна и отопление в продължение на няколко седмици. През 2000 г. БХК започна да наблюдава тези институции системно и да съобщава поводите за загриженост относно обстоятелства, които са в нарушение на международни правозащитни стандарти. Например, условията в дома за социални грижи във Факия, Бургаска област, са описани, както от администратора на дома, така и от наблюдателите на БХК, като заплаха за живота на обитателите. Те включват много слабо и неадекватно снабдяване с храна, липса на медикаменти, сапун и почистващи препарати, неадекватно отопление и липса на спално бельо. През януари 2000 г. две момчета с висока температура в продължение на две седмици не били получили необходимото медицинско лечение. Накрая едно от момчетата било заведено в болница, където починало на следващия ден, а другото починало един ден по-късно, без дори да бъде прегледано от лекар. През август 2000 г. в дома за социални грижи в Медвен три деца са починали от дизентерия, а 10 други са били лекувани в болница със същата диагноза. В разследване, проведено от наблюдатели на БХК, се установили сериозни недостатъци в поддържането на хигиената, както и пропуски в администрацията на дома, в общинския и държавен надзор и в осигуряването на адекватно медицинско обслужване.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Във всички посетени социални домове за деца преобладават лоши условия на живот. Твърди се, че държавните ресурси са недостатъчни дори за основното поддържане на материалната база, за осигуряване на храна, отопление и облекло.

Изследването, проведено от БХК, показва, че държавният бюджет за тези институции е толкова неадекватен, че храна се осигурява само на минимално равнище, независимо от помощите и благотворителните дарения. Ситуацията е по-лоша в институции, които са географски изолирани или където администраторите не са ефективни или не са имали късмет при осигуряването на дарения.

През 2001 г. БХК съобщи за подобряване на условията на живот, снабдяването с храна и финансирането в някои домове за социални грижи. Във Факия например месечните разходи за храна са се увеличили пет пъти; даренията от чуждестранни и местни благотворителни организации, особено за подобряване на отоплението и канализацията, са увеличили трикратно наличните за целта средства. Някои неквалифицирани членове на персонала са били освободени, а шест нови членове на персонала, включително 'педагог, социален работник и физиотерапевт, са били назначени. Общината обаче все още не е изпълнила решението си от декември 2000 г., да премести заведението на по-подходящо място - в Деколан⁴⁹. Министерството на труда и социалната политика не е следило адекватно за изпълнението на мерки за подобряване на ситуацията.

⁴⁸ Общ коментар № 5, Единадесета сесия (1994 г.) в параграф 12.

⁴⁹ Факия е малко село на 52 километра от Бургас, най-големият градски център в региона, където би било възможно да се намери квалифициран персонал. Деколан е само на 19 километра от Бургас, с по-добри и евтини транспортни връзки. Там имало заведение, което би могло да предостави по-добри условия на живот, отколкото във Факия. Представител на Амнести интернешънъл посети Факия през юни 2002 г. и установи, че условията на живот не отговарят на стандартите и са изцяло неподходящи за отглеждането на 50-те настанени там деца, сред които 33 с много сериозни увреждания.

Въпреки отбелязаното положително развитие през 2001 г., неадекватните материални условия продължават да бъдат най-големият проблем според администраторите на домове за социални грижи, интервюирани от представител на Амнести интернешънъл през октомври 2001 г. и януари 2002 г. Повечето директори се оплакват, че осигуряваните от държавата ресурси са недостатъчни дори за основно поддържане на материалната база и че всички подобрения зависят от дарения и от работата на благотворителните организации. Като се има предвид, че главната им цел е да задоволят елементарни потребности, като напр. храна, отопление и облекло, разбираемо е, че малко хора имат време (а на повечето им липсват и умения) да посветят вниманието си на важни проблеми, като обучение на персонала и подходяща рехабилитация за децата, за които отговарят. Директорът на дома в Борислав счита, че най-сериозните проблеми на институцията, в която се отглеждат 46 деца, се дължат на хронична липса на ресурси. Сградата не е била боядисвана от 15 години. По време на посещението през октомври 2001 г. в дома не е имало достатъчно количество пелени и топли зимни дрехи. Необходимите количества храна се получават със специална помощ от общината и чрез частни дарения.

Спалните помещения бяха пренаселени, а на няколко места необзаведени и в много лошо състояние, без да предлагат визуална стимулация. В Могилино имаше пет големи спални помещения в основната сграда, по едно за всяка група от 10 до 15 деца. Стените бяха голи и на места боята беше олющена. Според Игор Статев, бивш директор на дома, който твърди, че е бил освободен от общинските власти поради това, че се е оплаквал от условията на живот в институцията, в дома за социални грижи токът често спира през зимата и домът остава без електричество и отопление.

Във всички посетени домове имаше централно отопление, но на места то беше недостатъчно, вероятно поради повредени инсталации или поради икономия на гориво. Във Видраре трапезарията беше студена по време на посещението през януари 2002 г. и персоналет поясни, че отоплението се пуска в тази част на сградата само в часовете за хранене - недостатъчно, за да се постигне необходимата топлина. Децата се хранят на три смени от по 20 минути.

Санитарните помещения бяха много неадекватни. Във всички посетени домове нямаше достатъчно възможности за редовно къпане и тоалетните бяха неадекватни, включително за обучение на децата как са ги използват.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се подобрят условията на живот във всички социални домове за деца и да се приведат в съответствие с международните стандарти. Да се гарантират достатъчно ресурси за адекватното снабдяване с храна, облекло, отопление и поддръжка на материалната база.

Контакти с родителите и обществото

Много малко деца се посещават от родителите им, повечето от които са се отказали от родителските си права в полза на държавата⁵⁰. Само две от 92-те деца, държани в Могилино през 2001 г., са имали контакти с родителите си. Контактите с местната общност също са редки. В Стража институцията заема третия и четвъртия етаж на училищна сграда, но има отделен вход и двор, който е отделен с ограда от територията, използвана от други деца. Персоналет каза, че жителите на селото настоявали за сегрегация, но тази нагласа постепенно се променя и някои от по-големите деца са канени в частни

⁵⁰ Всички лични картони съдържат декларации на родителите, с които те молят за институционализация на детето.

домове в селото по специални поводи. В Могилино децата не могат да се възползват от подобни контакти. Там малко от жителите на селото посещават заведението на религиозни празници.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Контактите на децата с родителите им са били най-често изцяло прекъснати, а всякакви контакти с обществото - крайно ограничени.

Според международните стандарти деца с увреждания не бива да бъдат изолирани или сегрегирани. През 1997 г., след специалния ден, посветен на обща дискусия по “Правата на деца с увреждания”, председателят на Комитета по правата на детето препоръча (от името на Комитета като цяло) “държавите да преразгледат и да изменят законите, засягащи увредени деца, които не са съвместими с принципите и разпоредбите на Конвенцията, например законодателство ... което задължително сегрегира увредени деца в отделни институции за отглеждане, лечение или образование”.⁵¹ Същевременно Комитетът отбеляза, че “държавите следва активно да се противопоставят на нагласи и практики, които дискриминират увредени деца и ги лишават от равни възможности по правата, гарантирани от Конвенцията, включително детеубийство, традиционни практики, пречещи на здравето и развитието, суеверие, възприемането на увреждането като трагедия ...”.⁵²

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да гарантират, че всяко дете, преценявано за настаняване в институция, поддържа връзки със семейството си, като се насърчават и улесняват, където е възможно, близки контакти между родителите и детето им. Да се сложи началото на всеобхватна политика, която да гарантира на вече настанените в домове за социални грижи деца възможността да развият в максимална възможна степен контакти с обществеността.

Наличност на персонал

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

В никоя от посетените институции нямаше персонал или посещения (дори нередовни) от необходимите специалисти за провеждането на подходяща програма за рехабилитация на деца със смущения в развитието.

Световната здравна организация през 1980 г. дефинира основните разлики между нарушение (намалена способност), инвалидност (загуба на способност) и увреда (неблагоприятно положение). Това илюстрира факта, че макар медицинската професия може да има необходимите умения, за да установи биологичните увреждания, а понякога и да ги поправи, уменията да се сведат до минимум както първичните, така и вторичните увреждания, са в сферата на други професионалисти, като напр. терапевти, учители и психолози. В тази област лекарите понякога са описвани като “пара-педагогически професионалисти”. Ако хора с увреждания на развитието се възприемат като развиващи се хора, решенията за техните потребности от подкрепа трябва да идват от професионалисти, които могат да определят различните сфери на увреждане и да предоставят необходимите терапевтични и протезни решения. На Амнести интернешънъл бе казано, че лекари могат да се чувстват както некомпетентни, така и професионално потиснати, когато се опитват да “лекуват” умствени увреждания, тъй като им липсва подготовка да помагат за възпитание на умения за живот.

В никоя от посетените институции нямаше персонал или посещения (дори нередовни) от необходимите специалисти за провеждането на подходяща програма за рехабилитация на деца със

⁵¹ Обща дискусия по “Правата на деца с увреждания”, ООН DOC. CRC/C/66, Para 338(D)(III).

⁵² Пак там, параграф 338(E).

смущения в развитието. Общо взето специалните дейности за деца в посетените домове се организираха от персонал, наречен “педагози”, много от които имаха общо педагогическо образование, а в някои случаи само средно образование. Само в един посетен дом, в Стража, имаше “педагози”, които са имали известно обучение по увреждания на развитието. Санитарите обикновено идват от близките села и не са обучени за работа с деца, още по-малко деца с увреждания на развитието.

Медицинско обслужване

Друг сериозен проблем беше медицинското обслужване. С няколко изключения в тези институции нямаше лекари. Общопрактикуващите лекари често бяха в градове или села на известно разстояние от домовете. Лечение от специалисти, включително психиатри, както и рехабилитация и преоценка, не бяха стандартна практика. По време на посещенията само няколко институции бяха изпълнили заповед № 19/2001 г. на Министерството на здравеопазването, която гласи, че уврежданията на всички деца под 16-годишна възраст следва да бъдат преразгледани до края на 2001 г.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Медицинското обслужване е неадекватно. С малко изключения, в тези институции няма лекари. Общопрактикуващите лекари са често далече от дома за социални грижи. Лечение от специалисти, включително психиатри, рехабилитация и преоценка, не беше стандартна практика.

В дома в Стража, посетен през януари 2001 г., последното посещение на психиатър е било през март 2000 г. Той е направил преоценка на състоянието на едно дете от лека на тежка изостаналост. Делегатите забелязаха следната диагноза в медицинския картон на едно дете: “лека олигофрения - тежка форма” и “дебилност - тежка форма”. 17-годишно момче е било сложено в група с по-увредени деца, но въпреки това, като видяло посетителите, то незабавно станало и попитало дали са дошли да го вземат. Не бе възможно да се разгледа медицинският му картон, тъй като бе казано, че е бил изпратен в комисията, която го подготвяла за оценка за получаване на пенсия за нетрудоспособност. В главния дневник на живеещите в дома диагнозата му е записана като: “*m.l. Down*”, която се тълкува от персонала като “лек синдром на Даун” и “*олигофрения*”⁵³ - остарял термин, все още използван в България за обозначаване на по-ниско от средното равнище на интелектуално или умствено развитие. На лекаря в нашата делегация обаче беше ясно, че момчето не страда от синдрома на Даун.

В тази институция имаше няколко деца, които изглеждаха да страдат от аутизъм, но медицинският персонал не знаеше за това състояние. То беше известно на социалната служителка, но в университета в Шумен я бяха учили, че то се среща само при интелигентни хора.⁵⁴ Много от настанените лица в посетените домове за социални грижи за деца и възрастни изглеждаха да имат класически аутизъм, но състоянието им не е познато и следователно техните специални потребности бяха пренебрегнати.

В Могилино общопрактикуващият лекар идваше от 17 км., а педиатърът и психиатърът бяха в болница на 30 км. и децата трябваше да бъдат водени там. Твърди се, че състоянието на децата се преразглежда всяка година от общопрактикуващия лекар. През 2001 г. на нито едно дете не е била поставена различна диагноза, но директорът държеше на всички деца да се направи повторна оценка от квалифициран специалист.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

⁵³ От гръцките думи *oligo* (малък) и *phren* (ум).

⁵⁴ Нарушенията от аутистичния спектър са широко разпространени, а тежък аутизъм се открива във всички контингенти с тежки увреждания на обучителния процес. Характеризира се с увреждания в езика, в способността за нормално общуване с други хора, както и с увреждания на въображението, стереотипно поведение, настояване за “еднаквост” и ритуали.

Да гарантират, че медицинското обслужване в домовете за социални грижи за деца е адекватно и че мониторингът и редовната оценка от медицински специалисти е стандартна практика.

Лекарства⁵⁵

В Стража 23 деца вземаха някои видове психо-медикаменти, най-вече хлорпромазин, но също и други антипсихотични средства, като цитираната причина за това беше “агресия”. Едно 13-годишно дете беше с тегло много под нормата, но му се даваха 100 мг. хлорпромазин дневно (прилична доза за възрастен) и диазепам два пъти на ден за агресия. Всъщност, според лекаря в нашата делегация, самият диазепам може да “отключи” агресия. Персоналът поясни, че обитателите на дома на възраст над 17 години могат да получават медикаментите си и с инжекция.

В Могилино нямаше достатъчно време да се разгледа обстойно режимът на лечение, но общопрактикуващият лекар предписваше фенобарбитон на децата, тъй като е безплатен или много евтин.⁵⁶

Грижи за най-сериозно засегнатите

Условията на живот в Джурково са значително подобрени след зимата на 1997 г., когато седем от живеещите в дома починаха от глад и студ. По време на посещението през октомври 2001 г. стаята за игри на приземния етаж вече имаше нова система за подово отопление, инсталирано под привлекателни керамични плочки. На по-горния етаж имаше добре обзаведена стая за физическа рехабилитация и една “сетивна стая”, където децата почиват на меки дюшеци, забавляват се с различни светлинни ефекти, прожектирани по стените и тавана, и слушат музика.

Не всички деца обаче можеха да се възползват от материалната база. На първия етаж, в две стаи, с пет и седем деца съответно, бяха настанени децата с най-тежките увреждания. Те лежах на легла, покрити само с полиетиленови чаршафи. Някои бяха мокри и бельото им трябваше да бъде сменено. В първата стая едно момче, което лежеше по гръб, изглеждаше много разстроено, ако някой се опита да се приближи до него. Около него летяха рояци мухи, много от които кацах по тялото и лицето му. Дежурната санитарка каза, че тези деца никога не се изваждат от стаята, освен съвсем епизодично на съседната тераса. По-късно дежурната медицинска сестра твърдеше, че тези децата се водят всекидневно в стаите за игра на долния етаж.

Във втората стая най-сериозно болното дете беше 13-годишната Вера Д. Изкривеното ѝ тяло беше толкова отслабнало, че кожата ѝ изглеждаше силно опъната. Дежурната медицинска сестра каза, че момичето има терминално чернодробно заболяване и чезне, макар, според твърденията, да ѝ се дават големи количества храна. Вера държеше ръцете на посетителите и изглеждаше много спокойна и доволна от вниманието, което получава, макар и за кратко. Долните ѝ дрехи бяха мокри, което дежурната санитарка не бе забелязала и не ги беше сменила спешно. От медицинския ѝ картон се установи, че Вера Д. страда от церебрална парализа. Нямаше диагноза за трудности в учението и тя може би напълно е съзнавала в какви условия живее, но не е била в състояние да вербализира каквито и да е чувства или мисли. Това би направило състоянието ѝ дори още по-ужасно, ако изобщо това е възможно. Най-близката болница е на 52 км. Вера Д. е била прегледана от педиатър-специалист в Пловдив на 21 юни 2001 г. Диагнозата ѝ: *церебрална парализа, състояние след вирусен хепатит, алергичен дерматит*. Персоналът се отнасяше към Вера Д. като че ли смъртта ѝ е вече сигурна и всичко

⁵⁵ За обща информация относно психиатричните медикаменти вж. раздела за медикаментите в домовете за социални грижи за възрастни на страница 60.

⁵⁶ Вж. също “Установените практики” в раздела за домове за социални грижи за възрастни на страница 60 и в бележка под линия 86.

е само въпрос на време. Дори при тези много драматични обстоятелства Вера Д. очевидно не получаваше никакво специално внимание или грижи. Медицинският персонал в дома, изглежда, не се тревожеше дали полаганите от тях грижи за Вера са адекватни или дали тяхната институция е в състояние да ѝ предостави адекватно медицинско обслужване.

Друго дете в тази стая си убиваше времето, като късаше малки правоъгълни ленти от един парцал. Медицинската сестра каза на посетителите: “Всички парчета, които тя къса, са напълно еднакви. Аз не бих могла да го направя, колкото и да се старая”. Когато посетителите запитаха защо няма играчки в леглата на децата, медицинската сестра отговори, че ги държали на долния етаж и че децата играели с тях, когато ги заведат да играят с педагозите, никой от които не е дежурен следобед. Не беше възможно да се прецени дали всъщност се организира някаква дейност за най-тежко увредените деца, предвид по-горе споменатото твърдение на една санитарка, че те рядко напускат леглата си. По време на посещението всички 12 деца с най-тежки увреждания в Джурково изглеждаха запуснати и лишени от адекватни грижи, особено от рехабилитационна терапия. Персоналът, макар и добронамерен, не включваше квалифицирани кадри, които да се грижат за специалните потребности на тези деца.

Децата в Могилино имаха редица различни диагнози, най-вече леко или умерено увреждане, но определено някои бяха с тежки и множествени увреждания. Те бяха настанени в различни сгради според физическите, а не според интелектуалните им способности. 35 деца прекарваха живота си в леглото.

Посещението в къщата на децата с най-тежки увреждания, беше разстройващо. Имаше например малки деца с церебрална парализа, която ги беше оставила спастични във всичките им четири крайника, едно сляпо и глухо дете, и едно малко детенце със синдром на Даун, което беше изключително хипотонично (отпуснато). Всички деца лежах по гръб в леглата си и прекарваха дните си, като възприемаха обкръжението си от това положение. Беше ясно, че персоналът няма никаква представа как да общува с тези крайно засегнати деца, освен като ги храни и почиства.

Липса на адекватна рехабилитация⁵⁷

По време на същото посещение в Джурково през октомври 2001 г., в допълнение към пренебрегването на 12 деца с най-големи увреждания, липсата на адекватна рехабилитация беше болезнено очевидна и в едно голямо спално помещение на първия етаж, където имаше 12 деца със синдром на Даун. Децата, които бяха в дървени креватчета, бяха, по сведенията на персонала, пет- и шестгодишни, но по физическото си развитие приличаха на едногодишни. Никое от тях не можеше да стои право само, без да се държи за перилата на креватчетата. По време на посещението около тях имаше две санитарки, но не изглеждаше да има каквато и да е организирана дейност. Едно момиченце в креватчето най-близо до вратата беше прегризало горната част на перилата, която е приблизително два сантиметра широка и три сантиметра дебела. Когато това беше посочено на санитарката, тя отговори, че креватчето неотдавна било преобоядисано с безоловна боя. Липсваше разбиране за това, че момичето е било принудено да гризе дървото, понеже ѝ липсва внимание и средства да се занимава по някакъв друг начин. Тъй като по време на посещението там нямаше педагози, беше невъзможно да се получи информация за рехабилитационното лечение, което тези деца може би получават. Етапът на тяхното развитие обаче, предвид възрастта им, сочи, че те са били значително пренебрегвани.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

⁵⁷ Както бе отбелязано по-рано в настоящия доклад, Принцип 14 на Принципите МІ предвижда ресурсите, които следва да бъдат предоставяни в психиатрични заведения. Правило 3 на Стандартните правила на ООН за изравняването на възможностите за лица с увреждания гласи, че: “Държавите следва да осигурят рехабилитационното обслужване на лица с увреждания, за да може те да достигнат и задържат оптималното си равнище на независимост и функциониране.”

Лишаването на деца с увреждания на развитието в домовете за социални грижи от задълбочени оценки, адекватно медицинско обслужване и подходяща рехабилитация се свежда до жестоко, нечовешко и унизително отношение, и по този начин нарушава международното право.

Макар материалните условия в Джурково и други посетени институции да са се подобрили съществено през годините, все още е очевидна сериозна неспособност да се предлага активно лечение, подходящо за медицинските увреждания на децата.

Както вече бе отбелязано, рехабилитацията на деца с увреждания на развитието е комплексен въпрос. Тя изисква преподавателски стратегии, които са индивидуализирани според уменията и недостатъците на лицето. Такива стратегии следва да се основават на набор от оценки, направени от интердисциплинарен екип от обучени професионалисти (като напр. физически терапевти, професионални терапевти, речеви и езикови терапевти, психолози и лекари) и следва да се прилагат последователно от квалифициран персонал по всяко време. Нещо повече, тези стратегии трябва да се оценяват редовно, за да могат да се правят промени въз основа на постигнатия от лицето напредък. Смята се, че при всички деца, включително тези със синдром на Даун, много ранна интервенция (скоро след раждането) със стимулация от страна на и взаимодействие с родителя или грижещия се за детето, е от жизненоважно значение за развитието. Децата със синдром на Даун по-специално могат да постигнат значителен интелектуален напредък. В този контекст децата от Джурково не получават адекватно лечение. Последиците от занемаряването на децата ще имат дълбоко въздействие до края на живота им.

Новата боя и плочките в дома за социални грижи в Джурково бяха привлекателни, но наблюдаваната ситуация по време на посещението едва стигаше до основата на проблема – необходимостта от активно лечение. Децата в социалните домове се нуждаят от непрекъснато обучение, а не само от възможността да бъдат заведени в стая с играчки или да наблюдават проблясващи светлини. Липсата на взаимодействие с обслужващите в Джурково бе особено тревожна за децата в леглата, понеже поначало стаята им не е стимулираща, а ранното им занемаряване е довело до емоционален дистрес, самовглъбяване, изкривени и атрофирани крайници. Много от децата в стаята за игри на приземния етаж бяха развили стереотипно поведение (блъскане/удряне на главата, повтарящи се движения на пръстите, блъскане на други деца, хапане на собствените си ръце). Според експертите в делегацията те се държат по този начин, за да компенсират липсата на взаимодействие; да привлекат внимание; и да си намерят своя собствена стимулация, поради липса на нещо по-смислено. Ако скоро не се започне активно и подходящо лечение, тези деца ще бъдат перманентно и тежко засегнати. Те никога няма да могат да постигнат стандарта, признат от държавите, подписали Конвенцията за децата, “че умствено или физически увредено дете трябва да има право на пълноправен и приличен живот в условия, които му осигуряват достойнство, увеличават самостоятелността му и улесняват активната роля на детето в обществото” (член 23). Вместо това такива деца вероятно ще бъдат осъдени да прекарат остатъка от живота си в домове за социални грижи. Повечето от тях накрая ще бъдат прехвърлени в заведения за възрастни, където материалните условия са често ужасяващи и практически не съществуват рехабилитационни лечения.

Амнести интернешънъл е загрижена от това, че лишаването на деца с увреждания на развитието в домовете за социални грижи от задълбочена индивидуална оценка, адекватно медицинско обслужване и подходяща рехабилитация представлява жестоко, нечовешко и унизително отношение и нарушава международното право, включително задълженията на България по Конвенцията за децата, МПГПП и Конвенцията против изтезания. Последиците от такова пренебрегване в някои случаи може да представляват заплаха за живота. Децата, които са били пренебрегнати и лишени от адекватна рехабилитация, носят последиците цял живот. Лишаването на лица от възможността да развият потенциала си ги лишава от основното им право на живот с достойнство и уважение.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да гарантират, че за всяко дете със смущения в развитието има индивидуализирана рехабилитация и програма за обучение; да гарантират с най-голяма спешност, че всички деца, вече настанени в институции, получават активно и подходящо лечение, основано на индивидуализирана оценка на потребностите на развитието им. Тези цели могат да бъдат постигнати, само ако всички институции, грижещи се за деца с умствени увреждания, имат персонал, състоящ се от необходими специалисти.

Смъртност

В Могилино имаше висока смъртност, с шест смъртни случаи през 2001 г.⁵⁸. Аутопсии след смъртни случаи в тази институция се изискват от 1999 г. насам. Заявените причини за смъртта включват смущения, които са често срещани при деца с тежки увреждания на развитието и там, където ресурсите са бедни. Едно деветгодишно момче почина на 6 ноември 2001 г. от пневмония. Той е страдало от церебрална парализа, която му пречела да преглъща. Деца в такова състояние трябва непременно да бъдат хранени в изправено положение, в противен случай храната може да влезне в трахеята и да причини пневмония. Когато бяха запитани, персоналят отговори, че децата са хранени само с биберони и че те са в легнало положение с възглавници, които подпират главите им.⁵⁹

Твърдения за изтезания и малтретиране

Твърденията за изтезания и малтретиране бяха много редки. Това може би не отразява непременно действителната ситуация, тъй като много от децата не биха могли да се оплачат. Изглежда да има незначителен надзор над социалните домове от страна на общинските власти и практически никакъв надзор от Министерството на труда и социалната политика. Все пак, бяха отбелязани проблеми с нагласите на персонала. Британска благотворителна организация, работеща по модернизиране на обзавеждането в някои домове за деца, попита децата какво най-много биха искали да се промени. Може би е изненадващо, че за децата най-съществената промяна е необходимостта да се промени отношението на персонала, което те смятат за по-важно от по-добрата храна, отопление и чистите и функциониращи бани.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Макар сведенията за физическа злоупотреба с деца да са много редки, Амнести интернешънъл е загрижена, че те не се разследват спешно и безпристрастно и че разследванията не спазват изискванията на Конвенцията против изтезанията.

В дома за социални грижи в Търнава, Великотърновска област, през 2001 г. се грижеха за 24 деца на възраст между 6 и 10 години с диагноза “умерено и тежко умствено изоставане”. През август и септември 2001 г. в няколко материала във вестниците се твърдеше, че санитарка малтретира деца в този дом. През септември 2001 г. директорът на дома потвърди някои от твърденията в интервю с БХК. Санитарката, за която се твърди, че е била отговорна за подобно поведение, е била освободена. Вътрешното разследване обаче не е установило никаква отговорност на тогавашния директор за липсата на адекватен надзор над поведението на персонала. Очевидно срещу освободената санитарка не е заведен наказателен иск. БХК разгледа писмените показания от вътрешното разследване, които описват как една санитарка се опитвала да храни насила четиригодишно момче, чиито пелени трябвало да бъдат сменени. След като не успяла да нахрани момчето, тя му ударила шамар. В друг случай го завързала за леглото. През април 2000 г., вероятно без да иска, тя изгорила друго дете с вряла вода. Момчето се нуждаело от болнично лечение и било прехвърлено по-късно в друг дом за социални грижи.

⁵⁸ 92 деца се отглеждаха в този дом за социални грижи по време на посещенията през януари 2002 г.

⁵⁹ Представител на Амнести интернешънъл, който посети Могилино през юли 2002 г., установи, че всички най-тежко увредени деца са хранени в легнало положение.

Няколко бивши колеги заявиха, че тази жена е малтретирила деца в много случаи, включително като ги биела с пръчка и ги бодяла с игли. Такова поведение, предвид сериозността на причиненото страдание и като се има предвид, че жертвите са толкова млади и относително беззащитни, би могло потенциално да се счита за изтезание.

Министерството на труда и социалната политика създаде комисия, която да разследва публикуваните твърдения за малтретиране в Гърнава. В писмо до БХК от 19 октомври 2001 г. Маргарита Михалчева, по това време началник на Националната служба за социална помощ, разясни установените от разследването факти. Четиригодишното момче, за което се твърди, че е било хранено насила, бито и завързвано за леглото, е било хоспитализирано от 23 януари до 3 февруари 2000 г. в Бяла Слатина с “тежък анемичен синдром”. Момчето е било прието отново в болницата на 5 март 2000 г. с висока температура, усилено слюноотделяне и кървене от устата. По това време той е бил придружен от педагог и санитарка, които заявиха, че са подозирали, че детето е било бито. Полицейски служители, които са били в болницата по друг повод, взели под внимание твърденията и разследвали случая. Това разследване било спряно поради липса на доказателства, след като било установено, че кървенето е резултат от възпаление в устата. В случая с момчето, което е било изгорено с вряла вода, комисията за разследване докладва, че на 5 април 2000 г. заподозряната санитарка била забелязала по време на сутрешното миене, че краката на детето изглеждали много червени, което я накарало да се усъмни, че момчето е пострадало от изгаряния. Д-р Кунчева, общопрактикуващ лекар в селото, изпратила момчето в болницата в Бяла Слатина, където то било лекувано от 8 април до 15 април 2000 г. От предоставената информация от Маргарита Михалчева остава неясно къде е било лекувано детето от 5 до 8 април 2000 г. и на какво медицинско лечение е било подложено. Също така остава неясно дали комисията за разследване е проверила как е било извършено сутрешното миене на раненото дете; какво е причинило изгарянията; дали е било проведено вътрешно разследване на инцидента и с какви резултати. Известно е, че дори преди този инцидент тогавашният директор на дома за социални грижи е издал писмено предупреждение до санитарката “за грубо отношение към децата”. Нямаше информация обаче за конкретното поведение, за което санитарката е била порицана. Тя е била освободена на 11 юли 2000 г. след дисциплинарна процедура, но не е дадена информация за основанието за уволнението.

В писмото на Маргарита Михалчева се споменава и за момиче, описано като “дете, което е сляпо и с много силно намален слух”, което е било поставено в изолатора “поради чести кризи, от които тя страдала, които я карали да плаче и по този начин да пречи на другите деца да спят”. Министерското разследване не е установило случаи на продължителен престой на деца в изолатора, но няма информация за това какво се приема за продължителен престой; в какви обстоятелства се прибегва до изолатора; и кой разрешава неговото използване. Окончателното изявление в писмото на министерството посочва, че въпросът следва да се счита за приключен: “Разследването стигна до заключението, че е имало случаи на малтретиране на деца в дома за деца с умствени увреждания ‘Надежда’ в село Гърнава. Информацията, публикувана във вестник “Монитор” обаче се отнася само до случаи от миналото, за които отговорният персонал е бил наказан и освободен.”

Амнести интернешънъл е загрижена, че това разследване, което би трябвало да доведе до наказателно и вероятно съдебно разследване, не може да се приеме за изчерпателно и безпристрастно и не отговаря на изискванията на Конвенцията против изтезанията. Член 12 гласи, че “всяка държава, подписала Конвенцията, трябва да гарантира, че компетентните власти предприемат бързо и безпристрастно разследване” по отношение на всички актове на жестоко, нечовешко или унижително отношение или наказание. Нещо повече, Амнести интернешънъл е загрижена, че разследването, проведено от персонала на Министерството на труда и социалната политика, не отговаря на изискването за безпристрастност на Принципите за ефективно документиране на изтезания и жестоко, нечовешко или унижително отношение или наказание, което гласи, че разследващите “следва да бъдат

независими от заподозрените извършители и от ведомството, в което работят, както и да бъдат компетентни и безпристрастни”.⁶⁰

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да създадат независим мониторингов механизъм за децата в домовете за социални грижи. Този орган ще упражнява непрекъснат надзор над условията и грижите и ще осигурява упражняването на задължителните надзорни функции от отговорните общински и национални власти, включително и отговорността да разследват спешно и безпристрастно всяко оплакване от малтретиране.

Надзор от националните власти

Информацията за разследването на твърдения за малтретиране на деца в Търнава показва недостатъчното равнище на интерес на националните власти да установят всички обстоятелства, довели до малтретиране на деца, за чието отглеждане отговаря Министерството. Такова разследване също трябва да прецени дали е необходимо да се изпратят препоръки до други домове за защитните механизми, които да гарантират, че на подобно недопустимо поведение ще се реагира спешно в бъдеще. Друг повод за загриженост беше имплицитното разбиране на министерството за това кое неправилно поведение, представлява престъпление и следователно трябва да бъде разследвано от отговорните съдебни власти. Докладът на разследването на твърденията за малтретиране на деца в Търнава трябваше най-малко да поясни защо въпросът не е бил препратен за разглеждане от отговорния прокурор. Предвид факта, че твърденията за малтретиране са били публикувани, отговорният прокурор би могъл да започне разследване на твърденията *ex officio*.

В действителност пропускът на отговорния прокурор да разследва твърденията за Търнава сочи една очевидно обща нагласа на българските прокурори, когато разследват поведение, което може да представлява престъпна небрежност от страна на администратори и персонал в институции за деца. Разследването на смъртните случаи на деца в Джурково през зимата на 1997 г., според твърденията продължаваше по време на посещението през октомври 2001 г. Явно не беше започнало криминално разследване на смъртните случаи на две момчета във Факия през януари 2000 г. Не бяха започнати и разследвания на смъртните случаи на деца в други домове, където равнището на небрежност може би не е така остро очевидно и разследването изисква редица комплексни прегледи от съдебномедицински експерти (напр. смъртни случаи на тежко увредени деца, които може да са причинени от неправилни практики на хранене).

Амнести интернешънъл препоръчва да се създаде независим орган, който да упражнява мониторинг на грижите във всички детски домове за социални грижи и да има правомощия да разследва всякакви оплаквания, свързани със ситуацията в институциите, както и да следи непрекъснато отговорните общински и национални власти да упражняват законните си надзорни функции.

Домове за социални грижи за възрастни с умствени увреждания

Както бе отбелязано във въведението към настоящия доклад, през октомври 2001 г., януари и април 2002 г. представител на Амнести интернешънъл посети осем социални домове за възрастни с умствени

⁶⁰ Принцип 5(а) гласи следното: “В случаи, в които установените процедури на разследване са неадекватни поради недостатъчна експертиза или подозрения за пристрастност, или поради очевидното съществуване на системна злоупотреба, или поради други съществени причини, държавите следва да гарантират разследванията да са предприети от независима комисия или чрез подобна процедура. Членовете на такава комисия се избират поради признатата им безпристрастност, компетентност и независимост като индивидуални лица. По-специално те трябва да бъдат независими от всички заподозрени извършители, както и от институциите или ведомства, в които те работят. Комисията има власт да получи цялата информация, необходима за разследването и провежда разследването според разпоредбите на тези Принципи.”

увреждания и посети повторно два от тях - в Санадиново и Драгаш войвода⁶¹. Условието в седем от тях бяха бедни и домовете бяха пренаселени до степен на жестоко, нечовешко или унижително отношение, което е забранено от международното право⁶². Д-р Мери Майърс, консултант-психиатър, която посети тези институции като представител на Амнести интернешънъл, заяви: “Те показаха всички признаци на най-лошия вид институционализация. Културата на грижите за тях се състоеше просто от контролиране и държане на хора на склад. Настанените в заведенията лица, които очевидно са били изоставени от обществото, бяха оставени без възможност за занимания и без нищо, на което да се надяват. Те са наблъскани като стадо в домовете с абсолютно никаква цел на дните им.”

Амнести интернешънъл счита, че хората с умствени увреждания в тези институции са изключени от обществото на основата на диагнози, които са под въпрос, основани са на остарели предположения, и рядко - ако изобщо - се преразглеждат.

Персоналът беше както силно недостатъчен като бройки, така и без професионалните умения, необходими с оглед на потребностите на клиентите. Това може да е отражение на липсата на ресурси, както и на обща нагласа по отношение на настанените лица в домове за социални грижи, илюстрирани от едно изказване на лекар, срещнат по време на нашето посещение: “Нищо не може да се направи за тяхното състояние.”

Ужасяващите условия на живот и липсата на адекватно лечение в социалните домове за възрастни с умствени увреждания в две от посетените институции бяха обект на кампаниите на Амнести интернешънъл⁶³. В доклад за Санадиново, публикуван през април 2002 г., се документира ситуацията в тази институция, както и отговорът на българските власти, особено на местните прокурори, на обжалвания по повод тежки нарушения на правата на човека в този социален дом⁶⁴. През юни 2002 г. домът в Санадиново бе затворен и повечето от жените бяха прехвърлени в едно неотдавна ремонтирано заведение в Качулка. Седем от жените, които бяха настанени в Раздол, продължаваха да живеят в ужасяващи условия. Ситуацията в Драгаш войвода беше описана в писмо от Амнести интернешънъл до Никола Филчев, Главен прокурор на България, публикувано през април 2002 г. Ужасяващи условия на живот, пренебрегване и злоупотреба с обитателите преобладаваха в повечето други посетени институции⁶⁵. От средата на юли не е получен отговор от Главния прокурор.

⁶¹ Представители на Амнести интернешънъл и БХК продължават да наблюдават домове за социални грижи. През юни те посетиха дом за социални грижи за мъже с умствени увреждания в Оборище и дом за социални грижи за жени с умствени увреждания в Горни чифлик и посетиха повторно Радовец.

⁶² Условието на живот, както и използването на изолиране, наблюдавано в Оборище през юни 2002 г., също представляваха жестоко, нечовешко и унижително отношение.

⁶³ Вж. България: *Увредени жени, осъдени на “бавна смърт”*, (АИ Index EUR 15/002/2001 г., 10 октомври 2001 г.) и България: *жестоко, нечовешко и унижително отношение към жени, настанени в Санадиново*, (АИ Index: EUR 15/001/2001 г., 10 октомври).

⁶⁴ Вж. България - Санадиново: *“Това е наистина ужасяващо място”* (АИ index EUR 15/002/2002 г.), публикуван през април 2002 г.

⁶⁵ Вж. България: *Обитателите на Драгаш войвода умират в резултат от грубо пренебрегване* (АИ index EUR 15/004/2002 г.), публикуван на 15 април 2002 г.

Настаняване в домове за социални грижи

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Материалноправните и процедурните норми за настаняване в домове за социални грижи флагрантно не спазват изискванията на международните правозащитни стандарти и нарушават правата за справедлив съдебен процес и свобода от произволно задържане.

Българските служители разглеждат настаняването в домове за социални грижи като "доброволно", тъй като се основава на молба от член на семейството или законен настойник (вж. също раздела в тази глава за попечителството)⁶⁶. Същите служители твърдят, че настаняването в домове за социални грижи не може да се сравнява с настаняване за принудително болнично психиатрично лечение, понеже домовете за социални грижи не се считат за институции за психиатрична помощ и тяхната първостепенна функция е да дадат подслон на хора, които нямат никой, който може или иска да се грижи за тях. Всъщност Наредба № 4 от 16 март 1999 г., издадена от Министерството на труда и социалната политика, въвежда следните критерии за настаняване: "Хора със сетивни увреждания и/или умствени увреждания могат да бъдат настанявани в заведения за социални грижи, когато в домашното си обкръжение те не могат да получат специфичните грижи, които изисква здравословното им състояние" (член 27). Макар дадено лице да може да бъде настанено в социален дом, само ако "всички средства да може да остане със семейството си са били изчерпани" (член 29), наредбата не уточнява за какви "средства" става дума и как те могат да бъдат осигурени. Наредбата също не уточнява как ще бъдат оказани "специфичните грижи, които здравословното им състояние изисква" в дом за социални грижи за възрастни с умствени увреждания и всъщност дали ще им бъде осигурена някаква рехабилитация⁶⁷. Решението за настаняването се взема от началника на общинската служба за социална помощ (на общината, която отговаря за съответния дом за социални грижи) на основата на доклад, изготвен от тази служба⁶⁸, в който се оценява необходимостта от настаняване. Тъй като този общински орган е отговорен и за управлението на дома за социални грижи, който впрочем дава работна заетост за местни хора, техният очевиден интерес е да запазят заведението да действа с пълен капацитет. Отхвърлянето на молбата може да се обжалва пред началника на окръжната служба за социална помощ. В наредбата няма клауза, че съответното лице трябва да бъде представяно от адвокат. Тази процедура, в която интересите на засегнатото лице не са ефективно представени, а решението за настаняването не подлежи на независим преглед по реда на надзора, не предоставя защитни механизми за справедлив

⁶⁶ В изключително малко случаи лице, което не е било настанено в заведение под попечителство, се приема по собствената му молба. Но дори и в такива случаи тяхното положение в дома за социални грижи почти не се различаваше от това на другите обитатели. Например, макар всички обитатели да имат право на отпуск до три месеца на година, 'доброволно' живеещ в Драгаш войвода бе видян да настоява пред директорката на дома за социални грижи да му бъде изпълнена отдавна подадената молба за тридневен отпуск. Тя просто го уведомявала, че молбата му ще бъде разгледана "като му дойде времето".

⁶⁷ Предвиден, например, за домове за деца с умствени увреждания в член 49.

⁶⁸ Министерството на труда и социалната политика издава насоки за изготвянето на тези доклади.

процес и защита срещу произволно задържане, който се изисква от международното законодателство по правата на човека, Принципите МІ и стандартите на Съвета на Европа⁶⁹.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се преразгледа настаняването на всички живеещи в домовете за социални грижи и да се гарантира, че правата им на справедлив съдебен процес и свободата от произволно задържане не са нарушавани.

Да се въведе материалноправно и процедурно законодателство, което да урежда настаняването в домове за социални грижи и да се гарантира тези разпоредби да отговарят на стандартите на международното право.

След като бъдат настанени в дом за социални грижи, огромното мнозинство от живеещите в тях ще прекарат остатъка от живота си там. Наредба № 4/1999 г. не съдържа разпоредби за периодична оценка и преглед по реда на надзора на решението за настаняване. В нея само се указва, че настаняването може да бъде прекратено по молба на съответното лице, ако не е обявено за неспособно, или от настойника му, или "ако поради промяна в психологическото и/или физическото състояние на лицето то става вече неподходящо за определения профил на дома". Амнести интернешънъл е загрижена от това, че на огромното мнозинство от хората, настанени в домове за социални грижи в България, се нарушават основните права на справедлив процес и свобода от произволно задържане и че тяхното настаняване в домовете следва да бъде преразгледано.

Условия на живот

Всички посетени заведения не бяха адекватни за целите на предоставяне на грижи за хора със специални потребности и много от тях не бяха годни за живеене при никакви обстоятелства. Поставянето на човешки същества при такива жилищни условия показва незачитане на правото им да бъдат третирани с уважение към човешкото им достойнство, както задължава член 10 на МПГПП, който гласи: "Всяко лице, лишено от свобода, има право на хуманно отношение и на уважение на присъщото на човешката личност достойнство." Комитетът по правата на човека (КПЧ) заявява в своя Общ коментар № 21 за член 10, че: "Член 10, алинея 1 на Международния пакт за граждански и политически права се отнася за всеки лишен от свобода съгласно законите и властта на държавата, който е държан в ... болници – особено психиатрични болници (алинея 2 на Общия коментар)"⁷⁰. Нещо повече, КПЧ напомня на държавите в същия Общ коментар, че "уважение към достойнството на такива лица следва да се гарантира при същите условия, както за свободните лица" (алинея 3 на Общия коментар). Накрая, в алинея 4 на същия Общ коментар КПЧ отбелязва, че: "третирането на всички лишени от свобода лица с човечност и уважение за тяхното достойнство е основно и универсално приложимо правило. Следователно приложението на това правило, като минимум, не може да зависи от наличните материални ресурси в държавата, подписала документа. Това правило следва да се прилага без каквото и да е разграничаване." Принцип 2 на Принципите МІ гласи: "Всички лица с психично заболяване, или онези, които са лекувани като такива, имат право на хуманно отношение и на уважение на присъщото на човешката личност достойнство." Фактът, че властите, отговорни за тези заведения, не са осигурили основните елементи, които се изискват за обитаемо обкръжение, като например подслон, хигиена, санитарни възли, удобства, храна и топлина, във всички освен една⁷¹ от посетените институции, може да се разглежда като нечовешко и унижително отношение и да е в нарушение на международните правозащитни стандарти.

⁶⁹ Тези стандарти са изчерпателно описани в настоящия доклад в раздела за настаняване за принудително психиатрично лечение в държавни болници на стр. 17.

⁷⁰ 44-та сесия, 1992 г., цитирано в HRI/GEN/1/REV. 5

⁷¹ Изключението е заведението за жени с умствени увреждания в Черни връх, където имаше най-добрите условия на живот от всички посетени институции и като цяло персоналът изглеждаше загрижен и полагащ по-добри грижи. Подобни условия бяха наблюдавани в Горни чифлик през юни 2002 г.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Условията на живот в седем от осемте домове за социални грижи за възрастни с умствени увреждания, посетени от Амнести интернешънъл, са нечовешки и унижителни, в нарушение на международното право.

Изглежда, че решението да се изпратят повечето от тези институции в отдалечени места е било преднамерена политика и отражение на обществените нагласи към хора с увреждания, което следва спешно да се разгледа. Далече от очите на обществото, тези хора не са неприятно подсещане за това, че обществото не е приело отговорността да се отнася с всички човешки същества като с равни и да помага на онези, които са в неравностойно положение. Настанените лица по този начин са изключени от възможностите да споделят обикновени случки в общността. Отдалечеността също гарантира ниски или несъществуващи равнища на доброкачествена професионална и техническа подкрепа както за настанените лица, така и за персонала. Ясно е също, че отдалечеността означава, че служители на Министерството на труда и социалната политика идват рядко на посещение, ако изобщо идват.

В действителност самото местоположение на някои от институциите ги прави неподходящи за дългосрочно живеене, особено през зимните месеци. Например, домът за социални грижи в Раздол се намира на изключително отдалечено място, на 1100 метра надморска височина, на три или четири километра от българо-македонската граница. През януари 2002 г. на представителите на Амнести интернешънъл им отне час и половина, за да преминат с кола около 20 километра от магистралата до Раздол и те преминаха пеша последните 350 метра до дома по заледена пътека. По време на посещението камион за доставка на хляб беше спрял в края на пътеката и няколко от живеещите в дома пренасяха хляба надолу до дома. Понякога пътят е непроходим поради сняг. Домът нямаше централно отопление и използваше печки с дърва в спалните помещения.

Повечето от посетените сгради бяха в лошо състояние. Персоналът поясни, че те не се поддържат както трябва, след превръщането им в домове за социални грижи, поради липса на средства. Поради равнището на запустеност някои от сградите изглеждаха в окаяно състояние, много мръсни и на места дори опасни за настанените в тях лица. В Черни връх бяха направили опит за подобряване на обстановката, а в Подгумер имаше недовършена нова сграда, от която отчаяно се нуждаеха обитателите сега настанени в рушащата се постройка на манастир от XIX век. Стените и подовете в повечето посетени домове бяха много мръсни и голи и не бяха боядисвани от години. В спалните помещения често се помещаваха голям брой живеещи и в малко домове имаше каквото и да било пространство, дори тоалетни, в което човек да може да се усамоти. Нощни масички или шкафчета, в които живеещите да слагат вещите си, бяха рядкост. Електричеството се контролираше централно и нямаше възможност да се използват лампите денем. Беше следователно невъзможно да се установи в колко от посетените спални помещения има работещи осветителни тела или функциониращи електрически крушки. В няколко институции леглата се оказаха спретнато оправени с чисти чаршафи. Те обаче не можеха да скрият факта, че повечето дюшеци, когато се обърнеха, се оказваха изцапани, скъсани и много влажни. Равнището на шума вътре в някои от посетените институции беше много високо, което би било силно разстройващо за хора с аутистични смущения.

В Раздол в спалното помещение на втория етаж с размери 10 x 10 м имаше 33 легла. По време на посещението само на две от тях имаше чаршафи. Санитарката поясни, че имали достатъчно количество постелно бельо, но не го използвали: “Жените са болни и само бързо ще изцапат чаршафите”. Някои от дюшеците, проверени от представителите на АИ, бяха силно изцапани и скъсани. В центъра на спалното помещение имаше малка печка за дърва, която се палела само един път на ден, около 4 часа следобед. Дървата за горене се държаха в складово помещение на същия етаж и ключът се пазеше от дежурната санитарка. Живеещите в дома биват събуджани в 5 часа сутринта. След закуска жените прекарват времето си в “дневната стая”, която се намира в сграда наблизо, където те могат да гледат телевизия. Трапезарията се намира в мазето и в нея се влиза през отделен вход откъм двора. По време на посещението земята около главната сграда, както вече беше отбелязано, бе покрита с дълбок

сняг и живеещите, някои от които обути в кецове без чорапи, други боси, вървяха по заледените пътеки между различните райони, където прекарват деня.

В Пастра домът беше пренаселен и мъжете държани в оградени дворове без каквото и да е пространство, където да могат да се усамотят. В тази институция, в три блока, всеки от които е отделен с ограда, живееха 107 мъже. В блок № 1 на първия етаж имаше шест спални помещения. В най-голямото от тях, в което имаше 10 легла, заети от 11 мъже, имаше печка, която допълваше недостатъчното централно отопление. По време на посещението печката бе запалена със съчки и сухи листа, струпани под едно от леглата и стаята беше задимена. В две стаи на този етаж, съответно с пет и шест легла, нямаше работещи електрически крушки. Стари метални легла с тънки и износени дюшеци бяха единственото обзавеждане в спалните помещения. Не беше дадено постелно бельо, само одеала. В “дневната стая”/трапезария на приземния етаж имаше малък портативен телевизор в заключен шкаф високо на стената. Не се чуваше никакъв звук от телевизионната програма, дистанционното управление се пазеше от санитарката. Тоалетната за този блок беше на около 30 метра във външна постройка, до която се стига по покрита със сняг пътека. Изпражнения бяха запушили дупката в земята и покриваха снега около външната постройка. В блок № 2, на първия етаж, имаше три стаи, съответно с едно, четири и седем легла. Някои легла нямаша дюшеци, като някои дори нямаша рамки за пружините, а само плоски метални прътове. На въпрос как хората от дома спят в такива легла, санитарката отговори на представител на Амнести интернешънъл, че те си слагали палтата върху металните пръти и след това лягали върху тях. Санитарят също поясни, че светлините се контролират централно и се изключват в полунощ. На настанените в дома лица се нарежда да стават в 4 часа сутринта. Когато бе зададен въпрос за смисъла на такова ранно събуждане, санитарят заяви: “Просто така! Понякога може да е по различно време. Зависи!” Това беше явно признание на злоупотреба с власт от страна на персонала. Може само да се предполага, че такова ранно събуждане има за цел да държи обитателите на дома изтощени през целия ден, по-малко активни и изискващи внимание от персонала. Във вечерта на посещението само двама санитарни и една медицинска сестра бяха дежурни в това заведение, състоящо се от три сгради, едната от които е на около 150 метра от другите две.

В Радовец бяха видени двама мъже в мрачно спално помещение с осем легла. В стаята бяха настанени обитателите с най-големи увреждания. Единият мъж беше спял и леглото му беше изцапано. Под леглото му имаше кофа, която той използваше без чужда помощ вместо тоалетна, макар да изглеждаше с тежко увреждане на крайниците. Кофата беше пълна с урина и изпражнения, които никога не беше изхвърлил. Голият циментов под беше мръсен, а варосаните стени - сиви. На следната сутрин, когато представител на Амнести интернешънъл се върна, етажът беше затворен и всички дюшеци вече липсваха, но не беше ясно къде и защо са били преместени. Слепият мъж, който сега беше облечен в чисти дрехи, беше забелязан да бъде носен нагоре по стълбището, към “стаята за бръснене” от други двама живеещи в дома. Той изглеждаше много некомфортно, но персоналът, който го наблюдаваше, не предприе нищо, за да установи причината за неговия дистрес или да помогне по някакъв начин.

Мъжете живеещи в Самуил, трима от които са били прехвърлени там от Тертер⁷², бяха настанени в малка двустайна къща в двора. Шестима мъже спяха в много тъмна стая. Прозорците, на които нямаше никакви стъкла, бяха почти изцяло заковани с картони и дъски. Трима млади мъже, седящи на едно легло, проявяваха възможни симптоми на тежки аутистични смущения. В съседната стая, в която нямаше осветление, на четирима мъже се падаха три легла. Според персонала едно от

⁷²

Домът за социални грижи, който беше затворен от властите след посещение от КПИ. КПИ отбеляза, че “условията, в които се държат живеещите в блок 3, могат справедливо да бъдат описани като нечовешки и унижителни, а условията на голямо мнозинство от настанените лица в блокове 1 и 2 бяха незадоволителни”, и направи обширни препоръки към българските власти по член 8, алинея 5 на Конвенцията, когато делегацията представи наблюденията си на компетентните власти по време на посещението.

леглата било дадено на поправка. Имаше килия за изолиране с клетка, за която се твърдеше, че не се използва. Вратите към двете стаи се заключваха нощем от персонала.⁷³

В Подгумер за 21-те живеещи в “острото отделение”⁷⁴ разграничаването между помещенията за живеене и за изолиране беше до известна степен неясно. Малката двуетажна сграда близо до главния вход на заведението създаваше впечатление за място за изолация. В малкото спално помещение имаше седем легла за 12 обитатели. В двете други спални помещения имаше съответно пет и четири легла. Настанените лица можеха също да използват тесен коридор, в който се сервираше закуска по време на посещението. Не им се разрешаваше да напускат това тясно пространство без специално разрешение. Една медицинска сестра заяви: “За тях е по-добре да стоят тук, понеже бягат”. В мазето на тази сграда имаше две килии, които наподобяваха средновековен затвор, както и стая с шест легла. Никоя от тях нямаше стъкла на прозорците или каквото и да е отопление. Температурата отвън по време на посещението беше около нула градуса, но вътре изглеждаше дори по-студено. Мъж, чието име бе дадено от санитаря само като Илиан, е бил доведен там в 5 часа сутринта от персонала и пазач, назначен с договор от общинска фирма и носещ палка. Твърди се, че мъжът се бил опитал да счупи прозорец в едно от спалните помещения, където живеел от два месеца. Той бе силно упоен и оставен да лежи на леглото, завит с няколко дебели одеала и да пуши цигара. Друг обитател на “острото отделение” заяви: “Идваме и ни връщат. Пак идваме, и пак ни връщат.” По-късно представител на Амнести интернешънъл не можа да установи самоличността на изпратените в “острото отделение” и колко време са били “настанени” там. Главната медицинска сестра подсказа, че социалният работник води на отчет такива данни. Социалният работник водеше “Главна книга”, в която всеки ден се отбелязва присъствието на настанените лица по-системно, отколкото в други посетени институции. В книгата се виждаха специални менюта за определени живеещи, отсъстващите без разрешение да напускат дома, неявилияте се за храна и лекуваните в болница в София. Нямаше обаче никакви данни за това, кой е в “острото отделение”. Според социалния работник такава информация може би се води от главната медицинска сестра. Разделът, посветен на изолирането в настоящия доклад, описва допълнително подобни пропуски при воденето на пълна статистика на налагане на подобни ограничения на живеещите в други посетени институции.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се подобрят значително условията на живот във всички институции, особено там, където те представляват нечовешко и унижително отношение в нарушение на международното право, и да гарантират, че заведенията са конструктивно обезопасени и защитени от пожар и други опасности. Да се въведат стандарти за условия на живот и лечение, подходящи за целите на грижите за хора със специални потребности. Да се упражняват ефективно надзорни функции и да се осигури зачитането и спазването на въведените стандарти.

⁷³ Много е вероятно КПИ да квалифицира тези условия или условията в Радовец и Драгаш войвода, където представители на Амнести интернешънъл се срещнаха с бивши обитатели на Тергер, като нечовешки и унижителни. Закриването на Тергер и прехвърлянето на живеещите там в други, подобно неадекватни институции, може да е било мотивирано от липса на воля и/или способност у властите да приложат обширните препоръки на КПИ за подобряване на условията на живот и лечение на живеещите в Тергер.

⁷⁴ Директорът на дома в Подгумер, който е психиатър, е нарекъл трите отделни единици на заведението като “остро отделение”, “хронично отделение” и “болницата”.

Облекло

Почти никой нямаше свое собствено облекло. Принцип 13(2) на Принципите МІ гласи, че: “Обкръжението и условията на живот в психиатричните заведения следва да бъдат колкото е възможно по-близки до тези в нормалния живот на лица на подобни възраст...” В Раздол някои от жените бяха видени да ходят напълно боси по снега.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Във всички домове се дава храна три пъти на ден, но много от живеещите изглеждаха недохранени и се оплакваха, че храната е с лошо качество и недостатъчно количество.

В Радовец няколко мъже се оплакаха, че им налагат “подстригване № 2”, което се свързва със затворници или новобранци, нещо което те възприемаха като лишаване от правото им на достоен външен вид. В Драгаш войвода редица мъже току-що бяха обръснати от бръснар; по лицето на един възрастен мъж имаше много порязвания, които кървяха. Бръснарят заяви, че са му необходими три дни, за да обръсне всичките 144 мъже в дома. Той бръснел по шест или седем мъже с един и същи бръснар и нямал нищо за спиране на кървенето, ако пореже някого.

Храна

Всички домовете осигуряваха храна три пъти на ден, но понякога храната беше от консерви с изтекъл срок. Някои от тях се получават от общинските служби за социална помощ, а други бяха дарения, без които малко домове за социални грижи биха били в състояние да изхранят настанените лица. В никой от посетените домове не се отчиташе теглото и ръстът в медицинските картони на настанените лица. В Драгаш войвода има документирано недохранване в пет аутопсии от февруари 2001 г. и март 2002 г. Помолен да коментира това, общопрактикуващият лекар, който е поел грижите за настанените лица през януари 2002 г., заяви, че повечето от тях са недохранени и могат да бъдат описани като страдащи от кахексия - липса на каквито и да е мазнини в тялото. Практически във всички посетени домове живеещите се оплакваха, че храната е с лошо качество и недостатъчно количество. Много от обитателите изпитваха трудности, понеже не можеха да получат нищо за ядене между храненетата. Само в един от домовете за социални грижи, Подгумер, някои от живеещите бяха записани за специални закуски в 10 сутринта и 4 следобед.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Във всички посетени институции живеещите бяха облечени в парцаливи дрехи или стари военни униформи

Трапезариите не бяха в по-добро състояние от спалните или другите помещения. Само в Черни връх на масите в трапезарията имаше покривки. В някои домове трапезарията беше и “дневна стая”, в която обикновено имаше телевизор. В Драгаш войвода вечерята по време на посещението беше сервирана на маси с покривки. Една санитарка помагаше на живеещите да си изплакнат ръцете в много силен разтвор от калиев перманганат, преди да ги измият под чешмата. Други санитарни помагаша да си сервират вечерята, състояща се от боб яхния и хляб. Живеещите в дома намираха това за забавно и го отдаваха на присъствието на външни посетители. Те казаха, че обикновено не им дават лъжици за вечеря и някои ядяха без да ги използват.

В Раздол в трапезарията се влизаше през малко входно антре, което беше почти напълно тъмно, макар да беше посред бял ден. По време на посещението десетки жени се бяха наредили на опашка, за да ги пуснат в трапезарията. Храната, състояща се от бобена чорба, хляб и халва, бе поднесена в стая с 10 голи маси и без столове и жените ядяха прави. Персоналът поясни, че столовете били махнати

“понеже обитателките на дома ги хвърляли една срещу друга”. Същата храна бе занесена в кофи на жените, които не напусаха леглата си.

Отопление

В Раздол, Драгаш войвода и Радовец нямаше централно отопление, а в Пастра все още се използваша стари печки в допълнение към неадекватната отоплителна система. Това създаваше непрекъсната заплаха от пожар. Според един санитар, интервюиран от представител на Амнести интернешънъл в Драгаш войвода през април 2002 г., пожарите са били чести в миналото. Когато беше запитан какви средства има в дома за използване в такива ситуации, той заяви, че ключът за стаята, където се намират пожарогасителите се пазел от член на персонала, който не беше в дома по време на посещението. Той заяви още: “Не трябва да се тревожите. Аз ще разбия вратата и във всеки случай тук има 140 мъже, които много бързо могат да бъдат организирани да носят кофи с вода.”

Осигуряването на адекватни количества гориво за отопление в места с централно отопление е постоянен проблем за всички директори на домове за социални грижи. За да закупи гориво за отоплението на Санадиново, директорът използвал 13 000 лева (6500 щ. д.), получени от Министерството на труда и социалната политика като извънредна спешна помощ за това заведение след призива на Амнести интернешънъл през октомври 2001 г.

Санитарни помещения

Тоалетните бяха много мръсни и миризмата им беше непоносима. Някои от обитателите, които не ставаха от леглата си, не използваха тоалетните, а само бяха почиствани в леглата си. Почти всички тоалетни представляваха дупка в земята, което правеше достъпа до тях труден за възрастните или за хора с физически увреждания. Повечето тоалетни бяха във външни постройки, без никакво осветление през нощта, а често достъпът до тях беше още по-затруднен поради липсата на каквото и да е осветление в помещенията.

Навсякъде местата за къпане бяха примитивни, често счупени и недостъпни за много от обитателите. В повечето домове те се намираха в отделна сграда на голямо разстояние от спалните помещения, а на настанените в дома лица се разрешаваше да ги използват по определен график един път седмично. Много от живеещите се оплакваха, че през зимните месеци те не се къпят изобщо, тъй като за тях е непоносимо да се връщат в ледения студ в спалните помещения. Водни кранове за дневно използване имаше на няколко места само в дворовете.

В Раздол, където живеят 110 жени, нямаше баня. Един ъгъл в помещението за пране бе “пригоден” за къпане. Една от жените се оплака по време на посещението през януари 2002 г., че не може да си измие косата от няколко месеца и че ѝ е трудно да се къпе през зимата, тъй като трябва да върви през снега от помещението за пране до спалните помещения. Тоалетните на приземния етаж бяха със зеещи дупки в покрива, които позволяваха да се събира сняг и лед по тръбите на стената и по пода. Дупката в пода беше запушена от парчета лед, изпражнения и всякакви боклуци.

В Радовец банята се намира на приземния етаж на двуетажна сграда, непосредствено до помещението за пране. Тя се състои от две свързани помещения - едното с дълго корито без нито един работещ кран, в другото, “стаята за душ”, има само един душ. Твърди се, че повече от 90 мъже се къпят един път в седмицата, като няколко мъже трябва да вземат душ едновременно.⁷⁵

⁷⁵ През юни 2002 г. представител на Амнести интернешънъл, който посети отново Радовец, установи, че са построени три нови бани по време на ремонт, започнал през ноември 2001 г. с подкрепата на ПРООН за оказване на помощ за регионално развитие. Ремонтът на заведението, който не беше завършен по време на посещението, се е извършвал докато обитателите са били все още там и са живеели при условия, които са изключително стресиращи,

Ситуацията в Самуил беше особено тревожна. По време на посещението през януари 2002 г. в заведението не беше имало течаща вода от май 2001 г. – 8-месечен период, който включваше цялото лято. Вода се носеше в цистерна, теглена от трактор, от един извор на 14 км. Твърди се, че въпреки всичко било организирано къпане един път в седмицата. Банята в мазето на главната сграда беше мрачна и в лошо състояние. Водата се топлеше с твърдо гориво. Само една тоалетна, която беше много мръсна, можеше да се ползва от над 100-те жени, настанени в спалните помещения в основната сграда. Имаше и една външна постройка-тоалетна с 6 дупки в земята без никаква самостоятелност. Тази външна постройка беше на 150 метра от входа на сградата и, по време на посещението, пътеката беше заледена. Не беше възможно да се влезе в тоалетната без да се нагази дълбоко в изпражнения, които стигаха до пътеката отвън. Персоналът заяви, че мият с маркуч само един път на ден.

В Драгаш войвода външните постройки бяха почти изцяло изложени на показ пред всички и не осигуряваха никаква самостоятелност.⁷⁶ Липсата на каквото и да е електрическо осветление в дворовете, където се намират външните постройки, може би обяснява защо канавката за дъждовна вода около малката сграда със спалните беше пълна с изпражнения. Банята и помещението за пране бяха в малка сграда. Четирите големи прозорци в съблекалнята нямаха стъкла. Големи парчета мазилка бяха паднали от тавана. Между тавана и съседната на банята стена зееше голяма пукнатина. Нямахме душеве, приспособленията за къпане бяха примитивни и се състояха от няколко малки, ниски умивалници (очевидно предназначени за миене на крака) с кранове за топла и студена вода. Обитателите демонстрираха как тези умивалници (когато изобщо се използват) се запушват с парче парцал, за да могат да се напълнят с топла вода, след което с ръждясала консервена кутия къпещото се лице се полива.

В Черни връх в една двуетажна сграда, в която бяха настанени повече от 40 жени, предимно възрастни, нямаше тоалетна. Персоналът поясни, че е поставена кофа до главния вход, заключен през нощта, в която обитателите да изпразват пластмасови бутилки или други съдове, които те използват вместо тоалетна.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Като най-спешна мярка да се гарантира, че на всеки живеещ ще се осигури следното:

- легло с дюшек, одеала и чаршафи, които да се почистват по подходящ начин и на редовни интервали;
- основни средства за лична хигиена, като напр. кърпи, сапун, паста за зъби, четка за зъби и тоалетна хартия;
- лесен достъп до чисти и адекватни тоалетни и бани, където да могат да вземат душ поне един път на седмица; най-уязвимите живеещи следва да бъдат под подходяща форма на надзор и да получават помощ персонала при поддържането на личната им хигиена по един достоен начин;
- облекло и обувки, включително чорапи и долно бельо, подходящи за сезона и за радмерите на лицето, които да бъдат почиствани и връщани на лицето на редовно интервали;
- храна три пъти дневно, която да е с добро качество и в достатъчно количество;
- трапезария с достатъчен брой столове и/или пейки; на всеки следва да се осигурят подходящи прибори за хранене и да се даде достатъчно време, за да могат да се нахранят; персоналът следва да гарантира, че и най-уязвимите живеещи могат да се хранят под надзор и в прилични условия;
- лесен достъп до подходяща храна и напитки между храненията;
- материали за дейности за отдих, включително материали за писане, книги, вестници, игри и пр.;

особено за десетте мъже с най-тежки увреждания, настанени в малко спално помещение с осем легла.

⁷⁶ В повечето посетени институции нямаше никакво пространство, включително и тоалетните, в което настанените лица да могат да се усамотят.

- адекватно отоплени помещения за живеене.

Сведения за малтретиране

56-годишна жена в Раздол каза на представител на Амнести интернешънъл: “Някои от санитарите ни бият и ни заключват,” но не пожела да покаже къде ги заключват от страх, че може да я види член на персонала. Живеещите в Драгаш войвода заявиха, че понякога са бити с пръчка от определени санитарни. Мъж, който напуснал дома без разрешение и бил задържан от полицията в Никопол, беше върнат в Драгаш войвода около 6 часа вечерта на 1 април 2002 г. Той беше с голяма подутина на дясната скула и синини около окоото, но не можа да обясни как беше пострадал, вероятно понеже присъстваха двама санитарни. Двама санитарни в това заведение казаха на представител на Амнести интернешънъл, че всеки път, когато връщат някой избягал от дома, трябва да го правят с частните си превозни средства и на свои разноски, които могат да се окажат значителни, ако се налага да пътуват на голямо разстояние. Един обитател в Радовец описа как санитарите бият мъжете в дома с гумен маркуч или пръчка, увита с бинтове.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Живеещите в повечето посетени институции се оплакват, че понякога са малтретирани от определени санитарни. Повечето се страхуваха да говорят за конкретни инциденти пред други, за да не бъдат тормозени като резултат от това.

Отсъствието на ефективен механизъм за оплаквания от малтретиране и липсата на гаранции за защита на оплаквателите се от тормоз са в нарушение на международните правозащитни стандарти. Член 2 на МПГПП изисква “ефикасни средства за възстановяването им, дори и нарушението да е извършено от лице, действашо в качеството си на официално лице” (член 2(3)(А)); и че “да осигури привеждането в изпълнение от компетентните власти на такова възстановяване, когато то е било признато за основателно” (член 2(3)(С)). Също така член 13 на Конвенцията против изтезанията, във връзка с член 16, изисква гаранции за “правото на оплакване” и също така изисква “да се приемат стъпки, за да се гарантира, че подалият оплакването и свидетелите са защитени срещу всякакво малтретиране или сплашване като последица от оплакването или от предоставените доказателства.”

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се обучи целият немедицински персонал, особено санитарите, които също изпълняват свързани със сигурността задачи, да зачитат правата на обитателите и да се поясни, че физическо или психологическо малтретиране е неприемливо и ще бъде наказвано с тежки санкции.

Да се издаде брошура за правата на живеещите в социални домове и вътрешния ред в тях, която да се дава на всички новопостъпили, както и на техните семейства.

Да се установи орган за независим мониторинг, който да получава поверително оплаквания от живеещите и да има правомощия да говори с тях лично. Този орган следва също да има правомощия за мониторинг на условията и лечението в домовете за социални грижи, да посещава заведенията без предупреждение, да прави необходимите препоръки и да предприема правни действия срещу незаконни практики.

Изолиране и ограничаване

Всички посетени домове прибегват до методи на изолиране, които Амнести интернешънъл счита за жестоко, нечовешко и унижително отношение и нарушение на международните правозащитни

стандарти. Не се води подробна статистика как и кога се използват методите на изолиране и ограничаване, но подобни начини на контролиране на поведението стават по нареждане на медицинска сестра или санитар. Дори в Черни връх, който от всички посетени институции предлага най-добри условия на живот и персоналят изглежда истински загрижен и ангажиран, използването на напълно неприемливите методи за изолиране и ограничаване е доказателство, че като цяло персоналят не е обучен да контролира поведението по алтернативни начини, а не чрез злоупотреба с лекарствено лечение или чрез използване на сила.⁷⁷

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Всички домове, посетени от Амнести интернешънъл, прибягват до използването на методи на изолиране, обикновено налагани като наказания, които са жестоки, нечовешки или унижителни и в нарушение на международните правозащитни стандарти. Не се води подробна статистика как и кога се използват методите на изолиране и ограничаване, но подобни начини на контролиране на поведението стават по нареждане на медицинска сестра или санитар.

В Радовец дежурната медицинска сестра поясни, че се проявява много малко агресивно поведение между живеещите, ако те си вземат медикаментите редовно. Иначе тя отбеляза: “Ние се намесваме; ние имаме “затвори”, но не ги използваме често”. В двора имаше подобна на клетка постройка с пейка. Някои от настанените лица показаха на делегацията пространство под стълбището на двуетажна сграда. Там имаше метална врата с приспособление за ключалка и малък правоъгълен отвор на около 150 см от земята. Най-високата част на постройката, при вратата, беше около 165 см. “Таванът” на това пространство, образуван от стълбището, слизаше под наклон до равнището на земята и беше невъзможно за средновисок човек да стои изправен в това пространство. Разстоянието между вратата и стълбището беше приблизително 150 см. Подът беше покрит с паважни плочи. Според член на персонала пространството се използва за складиране на дърва. Живеещите в дома обаче твърдяха, че някои от тях са били

наказвани, като са били държани там в продължение на няколко дни.⁷⁸ Петко К. твърдеше, че е бил държан там две седмици, след което още 10 дни в стаята за изолиране на пациенти в сградата, където се намира неговото спално помещение. Медицинската сестра, която слушаше разговора, коментира, че Петко К. преувеличава и че той е бил “държан там само няколко дни”. По-късно директорът на този социален дом посочи, че Петко К. е бил изолиран там само един ден. Въпросната стая за изолиране на пациенти беше много мръсна, с гол, изцапан и скъсан дюшек върху легло с желязна рамка. Когато представител на Амнести интернешънъл направи повторно посещение следващата сутрин, стаята беше изцяло почистена, леглото бе покрито с чаршафи, одеало и една облечена в калъфка възглавница - постелно бельо, каквото не беше видно по леглата в спалните помещения предишната вечер. Имаше

⁷⁷ По отношение на обучението на персонала Правило 19 на Стандартните правила на ООН за изравняването на възможностите за лица с увреждания, приети от Общото събрание на ООН в Резолюция 48/96 от 4 март 1994 г., гласи, между другото, следното: “Държавите са отговорни за осигуряване на адекватно обучение на персонала на всички равнища, ангажирани с планирането и осигуряването на програми и обслужване на лица с увреждания”. В това обучение “следва по подходящ начин да бъде отразен принципът на пълноправно участие и равенство.”

⁷⁸ По време на посещението през юни 2002 г. в това пространство имаше един много износен дюшек, една купичка за супа и парче наполовина изяден хляб. Изглежда, че е било използвано до пристигането на посетителите. Когато представител на Амнести интернешънъл се готвеше направи снимка на това място за изолиране агеа в присъствието на директора на дома за социални грижи и на началника на общинската служба за социални грижи, на един санитар бе наредено да заключи бързо стоманената врата.

дори и малко килимче, макар и износено, каквото не можеше да се намери в нито едно от спалните помещения.⁷⁹

В Драгаш войвода имаше две стаи за изолиране с по три или четири легла. В една от стаите един ъгъл беше ограден с тел и образуваше нещо като клетка. Според настанените лица, в нея поставяли пейка, когато държали някой в клетката като “наказание”. Когато времето е по-топло, използвали приспособлението-клетка в двора. Един обитател, интервюиран на 1 април 2002 г., заяви, че предишната вечер кракът му е бил вързан с верига за масата в “дневната стая”. Това твърдение беше подкрепено от няколко други живеещи в дома. Директорката Вяра Николова, назначена през май 2001 г., каза на Амнести интернешънъл, че е дала инструкции на персонала да не се използват стаите за изолиране и методи за ограничаване, като напр. 30-сантиметрова верига, която тя неотдавна намерила на територията на дома. Живеещите обаче твърдяха, че тази заповед не се спазва от персонала. Един мъж каза: “Цялото това място е изолатор”.

В Пастра стаята за изолиране на пациенти в мазето на втория блок беше напълно разрушена, пълна с паднали строителни материали и различни боклуци. Имаше само едно ръждясало легло, върху което имаше нещо като остатъци от дюшек. Дежурната медицинската сестра поясни, че стаята се използвала само когато някой обитател се държи агресивно. В такъв случай той се поставял там за около час, докато започнат да действат медикаментите, прилагани при такива обстоятелства.

В Черни връх персоналетът изглеждаше доста горд със заведението си за изолиране, което било ремонтирано през пролетта на 2000 г. В една стая в малка едноетажна сграда имаше три килии, достатъчно дълги, за да поберат по едно легло и много малко по-широки. Килиите имаха разделителни стени и укрепени с железни решетки врати. Останалото пространство в стаята на практика беше заето от още две легла, едното от които блокираше вратата към килията отляво. Тази килия бе заета от 38-годишната С.Т., която беше прекарала там един месец. Тя плетеше чорапи и изглеждаше много спокойна. Поясни, че кофа в килията служи за тоалетна. Медицинската сестра заяви, че тя е изолирана “понеже се бие с другите живеещи в дома и ще бъде пусната да излезе, само ако се държи добре”. Друга жена, С.И., 33-годишна, беше изолирана 20 дни до времето на посещението и бе описана от медицинската сестра като “конфликтна личност”. Когато С.И. заяви, че никога не ѝ се разрешава да напусне килията, медицинската сестра се намеси и каза, че това не е вярно и че тя е била пускана навън понякога, макар да не уточни колко често и за колко дълго време. Третата килия беше заета от два месеца от З.Д., която спеше по време на посещението. Медицинската сестра поясни, че З.Д. “си къса дрехите и много говори; тя е много жизнена”. Едно от двете легла извън килиите бе заето от М.Д., 50-годишна жена с висше образование по електроинженерни науки, която беше изолирана повече от година до времето на посещението. Тя се оплака, че няма нищо за четене и че се е надявала посетителите да имат някакви вестници, които да ѝ оставят. Медицинската сестра поясни, че изолирането ѝ е било уредено по молба на брат ѝ, който е законен настойник на М.Д., след като тя бягала няколко пъти от дома след настаняването ѝ там през 1997 г. Психиатърът, който лекува настанените лица в Черни връх и който е работил като директор на голяма държавна психиатрична болница, бил съгласен с молбата на брата. Единствената форма на записване на случаи на изолиране в този дом за социални грижи беше тетрадка, наричана от персонала “тетрадката на непослушните”⁸⁰. Тя

⁷⁹ След ремонта на тази сграда, който започна през ноември 2001 г., тази стая за изолиране на пациенти вече не съществуваше, когато представител на Амнести интернешънъл посети Радовец през юни 2002 г. В съседната сграда обаче, където ремонтът беше завършил, имаше две стаи, които очевидно са използвани за изолиране. Те бяха доста тесни в във всяка от тях имаше по три легла. Тези стаи бяха заключени по време на посещението, но обитателите на дома казаха на посетителите, че това е само временно и заради тях. Една от стаите, в която практически не проникваше естествена светлина, бе заета от един мъж. В другата стая имаше четирима мъже, които заявиха, че са наказани там за опит да избягат.

⁸⁰ Тази тетрадка просто съдържаше имената на изолираните и понякога кратка забележка за поведението им. З.Д. е описана като “непредсказуема”.

обаче не съдържаха данни кога е била наредена мярката и от кого. Персоналът поясни, че решението за настаняване в изолятора се взема на място след консултация по телефона с психиатъра.

В къщата за изолиране в Черни връх имаше още две стаи, една от които беше заключена по време на посещението. В тази стая са настанени осем жени, описвани като “готови да избягат”. Те са пускани навън един път дневно, но не стана ясно за колко време. Р.Г., млада жена с диагноза “умерена умствена изостаналост”, е обличана в усмирителна риза всяка вечер, а понякога и през деня. През юли 2001 г. Р.Г. навила конец около малкия пръст на ръката си много стегнато, въобразявайки си по думите на другите, че това е пръстен. Няколко дни по-късно, след като персоналът не забелязал, че “пръстенът” блокира кръвообращението в пръста ѝ, пръстът трябвало да бъде хирургически ампутиран. Дежурната санитарка демонстрира как се прилага усмирителната риза, нещо което кара Р.Г. да плаче от дистрес. В другата стая, с подобен брой легла, глезенът на 28-годишната Ж.С., която лежеше в едно от леглата, беше вързан с верига за стената. Ж.С. е подлагана на тази форма на ограничаване от една година, “понеже бягала от заведението”. В миналото тя е била държана в изолация. Медицинската сестра коментира: “Водя ги навън и пак ги прибирам”. В медицинския картон на Ж.С. между другото пише, че когато е била прегледана на 20 август 2001 г., тя е била “... неспокойна и от време-навреме превъзбудена. Да се увеличи дозата Хлорпромазин 2-1-0”. Д-р Мери Майърс, представител на Амнести интернешънъл, по-късно заяви: “Трудно може да си представи човек, как някой, който е бил вързан с верига за стената толкова дълго време, би могъл да бъде спокоен и не превъзбуден. Ясно е, че медикаментите са били предписани не за лечение, а за усмирение.”

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се гарантира, че всеки метод на ограничаване и изолиране, който следва да се предписва или разрешава от лекар, да е под надзора на медицински персонал и стриктно ограничен по продължителност, да отговаря на международните стандарти относно жестоко, нечовешко и унижително отношение и грижите за лица с умствени увреждания, и особено да гарантира, че не се използва изолиране като наказание. Да се предоставят инструкции на всички домове за социални грижи за протоколи и специално записване (и в картоната на обитателя) на прилагането на ограничаване и изолиране и да се следи за ефективното им спазване.

Диагноза, професионален персонал и умения

Повечето хора са настанени в домове за социални грижи на основата на диагнози, направени много отдавна и с много съмнителна точност. Някои от диагнозите, открити в медицинските картони, бяха обърквачи. Един пример: “лека олигофрения - тежка форма”. Единствената психиатрична диагноза като че ли беше шизофренията. За около 700-те пълнолетни от социалните домове, посетени от представители на Амнести интернешънъл, не се споменаваха изобщо смущения в настроенията, т.е. биполарно афективно разстройство, депресия и/или мания, макар депресията да се среща много често от шизофренията.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

В посетените институции имаше сериозна липса на персонал. Медицинският и немедицинският персонал (санитари) нямат подходящата подготовка за работа с хора с умствени увреждания. Повечето от институциите са далече от градските центрове и следователно е трудно за живеещите в тях да получават подходящо медицинско обслужване, а за институцията да набира подходящо обучен персонал.

Възрастните със смущения в развитието идваха най-вече от домовете за социални грижи за деца. Техните диагнози бяха “умствено изоставане”, градирано по тежест. В повечето случаи диагнозата никога не е била преразглеждана. Тази диагноза не е била клинично използвана, а е служела само като законна основа за настаняване в заведение.

Имаше по-малко хора с епилепсия, отколкото може да се очаква сред такава популация, но може би малко епилептици са оцелели при тези условия.

Домовете за социални грижи - мизерни, пренаселени, унижителни, с липса на човешки цели или достойнство - представляват дехуманизиращо обкръжение, което в действителност създава и определено не облекчава проблемите на психичното здраве на живеещите в тези домове.

Макар тези институции да са за хора с различни "умствени увреждания", равнището на наличност на персонал и качеството на обучението му бяха опасно неадекватни. Първо, участието на психиатри в работата на социалните домове не беше много сигурно. Не съществуват правила колко често психиатър трябва да посещава домовете за социални грижи. В някои домове едва от скоро психиатър е започнал да прави редовни месечни посещения, или обитателите на дома посещават местната психиатрична клиника. Но на други места редовен контакт няма.

Психиатричното лечение в много посетени институции явно се състоеше само от предписване на медикаменти на основата на данни, предоставени от медицинския персонал в дома. За едно посещение на психиатър се твърди, че "преглежда" 30 от обитателите в рамките на два или три часа. В Драгаш войвода преди август 2001 г. настанените лица не са били прегледани от психиатър четири или пет години. Оказва се, че техните психиатрични медикаменти са били предписани в институции, главно психиатрични болници, където са били лекувани преди да пристигнат в Драгаш войвода. В Радовец дежурната медицинска сестра заяви, че по време на последното си посещение в дома психиатърът е успял да прегледа 30 пациента между 9 сутринта и 1 или 2 часа след обед, както и да напише нови рецепти за техните медикаменти. Медицинските сестри избирали кой да бъде прегледан. Институцията има споразумение с държавната психиатрична болница в Раднево при необходимост да се приемат там живеещите в дома. На въпрос какви симптоми могат да накарат персонала да изпрати пациента за лечение, отговорът беше: когато пациент прекара два или три дни най-вече в легло, отказва да приема храна или да влиза в какъвто и да е социален контакт. По време на посещението двама мъже изглеждаха в състояние на остро умствено разстройство, но директорът не ги беше пратил в болницата. Директорът заяви, че не било възможно да се извика общопрактикуващият лекар, който би могъл да пренасочи двамата мъже от дома към болницата, понеже било късно (около 8 вечерта), а той живеел на около 30 километра и че щял да бъде повикан сутринта. В случай на спешен случай, представляващ заплаха за живота, линейка от най-близката болница, също на около 30 километра, можела да пристигне за около час.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се гарантира, че психиатричните диагнози на всички живеещи се преразглеждат периодично и след преразглеждането живеещите в домовете биват подходящо настанявани или освобождавани. Всички обитатели на домове следва да бъдат редовно посещавани от психиатър или да имат лесен достъп до психиатър.

Домовете за социални грижи се управляват от директор, чиято предишна работна практика може да варира и той или тя да нямат съответната квалификация. Във всички посетени институции имаше екип от около шест медицински сестри, ръководени от старша сестра. Старшата сестра има много власт по отношение на използването на медикаменти, изолиране и физическо ограничаване. Медицинските сестри са минали "общо" обучение, а някои имат и три месеца допълнително психиатрично обучение. За сравнение, във Великобритания психиатричните медицинска сестри преминават тригодишно обучение, или ако вече са минали общото си обучение, получават 18 месеца допълнително обучение, за да придобият психиатричната си квалификация. Има и отделна квалификация по увреждания на учебния процес, която също отнема три години.

Освен медицинските сестри, в домовете има санитарии - два до три пъти повече на брой от медицинските сестри. Те са обикновено от местните села, с малко или никакво обучение. За тях единственият начин да запазят контрол е чрез изолиране и ограничаване, разрешени от сестринския

персонал. Единственото предлагано “лечение” бяха медикаментите. Единственото управление на поведението беше чрез различни видове физическо ограничаване.

Не изглежда да се познаваше “йерархията на човешки потребности”, описана от Ейбръхам Маслоу⁸¹ преди 50 години, нито имаше разбиране за резултатите, до които води лишаването от тези потребности. Маслоу описва йерархия от пет равнища на човешки потребности, започвайки с физиологичните - храна, течности, сън, топлина, движение, стимулация, секс и пр. Второто равнище е равнището на безопасността и чувството за сигурност. Третото е необходимостта от социални и емоционални взаимоотношения и чувство за принадлежност; четвъртото е необходимостта от усещане за компетентност и самоуважение; и последното е необходимостта от “самоактуализация”, което означава постигане на собствените мечти поне в някаква степен. (Като начало, това предполага възможността да имаш мечти.) От институционалните грижи се очаква да отговорят на първите две равнища, например хранене и безопасност, но на другите три равнища на човешките потребности не се обръща внимание. Но в посетените домове за социални грижи в България дори първите две равнища на потребности не бяха задоволени.

Много от проблемите на хора с увреждания или хронично психично заболяване могат да се отдадат на неспособността на институции и методи да разпознаят и задоволят тези основни човешки потребности. (Безсмислено е да се работи по “специални потребности”, ако основните са пренебрегвани, макар “специални потребности” да не бяха отчетени в посетените социални домове). По своята същност хората са дейни същества и пълната липса на смислени дейности оставя неизползвана енергия, която допринася за агресията у живеещите в домовете.

От персонала се очакваше да се справя с поведенски проблеми (много от които са създадени от обкръжението) без разбиране за управление на поведението или положителни подходи. Това бе илюстрирано в Черни връх, където се правеха усилия да се подобрява обкръжението. Там беше по-чисто, отколкото в повечето посетени домове, но жените бяха поставяни в клетка или в усмирителна риза⁸².

Броят на персонала беше на опасно ниско равнище. В Драгаш войвода, заведение за над 140 мъже, персоналят се състоеше от двама нещатни фелдшери, шест медицински сестри и 20 санитарни. По време на първото посещение през януари 2002 г. през нощта в дома имаше само трима дежурни санитарни; през април дежуряха само двама санитарни и една медицинска сестра. По време на второто посещение представителят на Амнести интернешънъл наблюдава как обитател на дома наранява друг. Очевидно такива инциденти не са редки и персоналят, поради малкия си брой, както и поради липса на подходящо обучение, не беше в състояние да контролира агресивното поведение по друг начин, освен чрез прилагане на физическа сила.

По въпроса за недостатъчния персонал и способността на правителството да предостави адекватни ресурси, е важно да се отбележи, че Комитетът по икономически, социални и културни права заявява следното в своя Общ коментар по тази тема:

“Задължението на подписалите Пакта държави да развият прогресивната реализация на съответните права в максимална степен с оглед на наличните им ресурси ясно изисква от правителствата да направят много повече от това просто да се въздържат от предприемането на мерки, които могат да имат отрицателно въздействие върху лица с увреждания. Задължението в случая с такава уязвима и поставена в неравностойно положение група е да се предприеме положително действие, за да

⁸¹ Маслоу, Ейбрахам, Мотивация и личност, Harper Rowe, 1954, 1987.

⁸² Както е описано подробно в раздела, разглеждащ методите на изолиране и ограничаване.

се намали структурното неравностойно положение и да се предостави подходящо преференциално лечение на хора с увреждания, за да се постигнат целите на пълно участие и равнопоставеност вътре в обществото за всички лица с увреждания. Това почти неизменно означава, че ще бъдат необходими допълнителни ресурси за постигането на тази цел... (алинея 9). Дългът на държавите, подписали Пакта, да защитават уязвимите членове на своите общества придобива по-голяма, а не по-малка важност във времена на тежки ограничения на ресурси” (алинея 10).⁸³

Нагласите на персонала в посетените институции варираха от истинска загриженост да предоставят добри грижи, въпреки ограничението на наличните ресурси и собствените им знания и умения, до случаи на подчертано покровителствено отношение. През януари 2002 г. санитар в Драгаш войвода се държа много провокативно с възрастен обитател на дома, който гордо сподели с представител на Амнести интернешънъл, че си има собствен чифт ботуши. Поведението на санитаря, който дразнеше възрастния мъж, отнасяйки се с него като с дете и ненужно оспорвайки правото му на собственост върху ботушите, беше класически пример на институционалната практика да се демонстрира йерархията на властта над обитателите на дома. Някои директори виждаха ролята си като поддържане на статуквото, като главната им загриженост очевидно бе грижа за заведението и следователно работната заетост на персонала.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се гарантира, че домовете за социални грижи имат достатъчен брой медицински и немедицински персонал, подходящо обучен за своята роля.

Неспособността да се привлече квалифициран персонал в такива институции се пояснява отчасти от условията работа на персонала, които бяха на много ниско равнище. Месечни заплати от около 160 лева (80 щ. дол.) за медицинска сестра и около 120 лева (60 щ. дол.) за санитар (много от тях плащат месечно по 15-20 лева за превозване до работа) бяха недостатъчни да се мотивират вече назначените или да се назначи по-добре квалифициран персонал.

Общо медицинско обслужване

Общопрактикуващите лекари работеха на договор в местната община и посещаваха дома за социални грижи един път седмично или по-рядко. В Радовец Амнести интернешънъл говори с д-р Х.Х., пенсиониран педиатър, който има договор да посещава институцията два пъти седмично за два и половина часа. Той твърдеше, че е правил по-чести посещения и показа тетрадка, в която са записани посещенията. Дните, в които се предполага, че е правил посещенията, изглеждаха в началото на месеца. За деветте месеца на 2001 г. посещенията му са продължавали неизменно от 11 до 13.30 часа. Макар да беше едва началото на октомври, всички дати за посещение в месеца вече бяха вписани, включително и часът на посещението му. По време на интервюто той вече се беше подписал в книгата, че посещението е било направено. Когато бе помолен да обясни, защо не е отбелязал както трябва приложеното лечение на живеещите в дома, д-р Х. поясни, че има много работа, тъй като отговарял за три села в региона. Той работел в Радовец през последните седем години, занимавайки се най-вече с кожни проблеми, травми и някои психични заболявания, “които не изискват психиатрично внимание”. Той преглеждал всички живеещи в дома при постъпването им и водел отчет за това, както се изисква от закона.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се гарантира, че на всички живеещи се прави пълен медицински преглед при постъпване. Всякакви признаци на епизоди на атака или друг вид малтретиране или пренебрегване следва да бъдат докладвани на разследващите власти. Медицинските картони следва да съдържат всеобхватни диагностични данни, както и

⁸³ Комитет на ООН по икономически, социални и културни права, Общ коментар № 5, Единадесета Сесия (1994 г.); “Лица с увреждания.” цитиран в HRI/GEN/1/REV.5.

непрекъснати данни за психическото и физическото здравословно състояние на пациента и за лечението. Информация за всяко получено нараняване следва да се вписва в медицинския картон, както и в специален дневник, и да бъде обект на разследване. Специализираната медицинска и стоматологична помощ следва да бъде бърза и достъпна. Личният медицински картон следва да съдържа теглото и ръста на обитателя на дома, които следва да се поддържат на редовни интервали.

Лошата отчетност за медицинското лечение, както и вписвания в документацията на инциденти, при които живеещите в дома са получили наранявания, бяха наблюдавани и в други посетени домове за социални грижи. В Раздол представител на Амнести интернешънъл не можа да потвърди даденото сведение от директора на дома, че обитателка, за която се твърди, че е скочила от стая на първия етаж, наистина е била лекувана в болница. Твърди се, че лечението е траяло два месеца и след него пострадалата жена е посещавала болницата всеки 24 дни за преглед. Представител на Амнести интернешънъл беше забелязал, че фрактурата на левия ѝ глезен не е заздравяла добре. Подобни инциденти, при които живеещите в дома получават наранявания, само бяха записвани в дневник. Те не бяха съобщавани на никаква външна власт или разследвани по какъвто и да е начин. Полицията е била уведомена само за “едно бягство”. По време на посещението една от 15-те жени, които се считаха за “приковани към леглото”, имаше натъртвания под очите. Тя не можа да обясни как е получила тези наранявания. Директорът поясни, че или се е била, или е паднала. Според медицинската сестра седмица по-рано тя паднала и си ударила челото. Направили ѝ студени компреси и “нямало оплаквания”. В дневника с рапортите нямаше никакви данни за този инцидент. Медицинската сестри поясни, че общопрактикуващият лекар не е бил повикан да я прегледа, нито е било необходимо да я водят в местния хирургически кабинет. В медицинския ѝ картон последното вписване е било на 5 февруари 2001 г., почти една година по-рано, когато тя паднала и си наранила гърба.

Специализираната медицинска и стоматологична помощ бяха рядкост. В Самуил, институция с около 100 жени, никоя от тях не е била изпращана за гинекологичен преглед през 2001 г. В Драгаш войвода обитател се оплака, че бил помолил да му се направи очен преглед преди повече от една година, но без резултат. Обитателка в Радовец имаше много голям абсцес на зъб на дясната страна на челюстта. Тя заяви, че възпалението се появило няколко дни по-рано и че е била лекувана с аспирин. Директорът заяви, че щяла да бъде заведена на зъболекар на следния ден.

Лекарства

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Психотропни медикаменти се използват открито в посещение институции за укротяване на поведение, което може и да не е на психиатрична основа, а да се дължи на дистрес и/или гняв, произтичащ от обкръжението. В някои институции предписването на лекарства не е в съответствие с добрата медицинска практика. Не се признава правото на настанените лица на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти. В няколко посетени институции съхраняването на медикаменти не беше адекватно.

Резултатите от изследването, проведено на място от представител на Амнести интернешънъл, бяха повод за сериозна загриженост за организацията. В Принципите МІ се заявява: “Лекарствата следва да отговарят най-добре на здравните потребности на пациента, не бива да бъдат давани на пациент само за терапевтични или диагностични цели и никога не бива да бъдат давани като наказание или за удобството на други. Според разпоредбите на алинея 15 на Принцип 11⁸⁴ “... специалистите по

⁸⁴ Алинея 15 на Принцип 11 (Съгласие за лечение) гласи следното: “Клинични изследвания и експериментално лечение не трябва да се прилагат никога на койк пациент без информирано съгласие, освен в случаите, когато пациент, който не е в състояние да даде информирано съгласие, може да бъде включен в клинично изследване или да му бъде приложено експериментално лечение, но само с одобрение на компетентен, независим надзорен орган, създаден специално за тази цел.”

психично здраве следва да прилагат само медикаменти с известна или демонстрирана ефикасност” (Принцип 10, алинея 1).

Обща информация

Използваните в психиатрията лекарства се окачествяват като психотропни, понеже имат въздействия, които са предимно, но в никакъв случай не изключително, върху психични симптоми. Допреди около 40 години гамата от налични лекарства за седирание на мания и тежка шизофрения беше много ограничена и медикаментите действаха, като намаляваха активността на нервната система като цяло, не само прекалени форми на поведение, но и яснотата на мисълта, времето на реакция и настроението. Този глобален ефект се квалифицира като успокояващ, а хората остават с чувството на мудност и сънливост. Подобни лекарства включват барбитуратите, сред които е фенобарбитонът,⁸⁵ използвани в миналото за лечение на епилепсия. Тези лекарства създават зависимост, както и депресивни когнитивни процеси.

След 60-те години гамата от психотропни медикаменти се развива непрекъснато, като те започват да се насочват по-точно към биохимичните огнища, които непрекъснато се идентифицират в мозъчните изследвания на психичните заболявания. “Основните транквилизатори” (невролептици или антипсихотични средства), ако са използвани в подходящи ситуации и дозировка, имат успокояващо влияние върху поведението и психотичните мисли, без да влияят върху яснотата на съзнанието. Едно от най-старите лекарства е хлорпромазин (“Ларгактил”), а друго е халоперидол. Макар да са много полезни, големи дози, както и продължителна употреба, могат да имат много нежелателни странични ефекти. Вече има много по-нови антипсихотични средства, при които страничните ефекти са намалени. При всеки от тези типове лекарства, свръхдози транквилизатори действат като химически удар, а човек остава като “зомбиран”.

Терапевтичната цел на тези лекарства е да се освободят хората от стресиращи преживявания, а не в действителност да ги парализира. Най-често срещаният страничен ефект е върху контрола на движението, подобен на ефекта, наблюдаван при болестта на Паркинсон. Това може да включва акатизия (неприятно чувство на физическо неспокойство и неспособност да се задържат на една място - пациентите обикновено намират това много трудно за описване), или остра дистония, когато е възможно очите да се въртят нагоре, да се изплезва езикът, а вратът и гърбът да получат спазъм, или есктрапирамиден (паркинсонов) синдром, който е най-често срещаната форма. В този случай лицето изпитва мускулна ригидност, с безизразно лице, тремор и резки движения. Всички тези странични ефекти се познават добре и се лекуват с “антихолинергични” средства (познати в България като “корективи”). Продължителното използване на антихолинергични средства може да доведе по-късно до друго неврологично смущение, наречено бавна дискинезия: неконтролируеми движения на устата, езика, лицето и други. Това смущение не винаги изчезва, когато се спрат невролептиците. Бавна дискинезия може да се провокира и от продължителното използване на антихолинергични средства.

Втората голяма група често използвани съвременни медикаменти е гамата на антидепресантите. Депресивните смущения са много по-чести от шизофренията и също могат да доведат до действия на агресия, разрушаване или самонараняване, и въпреки това сред 700-те възрастни в домовете нямаше нито един пример на обитател на дом, който да е вземал антидепресант или да му е била поставена диагноза депресивно смущение.

Установените практики

В посетените институции бяха открито използвани психотропни медикаменти за подтискане на поведението, които може и да не са на психотична основа, а да се дължат на дистрес и/или гняв, произтичащ от обкръжението. Повечето използвани антипсихотични средства бяха хлорпромазин

⁸⁵ В България това лекарство е известно под името Фенобарбитал.

“Ларгактил”) или халоперидол. (Двете институции, където се използваша по-новите антипсихотични средства, бяха Подгумер и Санадиново, в които обаче условията на живот бяха сред най-лошите.)

В много социални домове изборът на използвано психотропно лекарство зависеше от това, какво може да се намери на много ниска цена или безплатно, тъй като техният бюджет е много ограничен. Фенобарбитон е често срещан пример. Това е много старомодно лекарство⁸⁶, използвано в миналото за лечение на епилепсия. Има силен седативен ефект и обикновено крайно депресивно въздействие. В Подгумер на представител на Амнести интернешънъл беше съобщено, че 12 души са на това лекарство, но че само двама от тях страдат от епилепсия и те също получават карбамазепин (конвенционално лечение). Другите 10 са получавали фенобарбитон, “понеже е най-евтиното лекарство за лечение на олигофрения”. С други думи тези 10 души с увреждания на развитието по редица различни причини са се държали по начин, неприемлив за персонала, и медикаментозното им лечение е било с най-евтиния наличен седатив. Фенобарбитонът не лекува, а просто прави пациентите по-кротки.⁸⁷

Процесът на предписване на лекарства не беше задоволителен на няколко места. В Самуил не бяха правени психиатрични посещения от май 2001 г., когато изтекъл договорът.⁸⁸ Общопрактикуващият лекар, макар да не бил в състояние да започне лечение с психотропни медикаменти, можел да подновява стари рецепти. По време на посещението на представител на Амнести интернешънъл в дома имаше 46 души на психиатрични медикаменти, 19 от които бяха посетили психиатричната клиника. Останалите продължаваха да вземат предишните си лекарства, някои от които бяха потенциално опасни. В Самуил имаше няколко души, които продължаваха да получават антихолинергични лекарства, макар вече да не бяха на антипсихотично лечение. Както бе отбелязано по-горе, продължителното използване на антихолинергични средства може по-късно да причини бавна дискинезия. Също в Самуил лекарство, използвано за високо кръвно налягане, беше прилагано на принципа на *p.r.n* (т.е. както и когато е необходимо). Лечението на високото кръвно налягане е продължителен процес, а не епизодична доза от медикаменти. Друго лекарство “Алкозил” беше в наличност за използване при спешен случай, но естеството на съответния спешен случай не беше известно на медицинския персонал. Тази ситуация е крайно сериозна и заплашва онова, което Комитетът по правата на човека (КПЧ) нарича “върховното право, от което не се разрешава никакво изключение”, а именно правото на живот, както е гарантирано от член 6 на МПГПП. В първия си Общ коментар по този член, КПЧ отбелязва, че “това е право, което не бива да се тълкува в тесния смисъл на думата ...” (алинея 1); и “изразът ‘присъщо право на живот’ не може да се разбира истински по рестриктивен начин, а защитата на това право изисква от държавите да приемат положителни мерки” (алинея 5)⁸⁹.

Съгласие за приемане на медикаменти

⁸⁶ Фенобарбитонът е бил въведен преди близо едно столетие за лечение на епилепсия. Страничните му ефекти са сънливост, раздразнителност и депресия. Един добре известен страничен “парадоксален” ефект е хиперактивност и емоционално разстройство при деца. Според експерти лекарството следва да се избягва, където това изобщо е възможно.

⁸⁷ В Оборище, посетено през юни 2002 г., според дежурната медицинска сестра на приблизително 50 мъже с увреждания на развитието е даван фенобарбитон. Заведението се посещава два пъти седмично от психиатър.

⁸⁸ Принцип 10(2) на Принципи МІ гласи следното: “Всички медикаменти следва да се предписват от упълномощен от закона практикуващ психиатър и следва да бъдат вписвани в медицинските картони на пациента.”

⁸⁹ Комитет по правата на човека, Общ коментар № 6, член 6, Шестнадесета сесия (1982), цитиран в документ на ООН UN DOC. HR/GEN/1/REV.5

Видимо не се признаваше идеята, че съгласие за приемане на медикаменти следва да бъде получено от живеещите в домовете. Дежурната медицинска сестра в Раздол заяви: “Има живеещи в дома, които отказват да вземат лекарства, но ние трябва да ги убеждаваме и примамваме. Можем да добавим лекарството в храната. Медикаментите трябва да се вземат и в краен случай могат да бъдат прилагани чрез инжекция.”

Амнести интернешънъл е загрижена, че не се зачита правото на настанените лица на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти в съответствие с международните правозащитни стандарти. Там, където живеещите са неспособни да дадат свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти или други медицински процедури, може да бъде приложено недоброволно лечение, доколкото то отговаря най-добре на интересите на пациента и това да бъде направено по начин, съвместим с международните стандарти за недоброволно лечение, като напр. Принципите МІ.⁹⁰

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Всяко предписване на медикаменти следва да бъде в съответствие с професионалните правила и стандарти на Министерството на здравеопазването, което следва да бъде направено отговорно за надзора върху цялото медицинско обслужване в домовете за социални грижи. Министерството следва да издаде стриктни инструкции за съхранението и използването на медикаменти, особено на психотропни медикаменти, както и да осигури ефективни защитни механизми срещу всякаква злоупотреба с такива медикаменти. Тези инструкции следва също изрично да признават правото на настанените лица на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти в съответствие с международните правозащитни стандарти.

Съхраняване на медикаменти

В някои от стаите на клиниките, които посетихме, открито се виждаше диазепам (“Валиум”), достъпен за всеки. Той се използва доста широко в домове за социални грижи. Препаратът е полезен като краткосрочно лечение при криза, но хората много бързо развиват зависимост към него и дозата следва да се повишава, за да бъде ефективна. Допълнителен проблем тук е, че лекарството е лесно достъпно за персонала и пристрастяването към валиум е познато явление у хора, подложени на стрес.

Други “терапии”

Вече беше отбелязано, че медикаментите са единственото предлагано лечение в повечето институции. В повечето домове за социални грижи обаче, са се организирали форми на лечение чрез различни занимания, но се е наложило закриване на работилниците поради намалени ресурси за персонала и/или поради това, че за произвежданите артикули не е имало осигурени купувачи. В момента дефиницията на лечение чрез различни занимания в повечето посетени институции се състои в това живеещите в дома да вършат работата на персонала. В Радовец няколко мъже бяха ангажирани с гледането на малък брой прасета и овце. На тях не им се плащало за тази работа, поясни един обитател на дома, а като

⁹⁰ Принцип 11(2) на Принципите МІ гласи: “Информирано съгласие е съгласие, получено свободно, без заплахи или неподходящи примамки, след подходящо разкриване пред пациента на адекватна и разбираема информация на разбираем за пациента език относно: а) диагностична оценка; б) целта, методите, вероятната продължителност и очакваната полза от предложеното лечение; в) алтернативни начини на лечение, включително по-малко интрузивни; и г) възможна болка или дискомфорт, рискове и странични ефекти на предложеното лечение.” Нещо повече, Принцип 11(6) гласи: “Освен съгласно разпоредбите, дадени в алинеи 7, 8, 12, 13, 14 и 15 по-долу, предложен план за лечение може да бъде даден на пациент без информираното му съгласие, ако са удовлетворени следните условия: а) пациентът е държан във въпросното време като недоброволен пациент; б) ако независима власт, която разполага с цялата необходима информация, включително посочената информация в алинея 2 по-горе, е удовлетворена, че във въпросното време пациентът не е бил способен да дава или да отказва информирано съгласие за предложен план на лечение или, ако това е предвидено от вътрешното законодателство, с оглед на собствената безопасност или на безопасността на други пациенти, ако безпричинно е отказано такова съгласие; и в) независимата власт е удовлетворена, че предложеният план за лечение най-добре отговаря на интересите и здравните потребности на пациента.”

награда ги канели всяка година на празнуването на Гергьовден в селото, където им давали печено агнешко и вино. Мъж, който работеше в пералнята, каза, че той вършел повечето от работата сам и че понякога получавал известна помощ от друг обитател на дома. Друг живеещ в дома поясни, че когато някой умре, обитателите му правят ковчег и след това занасят тленните останки на покойника в гробищата, където изкопават гроб и го погребват. Подобни процедури са практика в Драгаш войвода, където само живеещите в дома, погребали починалите, знаят кой лежи в безименните гробове.

За огромното мнозинство от посетените лица, настанени в домове, единственото занимание е гледането на телевизия. Графикът на ежедневните “дейности” в Самуил беше сходен с графика на други посетени институции. Настанените лица биват събуджани в 6 часа сутринта. Закуската се поднася в 7.30, след това се раздават медикаментите. За около 100-те жени и 15 мъже, настанени в тази институция, имаше две дневни стаи с телевизори. Втората дневна стая е в отделна сграда в двора. По време на посещението 22 жени бяха в дневната стая, а пътеката до главната сграда, на разстояние от 50 метра, беше заледена и много хлъзгава. Дневните стаи бяха наблюдавани от санитарите. Обедът се сервира между 12 и 12.30 и настанените лица се връщат в дневните стаи за остатъка от следобед. Вечерята е между 5.30 и 6 часа. След миене, времето за лягане е 8 ч. (9 ч. през лятото). Девет живеещи в дома, които бяха приковани към легло поради физическо увреждане (един от тях с церебрална парализа), бяха в две спални помещения на приземния етаж. Те бяха лишени от всякаква дейност. Директорът поясни, че трудовата терапия за някои от настанените лица се състои в миене на подовите и извършване на други непривлекателни задачи, работа на персонала.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да гарантират, че всички живеещи получават активна терапия в съответствие с международните стандарти. Всеки обитател, който може и желае да поеме част от работата, която иначе се извършва от персонала, следва да получи за това подходящо възнаграждение.

В “болничното” отделение в Подгумер са настанени не само хора със соматично състояние, което е различно от умствено увреждане, но и хора с физически увреждания, някои от които живеят в това отделение перманентно. Стефан З., 44-годишен мъж, роден без долни крайници, седеше на циментовия под на вратата. Оттам той можеше да вижда както стаята, така и коридора. Сигурно малко неща са се променили в това, което е вижда, от март 1976 г. насам, когато е бил настанен в тази институция. В “болницата” има и инвалидна количка, но тя се използва само за отвеждане на прикованите на легло към банята.

Висока смъртност - неразследване на смъртни случаи при съмнителни обстоятелства

В няколко посетени институции персоналът изглежда не желаше или беше неспособен да разкрива информацията относно смъртните случаи сред живеещите. В няколко институции социалният работник, който очевидно държи тази информация с лични картони на всички починали живеещи, не беше на работа в деня на посещението. В някои домове директорите твърдяха, че броят на починалите е много малък и засяга само много възрастни хора. Но не беше даден свободен достъп до картоните на починалите. Наличната информация в два дома за социални грижи, Радовец и Драгаш войвода, сочи висока смъртност. В повечето от домовете никога не е правена аутопсия, нито полицията или други власти са разследвали обстоятелствата, свързани със смъртни случаи на живеещите. Причините за смъртта са записани в смъртните актове от общопрактикуващите лекари или от “фелдшери”, които често основават “заключенията” си на информацията, получена от дежурния медицински персонал. В повечето проверени смъртни актове просто се заявява, че смъртта е настъпила в резултат от “спиране на сърдечната и дихателната функция”, но в действителност не се съобщава какво е причинило смъртта. Не беше изненадващо, че в три от докладите за аутопсия, предоставени на представител на Амнести интернешънъл, патолог е стигнал до заключението, че има несъответствие между клиничната и патологичната диагноза.

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

В някои институции смъртността беше висока, особено в години с по-студена и по-дълга зима. В повечето от домовете никога не бе правена аутопсия, нито полицията или други власти са разследвали обстоятелствата, свързани със смъртни случаи на живеещите. Не се поддържа надеждна статистика за смъртните случаи в домовете за социални грижи и очевидно тези данни не се събират системно и не се публикуват от Националната служба за социални грижи.

В Раздол, който беше посетен от представител на Амнести интернешънъл на 21 януари 2002 г., имаше три смъртни случаи от началото на годината, за които се твърди, че били на хора над 80 години⁹¹. Няма данни обаче, за смъртни случаи през 2001 г. При произволно избрана проверка на някои от медицинските документи се установи, че 24-годишната Соня Д., която починала на 4 февруари 2001 г., няма записана история на заболяване преди смъртта, а като обяснение за нея е отбелязана “остра дихателна недостатъчност”. Действителната причина за смъртта ѝ никога не е била разследвана.

В допълнение към международните правозащитни стандарти относно разследвания на случаи на малтретиране, вече споменати в настоящия доклад в главата, посветена на домовете за социални грижи за деца, е важно да се отбележи, че Принципите на ООН за защита на всички лица, подложени на каквато и да е форма на задържане или лишаване от свобода, включват следната разпоредба: “Когато смъртта ... на задържано ... лице настъпи по време на задържането му, следва да се проведе разследване на причините за смъртта ... от съдебна или друга инстанция, или по нейно собствено усмотрение, или по настояване на член на семейството на такова лице или което и да е запознато със случая лице ... установените данни при такова разследване или докладът по случая следва да бъдат предоставяни при поискване, освен в случаите, когато това би попречило на криминално разследване в ход”(Принцип 34).

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се гарантира, че информацията за смъртността в домовете за социални грижи се събира на национално ниво и се публикува. Всяка институция със значително по-висока смъртност от обикновено следва да бъде щателно разследвана.

Да се гарантира, че всички смъртни случаи на живеещите са изцяло и безпристрастно разследвани и че резултатите са оповестени. Ако разследването разкрие достоверни доказателства, че смъртта е настъпила, пряко или непряко, в резултат от престъпно деяние, отговорните за това лица следва да бъдат предадени на правосъдието.

В Радовец - институция, в която живеят 91 мъже - е имало девет смъртни случая през първите девет месеци на 2001 г.⁹² Първоначално директорката заяви, че е имало само шест смъртни случая. По-късно представител на Амнести интернешънъл поиска да види картоните на починалите мъже. Социалният работник, който донесе картоните, бе запитан от директорката, която не знаеше, че представителят на Амнести интернешънъл разбира български: “Колко са?” Когато чу, че е имало девет случая, тя каза: “Трябва да направиш нещо, защото му казах, че са само шест.” Социалният работник обаче отказа да играе каквато и да е роля в “прикриването”. На следващия ден представител на Амнести интернешънъл интервюира д-р Х.Х., общопрактикуващият лекар, който отговаря за медицинското обслужване в тази институция. Д-р Х.Х. поясни, че бива викан от персонала, за да издаде смъртен акт, установявайки причината за смъртта на основата на “клинични данни”, предоставени от дежурния

⁹¹ По-късно представител на Амнести интернешънъл установи, че една от починалите жени е била 69-годишна.

⁹² През юни 2002 г. на представител на Амнести интернешънъл бе казано, че общият брой на смъртните случаи през 2001 г. е бил 14.

персонал. През седемте години, в които е отговарял за дома, той не е молил за никаква аутопсия⁹³. Неговото твърдение, че само съдебномедицински експерт може да издаде заповед за аутопсия, показва - ако не нещо друго - слаби знания за действащите разпоредби.

Случаят с Костадин К.

Костадин К. е бил на 37 години, когато починал в Радовец в 8.35 сутринта на 5 януари 2001 г. Смята се, че през 1995 г. или 1996 г., докато работел в Русия, Костадин К. проявявал симптоми на “шизофрения”. Причината за смъртта му била записана като “сепсис в резултат от бюргерова болест”. Медицинският му картон обаче никъде не съдържа каквото и да е упоменаване, че той страда от това заболяване или че краката на Костадинов не са в добро състояние. Всъщност, след преглед на 11 юни 2000 г. там е отбелязано, че “крайниците са без отклонения”. По това време Костадин К. е бил настанен в Тертер, в социалния дом, посетен от КПИ през 1999 г. и затворен в края на 2000 г. Смята се, че Костадин К. бил отново прегледан от д-р З. на 17 декември 2000 г. и издаденият по това време медицински формуляр не съдържа никакви позовавания на каквото и да е остро състояние. На следния ден той бил прехвърлен в Радовец, чийто директор си спомня следното: “Костадин К. изглеждаше много болен [когато пристигна]. Изглеждаше да има измръзване на краката. Ние приехме шест мъже от Тертер, когато затвориха дома. Всички бяха изтощени и първо им дадохме по-добри дрехи. Някои мъже бяха в много лошо състояние. Златко дори не искаше да говори цели пет месеца. Всички те бяха преминали медицински преглед, когато пристигнаха тук.” Златко З. потвърди, че Костадин не можел да ходи добре. “Той вървеше като патица”, отбеляза Златко З., “като много тропаше. Болката постепенно се увеличаваше и той непрекъснато молеше за медицинска помощ. Краката и ходилата му бяха много подути от прасците надолу. Носеше гумени ботуши. Беше много студено в Тертер, но беше студено и тук, когато пристигнахме. Не бяхме прегледани незабавно при пристигането ни. Когато дойдохме тук, той просто бе заведен в една спалня. Той не се оплакваше много до деня преди да умре.”

В медицинския картон е отбелязано, че Костадин К. е бил прегледан при пристигането си в Радовец от фелдшер и там нищо не се споменава за каквото и да е соматично състояние. Д-р Х.Х., общопрактикуващият лекар на институцията, заяви, че е прегледал шестте мъже от Тертер на 19 декември 2000 г., но не е записал този факт. Той си спомни, че Костадин К. е бил доведен в Радовец с бюргерова болест, че е имал некроза на пръстите на единия крак, но не можа да си спомни дали на левия или на десния. Предписал му голяма доза антибиотици и риванол. “Иначе общото му състояние беше добро,” заяви лекарят. В медицинския картон е отбелязано, че рецептата за цебалексин е била заменена за медикаменти на 2 януари 2001 г., две седмици след като Костадин К. е бил прехвърлен в Радовец. Три дни по-късно той е починал. В медицинския картон просто се заявява, че на 3 или 4 януари 2001 г. състоянието му се влошило и че той е имал проблеми със сърцето, макар никъде да не е упоменат използваният метод за установяване на това.

Когато бе помолен да коментира медицинския протокол от прегледа на 17 декември 2000 г., в който не се споменава изобщо за бюргерова болест и дали не е било негов дълг да постави под въпрос грешки в медицинския картон на пациента, за когото той отговаря и дали той мисли, че Костадин К. е получил адекватно медицинско лечение предвид тежкото му състояние и жизнената среда в Радовец, д-р Х.Х. отговори:

“Може би трябваше да го пратя в болницата, за да го прегледа хирург. Общото му здравословно състояние обаче беше добро и никоя болница нямаше да го приеме в такова състояние.”

⁹³

Подобна практика в случай на смърт на обитател беше описана пред представител на Амнести интернешънъл в Раздол. Дежурната медицинска сестра, работила в институцията повече от 28 години, не си спомня изобщо да е била извършвана аутопсия.

Примерът на Драгаш войвода показва, че не се води надеждна статистика за смъртните случаи в домовете за социални грижи и че очевидно тези данни не се събират системно и не се публикуват от Националната служба за социална помощ. БХК посети Драгаш войвода за първи път през септември 2001 г. и получи информация, че 12 мъже са починали през януари и февруари 2001 г., което е необикновено високо число предвид факта, че общият брой на живеещите в дома е бил около 140. Когато представител на Амнести интернешънъл посети Драгаш войвода на 24 януари 2002 г., директорът, назначен през май 2001 г., не можа да даде броя на смъртните случаи през 2001 г. Според информация, получена една седмица по-късно от Общинската служба за социална помощ в Никопол, 17 от живеещите в Драгаш войвода са починали през 2001 г. и трима през 2002 г.⁹⁴ Едно по-късно разследване от представители на Амнести интернешънъл и БХК, проведено на 1 и 2 април 2002 г., установи обаче, че най-малко 22 мъже, живеещи в Драгаш войвода, са починали през 2001 г. Седемнадесет мъже са починали в периода между 1 януари и 15 април 2001 г. и петима мъже са починали в периода между 22 октомври 2001 г. и края на годината.⁹⁵

Показателно е, че няма смъртни случаи от 15 април до 22 октомври 2001 г. по време на лятото. Причината за смъртта на голямо мнозинство бе отбелязана като “остра сърдечна и дихателна недостатъчност”. Изглежда, че не са правени разследвания на никой смъртен случай сред живеещите в Драгаш войвода. Смъртта на един обитател, който се загубил из безлюдната местност около дома и според получената информация починал от хипотермия през януари 2002 г., вероятно е била обект на предварително разследване от местния прокурор, който явно е бил уведомен за инцидента от полицията. Няма информация обаче, която да показва, че това разследване е довело до криминално разследване.

Смята се, че през февруари 2001 г. директорът на общинската служба за социални грижи е издал нареждане да бъде направена аутопсия на телата на тримата починали на 24 и 25 февруари. Д-р Маргарита Николова, патологът, направил аутопсиите, поясни, че за точна диагноза на тяхното състояние на тежка пневмония не са нужни никакви други средства освен стетоскоп. Тя направи наблюдението, че клиничната диагноза за причината на смъртта е безсмислена и се разминава с установената диагноза от патологичния преглед, а именно тежка пневмония и недохранване. Предвид факта, че при 19 от 22 случая явно има подобни неправилни диагнози на причината на смъртта, повдига се въпросът дали тези 19 мъже също не са починали от пневмония. По време на посещението през април 2002 г. в Драгаш войвода бяха регистрирани още пет смъртни случая. Два смъртни случая от март 2002 г. също бяха дадени за аутопсия и макар окончателните доклади да не бяха все още готови, предварителните данни, видени от представителите на Амнести интернешънъл и БХК, показваха, че тези смъртни случаи са били също причинени от пневмония и недохранване. Д-р Андреев, лекарят, лекувал двамата мъже, починали през март 2002 г., заяви, че не се предоставят безплатни антибиотици за настанените лица в Драгаш войвода от Националната здравноосигурителна каса и че такива медикаменти трябва да се заплащат от самите настанени в домовете лица, тъй като ресурсите на институцията са много ограничени. Той също потвърди, че условията в институцията не са адекватни за лечението на живеещите, но не можа да поясни защо не е било приложено бързо и адекватно лечение на тези двама мъже в болница или в друго по-подходящо обкръжение. През 2001 никой от останалите 2500

⁹⁴ Писмо от Ваня Винчева до началника на Националната служба за социални грижи от 1 февруари 2002 г., което е било предоставено на БХК.

⁹⁵ Нямаше информация за последното тримесечие на 2000 г., началото на зимния период, описан от медицинския персонал като изключително тежък, или за предишни години с по-тежки зими. Една медицинска сестра си припомни, че по време на зимните месеци преди шест години (това вероятно е било зимата на 1995-1996 г., но няма точна информация) е имало 21 смъртни случаи, които тя отдава най-вече на липсата на храна и лошото отопление. За същата зима един санитар каза, че е имало 30 смъртни случаи, но беше поправен от колега, който каза, че всъщност е имало 27 смъртни случаи през въпросната година. Тези данни не можаха да бъдат уточнени и потвърдени, тъй като социалният работник беше в отпуск.

пациенти, които той е лекувал в община Никопол, не е починал в резултат от пневмония. През април 2002 г. директорката на дома в Драгаш войвода заяви, че при нея 31 от живеещите в дома са регистрирани като страдащи от някаква форма на бронхиално състояние, 16 от които са получавали рецепта за антибиотици, но те не били давани поради липса на ресурси.⁹⁶

Неждет С. - ярък пример на медицинска небрежност

Неждет С. починал в Драгаш войвода на 21 март 2002 г., в деня след 49-я му рожден ден. Според медицинските сестри, интервюирани десет дни по-късно, Неждет С. дълго време се е оплаквал от стомашни проблеми. Интересно е да се отбележи, че основно това си спомняха за неговото състояние. Медицинските сестри си спомниха още, че са му направили преливане на глюкоза в институцията и не споменаха, че той е бил лекуван с антибиотици за тежка форма на пневмония. Твърдеше се също, че Неждет С. е бил прегледан от д-р С., психиатъра на дома, макар да не беше възможно да се прегледат данните, зарегистрирани във връзка с този преглед, за да се установи кога се е провел и какво е било открито. Една медицинска сестра заяви, че Неждет е бил заведен в местната болница в Никопол, но е бил освободен като “безнадежден случай”. Тя поясни: “Персоналът на болницата има отрицателна нагласа към живеещите в дома, тъй като те не са пациенти срещу заплащане; тях ги лекуват с неохота.”

Подробен преглед на медицинския картон на Неждет С. показва продължително и съмнително медицинско лечение. На 8 февруари 2001 г., в първото от 17 вписвания за период от около една година, е отбелязано, че Неждет С.: “отказва да се храни. Общото му състояние се влошава. Лечение: ефортил [медикамент за повишаване на кръвното налягане, което пада, когато лицето не се храни - това е лечение на симптомите, а не на причината], витамин С, глюкоза; хлоразин и ахинетон” [медикаменти за психиатричното му състояние, диагностицирано като шизофрения]. На следния ден д-р Р., по това време щатен лекар на работа в Драгаш войвода, отбелязва, че “общото състояние на пациента е добро. Същото лечение”. Лекарят обаче също отбелязва, че той страдал от “сърдечна недостатъчност”. Десет дни по-късно това състояние е описано като “декомпенсация на сърдечната функция и миокардиосклероза” и е предписан фурантрил. Съдебномедицинският експерт на БХК, който прегледа медицинския картон на Неждет С., отбелязва, че такива медикаменти може би са били предписани, за да лекуват подуването на краката, което може да е било резултат от недохранване. Друг лекар, общопрактикуващ лекар от общината, който посетил дома и прегледал Неждет С. на 14 март 2001 г., не потвърждава проблемите със сърдечната функция или отока по краката. Следователно не е ясно защо той е предписал да бъдат продължени предишните медикаменти. През същия период Неждет С. също е бил лекуван с антибиотици за “вирусна инфекция”.

На 5 февруари 2002 г. четвърти лекар, който е прегледал профилактично Неждет С., стига до заключението, че “няма патология на сърдечно заболяване, но че дишането не е добро - суха кашлица”. Няма данни обаче да е предписано каквото и да е лечение. На 11 февруари 2002 г. старша медицинска сестра отбелязва, че “пациентът се оплаква от болки в корема и диария. Остър гастродуоденит”. Нищо не е записано за използваните методи за достигане до тази диагноза, както и никакво споменаване на лечение за състоянието на Неждет С. На 28 февруари 2002 г. старша медицинска сестра в консултация по телефона с д-р Андреев предписва лечение с антибиотици за “двустранична бронхопневмония”. Лекарят също подозирал, че пациентът страда от язва на дванадесетопръстника, но не е ясно от медицинските документи на каква основа е поставена такава диагноза. На 6 март 2002 г. Неждет С. е приет в местната болница в Никопол, където се твърди, че е бил прегледан от двама общи хирурзи.

⁹⁶ Липсата на адекватно медицинско лечение и неотговарящите на стандарт условия на живот допринесоха за висока заболеваемост от туберкулоза сред живеещите в Драгаш войвода. Твърди се, че през юли 2001 г. девет от живеещите в дома били изпратени в специална болница за лечение за туберкулоза, но няма информация дали е имало допълнителен скрининг и дали някой друг е бил изпратен след това за лечение на туберкулоза.

Един от тях отбелязва “няма индикации за остра абдоминална хирургическа намеса”. Другият прави наблюдението, че “пациентът страда от кахексия и не може да се движи [предполага се, че това е причината, поради която телесното му тегло не е измерено и записано в картоната]”. Смята се, че Неждет С. е освободен от болницата на 8 март 2002 г. без подходящ документ (епикриза)⁹⁷, а просто с рецепта за глюкоза, рингеров разтвор, два вида антибиотици и рефобрадумет (препарат за доставяне на желязо в организма). В медицинския картон по-нататък пише, че д-р А. подозирал, че Неждет С. страда от остър гастродуоденит, но отново не става ясно на какво основание е поставена тази диагноза. Антибиотиците за лечението на Неждет С. са били закупени с пари от пенсията му за нетрудоспособност, събирана от администрацията на социалния дом и той е бил лекуван в отделна стая. Починал е на 21 март 2002 г., докато, според твърденията, го е миел санитар.

Специалист от Катедрата по патология на Плевенския медицински университет, където е била направена аутопсията, заяви, че предварителните данни сочат (окончателният доклад трябва да бъде готов след приключването на хистологичните анализи), че причината за смъртта е “двустрани конfluентна пневмония на двата лоба”. Прегледът също потвърдил, че починалият е страдал от кахексия [недохранване] и хроничен бронхит. Неждет С. е бил погребан на 25 март 2002 г. в безименен гроб. Само обитателите на дома, които са го погребали, знаят чии тленни останки се намират в гроба.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да се гарантира, че всички смъртни случаи на живеещите са изцяло и безпристрастно разследвани и че резултатите са оповестени. Ако разследването разкрие достоверни доказателства, че смъртта е настъпила, пряко или непряко, в резултат от престъпно деяние, отговорните за това лица следва да бъдат предадени на правосъдието.

Процедури за лишаване от права - попечителство

Поводи за загриженост на Амнести интернешънъл:

Правните процедури за лишаване от права и за назначаване на настойник не съдържат необходимите механизми за защита на интересите на засегнатото лице.

Попечителството на хора с умствени увреждания е въпрос от голям интерес за институциите, отговорни за грижите за тях. Когато лице с умствено увреждане навърши 16-годишна възраст, той/тя има право на държавна пенсия за нетрудоспособност. Ако това лице е настанено в дом за социални грижи, институцията получава 80 на сто от пенсията за нетрудоспособност. Останалите 20 на сто са за лично ползване от обитателя на дома, но всъщност тази сума се използва по усмотрение на институцията понеже тя е настойник на обитателя на дома, или на настойника, който е настанил лицето в институцията (както често се случва), който упълномощава дома за социални грижи да разполага с тези средства от името на обитателя на дома. На практика персоналът в повечето институции заяви, че тези 20 на сто се използват за закупуване на дрехи, тоалетни принадлежности и пр.⁹⁸ В интерес на директорите на домовете за социални грижи е да поставят настанените в домовете лица под попечителство, за да увеличат приходите на институцията. Всъщност на представителите на Амнести интернешънъл бе казано, че Министерството на труда и социалната политика е изпратило инструкция до всички директори да предприемат стъпки за лишаване от права живеещите в домовете, които нямат

⁹⁷ Твърде необичайно е, че медицинският картон на Неждет С. не съдържа съответния документ, даван при изписване от болницата [епикриза].

⁹⁸ По-сериозни поводи за загриженост относно управлението на собствеността на обитател на дома от настойници могат да възникнат в ситуации, макар и редки, когато собствеността е по-значителна и носи доходи.

настойник. Не беше възможно обаче да се установи дали тези инструкции са били издадени в писмена форма.

Проблемът на лишаване от права в домове за деца с умствени увреждания е по-комплексен. Тъй като заплащаните суми за увреждане варират в зависимост от степента на тежест на увреждането, в интерес на администрацията на социалните домове е настанените лица да бъдат оценявани с най-тежки увреждания.

Процесът на лишаване от права (т.е. деклариране, че някое лице не е в състояние да се занимава независимо с правни действия), което в България практически винаги означава пълно лишаване от права⁹⁹, започва с молба до съдебна инстанция от член на семейството, от прокурора или от "трето лице със законен интерес"¹⁰⁰. Участието на прокурора в съдебната процедура е задължително. Молбата за лишаване от права следва да включва експертно, най-често психиатрично, мнение относно увреждането на въпросното лице. Съдът насрочва да се проведе заседание в присъствието на молителя и лицето, чието лишаване от права се цели. Съдът е задължен да прецени въпросното лице или в съдебната зала, или като то бъде посетено "в здравното заведение", ако това лице не е в състояние да присъства на съдебно заседание.¹⁰¹ След прегледа на въпросното лице и на член от семейството, съдът може също да изслуша показанията на експерт, обикновено психиатър, както и на представител на общинската служба за социални грижи. Решението за лишаване от права се съобщава от съда на общинския "орган по попечителството". След това този орган назначава настойник и настойнически съвет за въпросното лице.

В българския закон няма правно задължение лицето, което е обект на молбата, да бъде представено от адвокат или от независим орган, който да гарантира, че интересите му ще бъдат защитени. Липсва също правно изискване лишаването от права да бъде преразглеждано периодично до края на живота на въпросното лице. Макар да съществува законна забрана да се назначава като настойник лице, "което може да има конфликт на интереси с подопечното лице"¹⁰², тълкуването на тази разпоредба, наблюдавано по време на посещенията в домове за социални грижи, не изключва никой, свързан с институцията, където лицето е с постоянно местожителство, като например член на персонала на дома за социални грижи, чиито доходи и работна заетост могат да зависят от продължаването на грижите за въпросния обитател на дома. Съдебното решение за лишаване от права на дадено лице може да бъде обжалвано пред по-висока съдебна инстанция, но на практика това става рядко, ако изобщо се случва.

Неспособността на съответното българско законодателство да предостави разпоредби и процедура за лишаване от права и попечителство, които да бъдат в съответствие с международните стандарти, означава, че често се злоупотребява с правата на хора с умствени увреждания. Редица живеещи в домовете се оплакаха, че техни роднини злоупотребяват с процедурата за лишаване от права по време, когато те се намират в състояние на силен умствен дистрес, понеже роднините желаят да имат

⁹⁹ Частично лишаване от права според българския закон всъщност не позволява на въпросното лице пълна независимост при вземането на решения по всички въпроси освен изрично определени правни действия (например: да се разпорежда с капитал или да встъпва в брак). За лица, които са били обявени за "частично неправоспособни", е необходимо предварително съгласие от настойник за всички правни действия.

¹⁰⁰ Член 275 на Гражданско-процесуалния кодекс.

¹⁰¹ След този преглед съдът може да назначи временен настойник.

¹⁰² Член 116 на Закона за лицата и семейството гласи, че: "Следните лица не могат да бъдат назначавани като членове на съвета на настойниците: лица, които са непълнолетни или обявени по закон за неправоспособни, които са били лишени от родителските им права, осъдени за тежки предумишлени престъпления, както и лица, които поради заболяването си, алкохолизъм, неморален живот, егоистично поведение или конфликт на интереси с интересите на подопечното лице или поради други причини не могат да изпълняват задълженията на член на съвета на настойниците."

контрол върху тяхната собственост и вещи. След това, когато вече са настанени в дом за социални грижи, те имат много ограничен контакт с външния свят и установяват, че е невъзможно да се ангажира адвокат или да се привлече вниманието на местния прокурор да се предприеме преразглеждане на състоянието им. Информация, получена от социалния работник в Подгумер, илюстрира естеството на процедурата за лишаване от права и съдебните заседания. През есента на 2000 г. този дом за социални грижи, следвайки инструкцията на Министерството на труда и социалната политика, предприе 27 процедури за лишаване от права на настанени в дома лица. Социалният работник бе присъствала лично на 25 от съдебните заседания, проведени в дома за социални грижи в период от три дни през юни и юли 2001 г. На тези съдебни заседания присъстваха също съдията и съдебен чиновник, прокурорът и психиатър, назначен от съда като експерт-свидетел. Съдебното заседание за всяко лице траеше между 10 и 15 минути, или дори по-малко, ако лицето, което подлежи на лишаване от права, не можеше да говори. Нито един обитател не е бил представен от адвокат. Това е в нарушение на членове 9 и 14 на МПГПП. Както вече бе отбелязано в настоящия доклад, Висшият Комисар по правата на човека лично обърна внимание на релевантността на тези две разпоредби за институционализирани лица с недъзи. Важно е да се отбележи по-специално разпоредбата на член 14(1), която между другото гласи, че: “при определянето ... на правата и задълженията му в съдебно дело, всеки има право на справедливо и публично съдебно заседание от компетентен, независим и безпристрастен съд, установен от закона”. По време на посещенията крайният етап - назначаването на настойник - все още беше в ръцете на отговарящия общински служител. Проблемът беше, че никой в дома за социални грижи не искаше да бъде назначен за настойник. Според твърденията, директорът заявил, че той самият не може да поеме такава функция, тъй като това ще бъде несъвместимо със задълженията му и се опитвал да убеди по-младите членове на персонала, медицинските сестри и санитарите да приемат.

Амнести интернешънъл препоръчва на българските власти:

Да ревизират разпоредби в Закона за лицата и семейството и Гражданско-процесуалния кодекс относно лишаването от права и назначаването на настойник, гарантиране на ефективни механизми за защита на интересите и на основните права на въпросното лице. Като минимум те следва да отчитат както частичното, така и пълното лишаване от права и по-точно да дефинират конфликта на интереси като пречка за назначаването на настойник. Процедурните правила следва да съдържат задължително законно представителство на въпросното лице и задължителен периодичен съдебен преглед по реда на надзора на ситуацията.

Случаят с Ивайло М.

Ивайло М., 43-годишен мъж, е бил настанен в Подгумер през март 1996 г. Родителите му, бащата, който е бил инженер, и майката - фармацевт, са починали съответно през 1986 и 1987 г.. Ивайло М. продължил да живее в семейния апартамент в центъра на София до началото на 90-те години, когато го продал, след като не можел да плаща сметките. След това той живял на улицата, но поради това, че страдал от диабет, левият му крак бил ампутиран в резултат на гангрена. Тогава бил настанен в дома за социални грижи в Подгумер, където е била поискана оценка на неговото психично здраве от клиничен психолог в държавна психиатрична болница. Данните от теста за интелигентност (IQ = 95) се описват като “долната граница на средна интелигентност”. Той е оценен обаче като “леко умствено изостанал”. Медицинският картон на Ивайло М. потвърди, че умственото и физическото му състояние тогава са били много добри. Личният му картон, с който се занимавал социалният работник в Подгумер, показва, че софийски прокурор е започнал процедура на 4 декември 2000 г. за лишаване на Ивайло М. от права по предложение на директора от Подгумер. В молбата са изброени следните увреждания на Ивайло М.: “диабет, ампутиран ляв крак поради гангрена, кахексия (недохранване), олигофрения”. Заключение на прокурора е, че: “Неспособността му да контролира поведението си е сериозна заплаха, която вреди на интересите му и следователно насочва към лишаването му от права.” Следните хора е трябвало да бъдат призовани в съдебно заседание, за да дадат свидетелски показания: Ивайло М. (не се споменава,

че той ще бъде представян от адвокат), директорът и социалният работник на Подгумер. Следните документи бяха приложени към молбата за лишаване от права: молбата на директора за откриване на процедурата; експертното решение на ТЕЛК от 10/11/99 г.; и експертно мнение от 29 август 2000 г. Копия от тези документи не бяха съхранявани в личния му картон. Когато бе запитана защо мисли, че Ивайло М. е бил оценен по времето на тези съдебни процедури като лице, което следва да бъде обявено пред закона за неспособно, социалният работник поясни: “Нормален човек не би продал хубавия апартамент и не би изхарчил всичките пари за пиене.”

Надзор от държавни институции

Международните стандарти подчертават необходимостта от независим мониторинг. В Принципите МІ се изисква по разпоредбите на принцип 22: “Държавите да гарантират, че са в сила подходящи механизми за повишаване на спазването на настоящите принципи, за проверки на психиатричните заведения, за подаване, разследване и решаване на оплаквания и за институирането на подходящи дисциплинарни или съдебни процедури за непрофесионално поведение или за нарушение на правата на пациент.”

Комитетът на ООН по икономически, социални и културни права, в своя Общ коментар относно лица с увреждания, също заявява, че “методите, които следва да бъдат използвани от държавите, подписали Пакта, в стремежа им да изпълняват задълженията си по силата на Пакта по отношение на лица с увреждания ... включват необходимостта от определяне чрез редовен мониторинг на естеството и обхвата на проблемите, които съществуват в рамките на държавата ...”.

По-конкретно Принципите на ООН за защита на всички лица, подложени на всяка форма на задържане или лишаване от свобода, изискват (принцип 29) “местата на задържане да се посещават редовно от квалифицирани и опитни лица, назначени от и отговорни пред компетентен орган, различен от органа, пряко отговорен за администрацията на места за лишаване от свобода ...”. Нещо повече, в алинея 2 на същия Принцип се отбелязва, че “задържаното ... лице има правото да общува свободно и напълно поверително с лицата, които посещават местата за задържане...”. Тези Принципи са релевантни, понеже понятието “задържано лице” е широко дефинирано в раздела за “използването на термини” като “всяко лице, лишено от лична свобода, освен ако това е в резултат на влязла в сила присъда за правонарушение”.

Счита се, че домовете за социални грижи се посещават редовно от служители на Окръжната служба за социална помощ, която пряко отговаря за работата на тези институции, както и от общинските инспекторати. ХЕИ се интересува най-вече от състоянието на хигиената в заведението, особено на санитарните възли, както и от качеството на храната, която се приготвя и/или поднася в заведението. Има данни, че техните посещения са доста редовни и чести. Противопожарната инспекция наблюдава предимно отоплителните инсталации и спешните пожарогасителни средства, които са задължителни. Те обикновено правят посещения два пъти в годината, преди и след отоплителния сезон. И двете инспекции издават препоръки, но по-нататъшното им прилагане обикновено зависи от способността на общината да предостави необходимите ресурси за прилагането им. Общинският клон на Държавния финансов контрол редовно инспектира финансовото управление на домовете за социални грижи.

Националната служба за социална помощ, създадена в системата на Министерството на труда и социалната политика, одобрява откриването и закриването на домове за социални грижи и издава насоки и минимални стандарти за работата им. В Националната служба за социална помощ има инспекторат, чиято роля е да следи за прилагането на политиката и стандартите. Нейни служители не са посещавали никое от заведенията, посетени от делегацията. Медицинското обслужване в домовете за социални грижи не се подчинява на никакви специфични разпоредби или проверки, и не се счита за

част от обектите на Министерството на здравеопазването, което не гледа на тези институции като част от системата на психиатричната помощ.

В Черни връх представител на Амнести интернешънъл провери документацията, съдържаща доклади на държавни институции, упражнили надзор, за да установи дали някой е отразил практики на изолиране и ограничаване в това заведение, които представляват жестоко, нечовешко и унижително отношение. Окръжната служба за социална помощ направи проверка на социалния дом на 8 юни 2000 г. и стигна до заключението, че “моралната и физическата база [на дома за социални грижи] са стари и неподходящи”. Препоръките засягаха: изграждането на склад за храна; водене на отчетност за рецептите, изплащани от здравноосигурителната каса; водене на отчетност за рехабилитацията на живеещите в домовете; отчетност за 20-те на сто от пенсията за нетрудоспособност на настанените лица, които се управляват от персонала. Направена бе отново проверка през октомври 2001 г., когато бяха направени още препоръки относно: общопрактикуващия лекар и психиатричните консултации и водене на отчетност за рехабилитацията на живеещите; лични картони; и служебна характеристика за управителя на помощното стопанство.

Обобщение на поводите за загриженост на Амнести интернешънъл

Амнести интернешънъл е загрижена за сериозната липса на зачитане на основни човешки права на хора с умствени увреждания в България. Някои от техните основни права се нарушават системно, когато те биват подлагани на лечение против волята им в психиатрични болници или когато се настаняват за стационарни грижи в домове за социални грижи за деца или възрастни с умствени увреждания.

Много от тези нарушения на основни права на човека, произтичащи от правни разпоредби и процедури, които не отговарят на международните стандарти, или от наблюдаваните широко разпространени практики, като напр. насилственото изолиране или липсата на рехабилитация и активна терапия, представляват системна дискриминация срещу хора с умствени увреждания. Съществува много голяма вероятност, че всяко лице с умствено увреждане в България, поради увреждането, може да пострада от някаква форма на нарушение на негови основни човешки права.

Традиционните нагласи към умствените и физическите увреждания в България водят до обществена стигма и последващо дискриминационно третиране на хора с умствени увреждания и техните семейства. Предвид задължението си по силата на разпоредбите на МПГПП, член 2, българското правителство не е постигнало достатъчен успех в борбата срещу този вид дискриминация.

Психиатрични болници

Условията на живот в болниците, посетени от представител на Амнести интернешънъл, бяха неадекватни и не отговаряха на международните правозащитни стандарти. Макар в тези болници да се прилагаше психолечение и контролирано лекарствено лечение, съществуваше явна липса на други възможности за рехабилитация и лечение, които се считат за изключително важни според международните стандарти.

Лечение с електроконвулсия е било прилагано в някои институции в немодифицираната му форма (т.е. без използването на упойка или средство за отпускане на мускулите), което се приема за лоша практика от медицинските експерти и противоречи на международните стандарти.

Болничните процедури за искане и получаване на информирано съгласие от пациенти, настанени за принудително болнично лечение, бяха неадекватни и не отговаряха на международните стандарти.

Някои пациенти, подложени на принудително психиатрично лечение, се оплакваша, че полицейски служители са се отнасяли с тях грубо, понякога с насилие, преди да бъдат приети в болницата. Редица пациенти също се оплакваша, че санитарите, които понякога изпълняват задачи, свързани със сигурността, прибегват до прекалена сила.

Практиките на ограничаване и изолиране в психиатрични болници не отговаряха на международните стандарти и в някои случаи представляваха жестоко, нечовешко и унизително отношение или наказание. Нямаше протоколи, нито някаква отчетност относно използването на ограничаване и изолиране. Изолирането е често прилагано като наказание. В някои случаи, когато става дума за пациенти, приети за лечение на доброволна основа, изолирането представлява произволно лишаване от свобода и задържане.

Правните разпоредби относно настаняване за принудително психиатрично лечение в България не даваха достатъчно гаранции за независимост и безпристрастност. Българските власти не успяха да приведат в изправност законодателството относно настаняването за принудително психиатрично лечение, в съответствие с решението на Европейският съд по правата на човека в делото *Върбанов срещу България*. Все още няма задължение по закон прокурорите да търсят медицинско мнение преди

настаняването на пациент за оценка в болнично заведение. Това е в нарушение на член 5(1) на ЕКПЧ, който според решението на съда изисква всяко решение за задържане, включително подлагането на психиатрична оценка, да се взема след мнение на медицински експерт. Разрешено от прокурор задържане продължава да не се обжалва пред съда, което е в нарушение на член 5(4) на ЕКПЧ, който гарантира правото на съдебен преглед по реда на надзора на законността на задържане. Законът за общественото здравеопазване също не прави задължителна правната защита на лице, подложено на процедура за настаняване.

Нещо повече, правните критерии за недоброволно психиатрично лечение според Закона за общественото здравеопазване, както са дефинирани в член 36(3) - а именно, че лице с психично заболяване "може да извърши престъпления, представляващи сериозна опасност за обществото или опасност за членовете на семейството или на други лица, или сериозна заплаха за собственото си здраве" - са толкова широки и нееднозначни, че позволяват произволно тълкуване. Тези критерии за настаняване изискват само доказателство за вероятно действие, без каквото и да е уточнение дали тази вероятност е краткосрочна или дългосрочна. Отчита се обаче, че съвременната психиатрия не е в състояние да докаже дългосрочна вероятност за опасно поведение. Второ, нормата не пояснява каква опасност би трябвало да представляват душевноболните за членовете на семейството си или за други лица.

Амнести интернешънъл е също загрижена за прилагането на член 61 (3) от Закона за общественото здравеопазване, който ограничава времето за оценка в психиатрични болници до 30 дни. Неспазването на тази норма, което според твърденията се случва доста често, би довело до нарушаване на правото на лицето да не бъде неправомерно задържано.

Други пропуски да се защитят хора, настанени за недоброволно психиатрично лечение, включват:

- липса на всякакво законно изискване или установена практика в което и да е от посетените психиатрични заведения да се информират пациентите за техните права;

- контактът с външния свят е труден за повечето пациенти в болници, като напр. Карлуково и Паталеница, които са отдалечени от градските центрове;

- нямаше независими органи, които да упражняват надзор върху условията и лечението при принудително психиатрично лечение в България, или системи за подаване и разглеждане на оплаквания на пациенти. Дори прокурорите, които имат правомощия да упражняват надзор върху прилагането на решенията за принудително настаняване, очевидно упражняват тази си функция с голяма степен на неправомерност.

Домове за социални грижи за деца

Настаняването на деца в институции често се основава на ненаучни диагнози, а не на истинска оценка на равнището на подкрепа, която им е необходима. След като веднъж им се постави 'етикет', те рядко биват подлагани на повторна оценка преди да навършат 16 години, когато придобиват право на държавна пенсия за нетрудоспособност. Няма правила, процедури и практика, които да наложат последователен мониторинг и преоценка на диагнозата от екипите специалисти.

Във всички посетени социални домове за деца преобладават лоши условия на живот. Според сведенията, предоставените от държавата ресурси са неадекватни дори за основно поддържане на материалната база, за осигуряване на храна, отопление и облекло. Всички подобрения зависят от дарения и от работата на благотворителни организации. Спалните помещения бяха пренаселени, като на някои места бяха голи и лошо обзаведени, без каквато и да е зрителна стимулация. Санитарните помещения бяха неадекватни.

Контактите на децата с родителите бяха най-често прекъснати, а всякакви контакти с обществото - крайно ограничени.

Никое от посетените заведения нямаше персонал или не беше посещавано (дори нередовно) от гамата необходими специалисти за провеждането на подходяща програма за рехабилитация на деца със смущения в развитието.

Медицинското обслужване бе неадекватно. С малко изключения в тези институции нямаше лекари. Общопрактикуващите лекари често бяха далече от дома за социални грижи. Лечение от специалисти, включително психиатри, рехабилитация и преценка, не бяха стандартна практика.

Липсата на адекватно лечение и рехабилитация за деца спъва развитието им и възможността да водят по-смислен и полезен живот. Ако не се започне скоро с активно и подходящо лечение, тези деца ще бъдат перманентно и тежко засегнати. Амнести интернешънъл е загрижена, че лишаването на деца с увреждания на развитието в домовете за социални грижи от задълбочени оценки, адекватно медицинско обслужване и подходяща рехабилитация представлява жестоко, нечовешко и унижително отношение и по този начин нарушава международното право, включително задълженията на България по Конвенцията за децата, МПГПП и Конвенцията против изтезанията.

Макар сведенията за физическа злоупотреба с деца да са много редки, Амнести интернешънъл е загрижена, че те не се разследват спешно и безпристрастно, и че разследванията не отговарят на изискванията на Конвенцията против изтезанията. Организацията е също така загрижена, че националните власти, отговорни за домовете за социални грижи за деца, не упражняват необходимия надзор над тези институции.

Домове за социални грижи за възрастни

Материалноправните и процедурните норми за настаняване в домове за социални грижи флагрантно не отговарят на изискванията на международните правозащитни стандарти и нарушават правата на лицата на справедлив процес и свобода от произволно задържане.

Условията на живот в седем от осемте домове за социални грижи за възрастни с умствени увреждания, посетени от Амнести интернешънъл, се свеждат до нечовешки и унижителни условия в нарушение на международното право. Нищо от материалната база не беше адекватно за целите на грижите за хора със специални потребности.

Поставянето на много от тези институции в много отдалечени места, някои от които са неподходящи за целогодишно обитаване, изглежда да е резултат от преднамерена политика да се изолират хората с увреждания. Повечето от сградите бяха в много лошо състояние. Степента на запуснатост правеше някои сгради практически необитаеми, много мръсни, а на места и опасни за настанените лица. В спалните помещения често се помещаваха голям брой живеещи и в малко институции имаше каквото и да е пространство, дори тоалетни, което да позволи усамотение. Нощни масички или шкафчета, в които живеещите в домовете да държат собствени вещи, бяха рядкост. Електричеството се контролираше централно и нямаше възможност да се включва светлина денем.

Във всички посетени институции живеещите бяха облечени в окъсани дрехи или стари военни униформи.

Във всички домове се даваше храна три пъти на ден, но много от живеещите изглеждаха недохранени и се оплакваша, че храната е с лошо качество и в недостатъчно количество. В никой от посетените домове теглото и ръстът не се записваха в медицинските картони на настанените лица. Трапезариите не бяха в по-добро състояние от спалните или другите помещения.

В много от посетените домове отоплението през зимните месеци беше крайно недостатъчно.

Като цяло тоалетните бяха много мръсни и миризмата им беше непоносима. Всички места за къпане бяха много примитивни, често с изпочупени кранове и недостъпни за много от обитателите.

Живеещите в повечето посетени институции се оплакваха, че понякога са малтретирани от определени санитарни.

Всички домове, посетени от Амнести интернешънъл, прибегват до използването на методи на изолиране, обикновено налагани като наказания, което е жестоко, нечовешко или унижително и в нарушение на международните правозащитни стандарти. Не се води подробна отчетност как и кога се използват методи на изолиране и ограничаване и се оказва, че подобни начини на контролиране на поведението на живеещите се прилагат по нареждане на медицинска сестра или санитар.

В посетените институции имаше остър недостиг на персонал. Както медицинският, така и немедицинският персонал (санитарни), не бяха подходящо обучени за работа с хора с умствени увреждания. Както вече бе отбелязано, повечето от институциите са отдалечени от градските центрове и следователно е трудно за живеещите в тях да получат подходящо медицинско обслужване, а за институциите да назначат персонал с подходяща квалификация.

Повечето хора са били настанени в социални домове на основата на диагнози, които са им били поставени много отдавна и са с много съмнителна точност. Макар тези институции да са за хора с различни умствени увреждания, равнищата на наличност на персонал и качеството на обучение на персонала бяха опасно неадекватни. Ролята на психиатрите в грижите за живеещите е крайно ограничена. Психиатричното лечение в много от посетените институции изглежда се състоеше само от предписване на медикаменти въз основа на данни, предоставени от медицинския персонал в дома.

Лошата отчетност за медицинското лечение, както и вписвания в документацията на инциденти, при които живеещите в дома са получили наранявания, бяха наблюдавани в повечето посетени домове за социални грижи. Специализирана медицинска и стоматологична помощ се предоставя рядко.

Психотропни медикаменти бяха открито използвани в посетените институции за подтискане на поведението, които може и да не са на психиатрична основа, а да се дължат на стрес и/или гняв, породен от обкръжението. В някои институции предписването на лекарства не е в съответствие с добрата медицинска практика. Не се признава правото на настанените лица на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти. Съхраняването на медикаменти беше неадекватно в няколко посетени институции.

В повечето от посетените домове за социални грижи лекарствата бяха единственото лечение. Лечението чрез различни занимания в повечето места се състоеше в това, живеещите да вършат неприятната работа на персонала без каквото и да е възнаграждение.

В няколко от посетените институции персоналет изглеждаше да няма желание или беше неспособен да разкрива информация относно смъртните случаи на живеещите. В някои институции смъртността беше висока, особено в години с по-студени и по-дълги зими. В повечето домове никога не е правена аутопсия, нито полицията или други власти са разследвали обстоятелствата, свързани със смъртни случаи на живеещите. Не се води надеждна статистика за смъртните случаи в домовете за социални грижи и изглежда, че тези данни не се събират и публикуват системно от Националната служба за социална помощ.

Правните процедури за лишаване от права и назначаване на настойник не съдържат необходимите механизми за защита на интересите на въпросното лице. Представителство от квалифициран адвокат не е задължително при съдебни процедури за лишаване от права. Съдебните процедури според твърденията често се провеждат набързо, при което съдът рядко, ако изобщо, поставя под въпрос мнението на медицинския експерт. Правните разпоредби, които задават критерии относно кой може да бъде назначен като настойник, са неясни и не изключват назначаването на администратор или член на персонала на дом за социални грижи, което често се случва. Имаше данни за злоупотреба с

процедурите за лишаване от права от страна на членове на семейството или други лица. След като вече са обявени за неправоспособни, няма разпоредби за периодично преразглеждане на ситуацията. Настанените в социален дом имат много ограничен контакт с външния свят и установяват, че е невъзможно да се ангажира адвокат или да се привлече вниманието на местния прокурор да се предприеме преразглеждане на състоянието им.

Надзорът над домовете за социални грижи от страна на държавните институции беше спорадичен и неадекватен.

Препоръки на Амнести интернешънъл

Хора с умствени увреждания, които са държани недоброволно в психиатрични институции или в домове за социални грижи в България, са подложени на широка гама нарушения на човешките им права. Най-ефективният начин за справяне с тези нарушения е чрез прилагане на международните правозащитни стандарти, които се отнасят специално за хора с умствени увреждания, както и най-добрата професионална практика. Всъщност ефективното прилагане на много от тези права зависи от всеобхватната и подходяща реформа на психиатричната помощ. Аналогично, не би било възможно да се проведе успешна реформа на психиатричната помощ, без да се създадат всички механизми за защитата на основните права на хората, заради които би следвало да се създаде този тип обслужване.

Международните правозащитни стандарти отчитат необходимостта от по-голяма деинституционализация на хора с умствени увреждания и от повишена възможност за подкрепа на интеграцията им в обществото¹⁰³. В настоящия доклад Амнести интернешънъл съсредоточава вниманието си върху условията в съществуващите институции в България. По време на посещения на организацията, предоставянето на грижи в рамките на общността не беше приоритет на българската система. Това обаче е една от целите на Националната програма за психичното здраве на гражданите на Република България 2001 – 2005 г., приета от българските власти през юни 2001 г. Но тази програма не взема предвид домовете за социални грижи за деца и възрастни с умствени увреждания, понеже тези институции не се третираат като част от системата на психиатричната помощ. Следователно Амнести интернешънъл настоява пред българските власти да сложат началото на задълбочено и пълно преразглеждане на всички аспекти на домовете за социални грижи с оглед въвеждане на план за съществена реформа в цялата система за психиатрична помощ, за да се отстранят ефективно недостатъците във всички институции, които се грижат за хора с умствени увреждания.

Амнести интернешънъл прави препоръки само по отношение на поводи за загриженост, които са били установени в настоящия доклад. Организацията настоява пред българските власти да зачитат ангажиментите си по силата на международното правозащитно законодателство и да гарантират, че основните права на хора с умствени увреждания са ефективно защитени. Всички програми за реформи следва да спазват международните професионални и правозащитни стандарти.

Амнести интернешънъл настоява особено пред българските власти да приложат следните препоръки:

¹⁰³ Във въведението към допълнението на Принципите МІ от 1991 г. се отбелязва в алинея 6: "Заведенията за грижи, подкрепа, лечение и рехабилитация на лица, страдащи от психично заболяване, следва да бъдат доколкото е възможно в общността, в която те живеят. Постъпването в психиатрично заведение следователно трябва да става само тогава, когато такива местни общински заведения не са подходящи или не съществуват."

Публично изявление

Да признаят публично, че в много случаи в България лечението и грижите за хора с умствени увреждания са неадекватни и че тази ситуация няма да бъде толерирана повече. В съответствие с ангажиментите си според разпоредбите на член 2 на МПГПП българските власти следва да предприемат всички необходими стъпки да гарантират, че хора с умствени увреждания няма да бъдат подлагани на каквато и да е форма на дискриминация. Българските власти следва също да развият програми за обществена информираност, в които да се подчертава, че хората с умствени увреждания имат същите човешки права, както всеки друг в обществото.

Психиатрични болници

Условия на живот и лечение

Да се създадат стандарти за болничните условия на живот и за пълната гама терапии, предоставяни на пациенти, които да бъдат в съответствие с международните стандарти. Да се гарантира, че тези стандарти се поддържат във всички институции, предоставящи болнично психиатрично лечение.

Да се разработят правила, които да гарантират, че след медицинска препоръка се прилага лечение с електроконвулсия само в модифицираната му форма, начин, който според международните стандарти е най-добра практика, и при обстоятелства, които не биха били унижителни за пациентите и медицинския персонал.

Да се разработят правила, които да гарантират, че настанените за принудително болнично лечение пациенти са информирани за правата си и че могат ефективно да упражняват правото си на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти по начин, който е в съответствие с международните стандарти.

Малтретиране, ограничаване и изолиране

Да се изисква медицински преглед на всички пациенти, подложени на принудително психиатрично лечение, при постъпването им и да се предават на съответния прокурор сведенията за всички наблюдавани наранявания, включително изявления по същество, направени от въпросните пациенти, както и заключенията на лекаря. Да се помага на всеки пациент, който твърди, че е бил подложен на малтретиране от полицията, при постъпването му в болница да направи оплакване до прокурора.

Да се разработят правила, които да гарантират, че всички пациенти са информирани за правата си при постъпването им в психиатрично заведение за болнично лечение.

Да се гарантира, че контактът на пациентите с външния свят не е ограничен, особено ако заведението е отдалечено от градските центрове. Например: всички пациенти на принудително лечение следва да имат достъп до обществен телефон; пациентите следва да бъдат лекувани в болници близо до местоживеенето им или там, където живеят семействата им.

Да се гарантират редовни посещения на прокурори в отделения за пациенти, настанени за принудително болнично психиатрично лечение.

Да се гарантира, че всички санитарни, включително онези, които изпълняват задачи, свързани със сигурността, са адекватно обучени за работа в заведенията и специфично обучени в съответните методи за ограничаване на пациенти, проявяващи агресивно поведение.

Да се създаде система за подаване на оплаквания от пациентите и независим орган с правомощия да упражнява надзор върху условията и лечението в случаите на принудително психиатрично лечение, както и да преразглежда всички оплаквания на пациенти относно поведението на персонала и болничното лечение. Той ще направи подходящи препоръки, включително предаването

на оплаквания към власти, отговорни за разследване на престъпни деяния. Лице, подало оплакване, следва да бъде прехвърлено извън контрола на предполагаемия извършител, докато се разглежда оплакването.

Да се гарантира, че практиките на ограничаване и изолиране, които следва да бъдат предписвани или разрешавани от лекар, наблюдавани от медицински персонал и стриктно ограничени по продължителност, са в съответствие с международните стандарти, особено забраната за използването на изолиране като наказание. Да се дадат насоки за всички болнични психиатрични заведения относно протоколите за и воденето на специална отчетност (както и в картоната на обитателя на дома) относно използването на ограничаване и изолиране, и да се следи за ефективното им спазване.

Разпоредби относно настаняването в заведения

Да се въведат изменения в правните разпоредби относно настаняването за принудително психиатрично лечение и да се приведат в съответствие с международните правозащитни стандарти. Процедурните норми следва да бъдат изменени с оглед пълното им съобразяване с решението на Европейският съд по правата на човека по делото *Върбанов срещу България*. Нормите по същество относно критериите за настаняване за принудително лечение (Закон за общественото здравеопазване, член 36(3)) следва да бъдат ревизирани, за да се предотврати произволно задържане. Не следва да се предприема принудително лечение, освен в случаи, когато е необходимо да се предотврати **непосредствена и съществуваща** опасност за здравето или безопасността на такова лице, или да се защитят други лица. Пациентите следва да имат правото да потърсят второ мнение относно лечението си.

Да се гарантира, че сроковете за преглед по реда на надзора на настаняването, както и за психиатрични оценки в болнични психиатрични заведения, се спазват от всички власти.

Домове за социални грижи за деца с умствени увреждания

Настаняване

Да се гарантира, че настаняването в тези заведения се основава на професионална оценка на уврежданията на детето и на необходимото равнище подкрепа. Да се гарантира, че детето е наблюдавано системно и състоянието му е преразглеждано редовно от подходящ екип специалисти. Да се гарантира, че всички деца, вече настанени в домове за социални грижи, се преглеждат периодично и да се гарантира, че за тях се полагат грижи в най-подходящата институция.

Условия на живот

Да се подобрят условията на живот във всички социални домове за деца и да се приведат в съответствие с международните стандарти. Да се гарантират достатъчно ресурси за всички заведения за адекватното предоставяне на храна, облекло, отопление и поддържане на материалната база.

Контакти с родителите и с обществото

Да се гарантира, че всяко дете, преценявано с оглед настаняването му в институция, поддържа връзки със семейството си, като се насърчават и улесняват, където това е възможно, тесни контакти между родителите и детето. Да се сложи начало на всеобхватна политика, която да гарантира, че децата, които вече са настанени в домове за социални грижи, развиват в максималната възможна степен контактите си с обществото.

Професионални грижи

Да се гарантира, че всяко дете със смущения в развитието има индивидуализирана програма за рехабилитация и обучение; да се гарантира, като въпрос с най-голяма спешност, всички деца вече в институции да получават активно и подходящо лечение, основано на индивидуализирана оценка на потребностите на развитието на конкретното дете. Тези цели могат да бъдат постигнати, само ако персоналът на всички институции, грижещи се за деца с умствени увреждания, е попълнен с цялата гама необходими специалисти.

Да се гарантира, че медицинското обслужване в домовете за социални грижи за деца е адекватно и че мониторингът и редовното оценяване от медицински специалисти е стандартна практика.

Мониторинг

Да се създаде независим механизъм за мониторинг на деца в домове за социални грижи. Този орган да упражнява надзор върху условията и грижите, както и да гарантира, че отговорните общински и национални власти упражняват законните си надзорни функции, включително отговорността да разследват спешно и безпристрастно всяко оплакване от малтретиране.

Домове за социални грижи за възрастни с умствени увреждания

Настаняване

Да се преразгледа настаняването на всички живеещите в домове за социални грижи и да се гарантира, че правата им на справедлив процес и свобода от произволно задържане не са били нарушени.

Да се създаде материално и процедурно законодателство, което да регламентира настаняването в домове за социални грижи и да се гарантира, че тези разпоредби са в съответствие със стандартите на международното право.

Условия на живот

Да се подобрят значително условията на живот във всички институции, особено там, където те се свеждат до нечовешко и унижително отношение в нарушение на международното право и да се гарантира, че институциите са с безопасна конструкция и защитени от пожар и други опасности. Да се създадат стандарти за условия на живот и лечение, подходящи за грижите за хора със специални потребности. Да се упражняват ефективно надзорни функции и да се осигури спазването и поддържането на установените стандарти.

Като най-спешна задача да се гарантира, че за всеки обитател на социален дом е осигурено следното:

- легло с дюшек, одеала и чаршафи, които се почистват по подходящ начин и на редовни интервали;
- основни средства за лична хигиена, като напр. кърпи, сапун, паста за зъби, четка за зъби и тоалетна хартия;
- лесен достъп до чисти и адекватни тоалетни и бани, където да могат да вземат душ поне един път на седмица; най-уязвимите живеещи следва да бъдат под подходяща форма на надзор и да получават помощ от персонала при поддържането на личната им хигиена по един достоен начин;
- облекло и обувки, включително чорапи и долно бельо, подходящи за сезона и за размерите на

лицето, които да бъдат почиствани и връщани на лицето на редовни интервали;

- храна три пъти дневно, която да е с добро качество и в достатъчно количество;

- трапезария с достатъчен брой столове и/или пейки; на всеки следва да се осигурят подходящи прибори за хранене и да се даде достатъчно време, за да могат да се нахранят; персоналът следва да гарантира, че и най-уязвимите живеещи могат да се хранят под надзор и в прилични условия;

- лесен достъп до подходяща храна и напитки между храненията;

- материали за дейности за отдих, включително материали за писане, книги, вестници, игри и пр.;

- адекватно отоплени помещения за живеене.

Оплаквания от малтретиране и защитни мерки

Да се инструктират всички членове на немедицинския персонал, особено санитарите, които също изпълняват свързани със сигурността задачи, да зачитат правата на живеещите в домовете и да им бъде пояснено, че физическо или психологическо малтретиране на живеещите не е приемливо и ще бъде строго наказвано. Да се гарантира, че всички членове на персонала са адекватно обучени за работа в домовете за социални грижи и че целият немедицински персонал е под непосредствения надзор на квалифициран медицински персонал.

Да се издаде брошура за правата на живеещите в социални домове и вътрешния ред в тях, която да се дава на всички новопостъпили и на техните семейства. Всеки обитател, неспособен да разбере тази брошура, да получава подходяща помощ.

Да се създаде независим орган за мониторинг, който да получава при пълна поверителност оплаквания от живеещите и да има правомощията да говори с тях насаме. Този орган също да има право да следи за условията и лечението в домовете за социални грижи, да посещава заведенията без предупреждение, да прави необходимите препоръки и да предприема правни действия срещу всякакви незаконни практики.

Ограничаване и изолиране

Да се гарантира, че всеки метод на ограничаване и изолиране, който следва да се предписва или разрешава от лекар, се прилага под надзора на медицински персонал и е стриктно ограничаван по продължителност, както и, че е в съответствие с международните стандарти относно жестоко, нечовешко и унижително отношение и относно грижите за лица с умствени увреждания. Преди всичко да се гарантира, че изолирането не се използва като наказание. Да се дадат насоки на всички домове за социални грижи относно протоколите за и воденето на специална отчетност (включително в картоната на обитателя на дома) относно използването на ограничаване и изолиране, и да се следи за ефективното им спазване.

Медицинско обслужване и квалифициран персонал

Да се гарантира, че домовете за социални грижи имат персонал, състоящ се от достатъчен брой медицински и немедицински лица, подходящо обучени за ролята, която трябва да изпълняват.

Да се гарантира, че психиатричните диагнози на всички живеещи се преразглеждат периодично и след преразглеждането живеещите в домовете биват подходящо настанявани или освобождавани. Всички обитатели на домове следва да бъдат редовно посещавани от психиатър или да имат лесен

достъп до психиатър. Всяко предписване на медикаменти следва да бъде в съответствие с правилата на професията и стандартите на Министерството на здравеопазването, което следва да поеме отговорност за надзора над цялото медицинско обслужване в домовете за социални грижи. Министерството следва да издаде стриктни инструкции относно съхраняването и използването на медикаменти, особено психотропни медикаменти, и да осигури ефективни защитни механизми срещу всякаква злоупотреба с такива медикаменти. Тези инструкции следва също изрично да признават правото на настанените лица на свободно и информирано съгласие за приемане на медикаменти в съответствие с международните правозащитни стандарти.

Да се гарантира, че на всички живеещи в домовете се прави пълен медицински преглед при постъпването им. Данни, подсказващи епизоди на нападение или друг вид малтретиране или пренебрегване, следва да бъдат докладвани на разследващите власти. Медицинските картони следва да съдържат всеобхватно диагностично проследяване, както и текущо проследяване на умственото и физическото здравословно състояние на пациента и на лечението му. Информация за наранявания следва да бъде записвана в медицинския картон, както и в специален дневник, и да бъде вземана под внимание. Специализираната медицинска и стоматологична помощ следва да бъде бърза и достъпна. Личният медицински картон следва да съдържа данни за теглото и ръста на обитателя, които следва да се въвеждат на редовни интервали.

Да се гарантира активна терапия в съответствие с международните стандарти за всички живеещи в домовете. Всеки обитател на дом, който иска и може да поеме част от работата, която иначе се върши от персонала, следва да получи подходящо възнаграждение за това.

Смъртни случаи в домовете за социални грижи и смъртност

Да се гарантира, че всички смъртни случаи на живеещи в социални домове, където и да са се случили, са надлежно вписани в регистрите на съответния социален дом и че се извършва аутопсия при всички случаи. Да се гарантира, че всички починали от домовете, чиито тленни останки не са поискани от семействата им, ще бъдат достойно погребани и гробовете им ще бъдат подходящо маркирани.

Да се гарантира, че информацията за смъртността в домовете за социални грижи се събира на национално ниво и се публикува. Всяка институция със значително по-висока смъртност от обикновено следва да бъде щателно разследвана.

Да се предприеме щателно и безпристрастно разследване на всички смъртни случаи на живеещите в домове, описани в настоящия доклад, да се оповестят резултатите и да се даде на съд всеки заподозрян, че е извършил престъпно деяние.

Да се гарантира, че всички смъртни случаи на живеещите са изцяло и безпристрастно разследвани и че резултатите са оповестени. Ако разследването разкрие достоверни доказателства, че смъртта е настъпила, пряко или непряко, в резултат от престъпно деяние, отговорните за това лица следва да бъдат предадени на правосъдието.

Попечителство

Да се ревизира Закона за лицата и семейството и разпоредбите в Гражданско-процесуалния кодекс относно лишаване от права и назначаване на настойник, като се осигурят ефективни механизми за защита на интересите и основните права на въпросното лице. Като минимум те трябва да признават частичното и пълното лишаване от права и по-точно да дефинират конфликта на интереси като пречка за назначаването на настойник. Процедурните правила следва да съдържат задължително законно представителство на въпросното лице и задължителен периодичен съдебен преглед по реда на надзора на ситуацията.